

Hugo Eduardo Arce

Tesis de Doctorado:

Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX

*Rasgos, tendencias e influencias en los
planos internacional, nacional y hospitalario.*

Directora: Prof. Dra. María Marcela Bottinelli

Co-Director: Dr. Mario Ignacio Lugones

**Carrera de Doctorado en Ciencias de la Salud
Instituto Universitario de Ciencias de la Salud
IUCS - Fundación H. A. Barceló
Buenos Aires, septiembre 2013**

Índice

Parte-capítulo	Pág.
Agradecimientos	1
Antecedentes del Proyecto	2
Parte inicial metodológica	5
Introducción metodológica	6
– Plan de obra, planos de abordaje y períodos analizados	7
– Consideraciones metodológicas sobre modelos organizativos	8
– Consideraciones metodológicas sobre organización hospitalaria	13
Formulación de hipótesis	16
– Hipótesis principales	16
– Hipótesis secundarias	18
1ª Parte: Fines del siglo XIX y 1ª parte del Siglo XX hasta la 2ª Guerra Mundial	21
1. Política social internacional: El panorama social a principios del siglo XX	22
– Las primeras iniciativas de Seguridad Social	22
– El pensamiento económico predominante	25
– El enfoque predominante de la salud y la responsabilidad del Estado	25
2. Política sanitaria nacional: La organización sanitaria argentina a principios del Siglo XX	28
– Delimitación de modelos organizativos	28
– Período previo a 1945: modelo pluralista no regulado	29
– Las mutuales como antecedentes de la Seguridad Social	31
– Comentario final	34
3. Tendencias hospitalarias: Los hospitales a principios del Siglo XX	36
– La <i>medicalización</i> del hospital	36
– Tres generaciones de hospitales argentinos	37
– Características de la primera generación	38
2ª Parte: 2ª Guerra Mundial e inmediata posguerra	41
4. Política social internacional: El cuadro social durante la conflagración y sus derivaciones	42
– Incipientes reformas de los sistemas de salud y seguridad social	42
– Creación de organismos internacionales	44
– Un nuevo paradigma de la cuestión sanitaria	48
– Impacto del nuevo escenario en el pensamiento sanitario	49
5. Política sanitaria nacional: La organización sanitaria durante la década peronista	52
– Los cambios políticos que signaron el Gobierno peronista	52
– El modelo de planificación estatal centralizada del período 1945-1955	56
– Comentarios finales	62
6. Tendencias hospitalarias: Los hospitales de la década peronista	64
– Características de la segunda generación	64
– El marco teórico de los establecimientos de este período	69
– A modo de síntesis	71
3ª Parte: Los '60, '70 y '80, décadas del Estado de Bienestar y la Guerra Fría	76
7. Política social internacional: El predominio del Estado de Bienestar	77
– La consolidación del Bienestar como política de Estado en los '50 y '60	77
– El proceso de consolidación en algunos ejemplos nacionales	78
– Caracterización de los modelos de organización sanitaria	81
– Evolución del concepto de Seguridad Social	83
– Las décadas del 70 y el 80.	85

– Un nuevo paradigma en la cuestión sanitaria	86
8. Política sanitaria nacional: La expansión de la Seguridad Social en la Argentina	89
– El desmantelamiento del aparato sanitario nacional	89
– Las gestiones ministeriales de la década del 60	91
– Cambios en el comportamiento económico del Sector hasta 1970	94
– Las reformas en la Seguridad Social de la década del 70	97
– La crisis distributiva del modelo desde fines de los '70	102
– Rasgos de la crisis distributiva durante la década del 80	109
– Proyectos integrales en los '70 y '80 contra todas las tendencias	111
– Consideraciones finales	113
9. Tendencias hospitalarias: Los hospitales del período de expansión de la Seguridad Social	117
– Caracterización de la tercera generación de hospitales	117
– Nuevos rasgos arquitectónicos	119
– Nuevos rasgos del funcionamiento hospitalario	121
– Políticas hospitalarias entre los '60 y los '80	124
– Nuevas tendencias en la organización hospitalaria	128
4ª parte: Década del 90 y principios del Siglo XXI	132
10. Política social internacional: La caída de la bipolaridad y el despliegue de la globalización	133
– La emblemática década del 90	134
– El Consenso de Washington	136
– Nuevos enfoques en los Sistemas de Salud	139
– Tendencias en la reforma de algunos Sistemas de Salud	142
– Rasgos relevantes en las reformas de los Sistemas de Salud	149
11. Política sanitaria nacional: Tendencias en un período de turbulenta estabilidad económica	151
– El Estado como regulador del Sistema	152
o Atribuciones de la autoridad sanitaria nacional	152
o El Consejo Federal de Salud (CoFeSa)	155
o Modelos de administración descentralizada del Sistema de Salud	156
o Financiamiento externo de los planes del Estado Nacional	160
– Configuración de los prestadores de servicios de salud	163
o Componentes y magnitud de los recursos asistenciales	164
o Comportamiento de los prestadores públicos	167
o Comportamiento de los prestadores privados	167
– Configuración de la cobertura de servicios de salud	170
o Operatoria habitual de los servicios públicos	170
o Reconversión de las Obras Sociales	171
o Comportamiento y regulación de la Medicina Prepaga	175
– Financiamiento del Sistema de Salud	178
o Fuentes y distribución de los recursos financieros	178
o Proyección del modelo asegurador	180
– Comentarios finales sobre la Política Social	183
12. Tendencias hospitalarias: Nuevas tendencias en la gestión nosocomial	187
– Cambios en la política hospitalaria desde la década del 90	187
– Gestión privada de algunas funciones del hospital público	188
– Las alianzas público-privadas como camino para inversiones hospitalarias	190
– Operatoria habitual de los servicios públicos	192
– Comportamiento de los prestadores privados	193
– Modalidades de gobierno hospitalario predominantes en América Latina	195
– Consideraciones finales	198
Consideraciones finales y conclusiones	201
– Consideraciones finales	202
a) Factores a considerar para reformar el Sistema de Salud	202
b) Líneas de acción recomendadas para reformar el Sistema	204

c) Conclusiones	206
Referencias bibliográficas	209
Normas legislativas argentinas citadas en el texto	220
Índice de siglas y abreviaturas	223

Agradecimientos

El contenido de esta Tesis tiene una génesis particular: no fue elaborada con la finalidad de acceder a un grado académico superior, sino que es el resultado de trabajos de investigación histórico-sanitaria desarrollados a lo largo de unos 25 años. No me propongo mencionar aquí a todas las personas que, durante tanto tiempo, tuvieron alguna influencia sobre la información y las ideas volcadas aquí. Forman parte de los que podríamos denominar activos intangibles de este trabajo y, por consiguiente, si mi capacidad como investigador no fue suficiente para que tuvieran lugar en las referencias bibliográficas, seguirán manteniendo su condición de intangibilidad.

Considero pertinente asignar la representación de todos ellos, a los Dres. Carlos García Díaz y Abraam Sonis, como mis principales referentes en el campo de la Salud Pública de Argentina, y a Avedis Donabedian en la corriente internacional de Calidad. Asimismo al Lic. Jorge Katz, por haberme introducido en el interés por el comportamiento económico de los agentes del mercado de salud. Por último, al Dr. Aquiles Roncoroni que, aunque no tenía una orientación específica en el campo de la Administración Sanitaria, me impulsó a desarrollar los primeros trabajos que alimentaron esta Tesis.

En lo relativo a la presentación de este trabajo para ser defendido como Tesis de Doctorado, debo agradecer en primer lugar, al Prof. Dr. Héctor A. Barceló, Rector del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud (IUCS), Fundación Barceló, donde funciona la Carrera de Doctorado en Ciencias de la Salud, de la que soy Profesor y a la vez Tesista. El Dr. Barceló me alentó desde un principio, en cuanto le transmití la propuesta, para que concretara el desafío. Dentro de la Carrera de Doctorado, debo agradecer al Coordinador, Prof. Dr. Félix P. Etchegoyen, a la vez Decano de la Facultad de Medicina, y a la Directora de la Carrera, Prof. Dra. Liliana Voto. Debo expresar un especial reconocimiento a la Dra. Ma. Marcela Bottinelli, Profesora de Metodología de la Investigación, y al Dr. Mario Lugones, Presidente de la Fundación Sanatorio Güemes, que aceptaron intercalar entre sus muchas tareas, la revisión de los textos como Directores de Tesis.

En lo personal agradezco a mi hijo, el Dr. Santiago Cruz Arce, que conociendo el trabajo con anterioridad, me sugirió la idea de volcarlo en una Tesis de Doctorado. Asimismo me facilitó la elaboración de algunos gráficos, que exceden mis habilidades con la computadora. Un particular agradecimiento a mi Secretaria, la Profesora de Historia Guillermina Yaury, que colaboró en muchas tareas: búsqueda de datos y artículos en Internet, revisar y seleccionar documentación que tenía archivada, transcribir información estadística, reproducir algunos gráficos y darle forma a la presentación de ciertos archivos. Por último, leyó la totalidad del texto con el fin de detectar errores de redacción que pudieran haberse deslizado.

Hugo E. Arce

Antecedentes del Proyecto

Este trabajo de Tesis resume las experiencias, los interrogantes, las conclusiones y las enseñanzas de más de 25 años de investigaciones, acerca de la evolución del Sistema de Salud argentino desde fines del Siglo XIX hasta principios del Siglo XXI.

Volcar en una Tesis de Doctorado los trabajos realizados con anterioridad, con el fin de condensar en una única exposición integral, lo investigado y publicado durante un cuarto de siglo, no fue una tarea sencilla. Fue necesario ampliar con nuevos datos y elementos bibliográficos acopiados a lo largo de ese período, los comentarios efectuados en escritos preliminares. Como resultado del extenso espacio de tiempo dedicado, fue posible articular una prolongada investigación, que había alcanzado las características de una tesis evolutiva, expresada en distintos planos de análisis. Al pie de este Proyecto se agrega un listado de los trabajos publicados, que precedieron la estructura expositiva de la Tesis, sin perjuicio de otros artículos de menor alcance, que de algún modo contribuyeron a consolidar las consideraciones presentadas aquí y que serán citados en las referencias bibliográficas.

El eje central de este enfoque es la Política Sanitaria, que es esencialmente *política*, partiendo de la convicción que, algunas condiciones sanitarias y determinantes sociales pueden manejarse y modificarse desde el campo de la Salud. Pero la mayor parte de las determinantes sociales se encuentran más allá del alcance de las acciones sanitarias: pertenecen a la órbita de las decisiones políticas de distribución de la riqueza en sentido *progresivo*. La Política Sanitaria puede aportar cursos de acción para aprovechar eficazmente esos recursos, pero la decisión de distribuirlos proviene del campo de la Economía y de la política institucional.

Este trabajo de Tesis está circunscripto a la Política Sanitaria, al análisis de las acciones que los Gobiernos adoptaron para enfrentar los problemas sanitarios y sociales de la población. En algunos casos, cuando se dispuso de información suficiente, los comentarios políticos incluyeron datos sobre los recursos de salud existentes. En cambio, no se trata aquí otro gran componente de la Salud Pública: el diagnóstico sanitario y social, la situación sanitaria y la calidad de vida de la población en diferentes épocas.

Este enfoque no supone que desde el campo sanitario se puedan resolver problemas sociales, que pertenecen a otras áreas de Gobierno y que están fuera del alcance de las autoridades sanitarias. Se considera que no es apropiado abordar desde lo técnico-sanitario, la solución de los problemas de *inequidad* en la sociedad, admitiendo que la mayor parte de los factores condicionantes de una mejor calidad de vida no dependen de decisiones sanitarias. Agua corriente y cloacas, pautas higiénicas de la vivienda, condiciones laborales dignas, trabajo formal registrado, nivel educativo del jefe de familia, acceso a la educación de los niños y jóvenes, provisión de red en electricidad y gas, y otros elementos determinantes de condiciones saludables de vida, no dependen de las acciones sanitarias, aunque son ineludibles para alcanzar niveles de salud aceptables.

Por eso resulta fundamental definir que el área de estudio de la Política Sanitaria, son las estructuras de *protección social* adoptadas por la sociedad -especialmente la Seguridad Social-, las medidas para regular el sistema de atención médica y las acciones preventivas adoptadas por las autoridades sanitarias, así como las tendencias en la organización de los establecimientos públicos y privados. Estos tres componentes serán analizados en cada etapa a lo largo del período histórico estudiado, bajo la denominación de *Política social internacional*, *Política sanitaria nacional* y *Tendencias hospitalarias*. La historia de este período muestra que los tres planos, fueron influenciados por corrientes generales de pensamiento y de acción política. Es razonable suponer que las ideas-fuerza futuras deberán sustentarse en similares influencias.

La revisión histórica de las tendencias internacionales y su evolución a lo largo del Siglo XX, es imprescindible para interpretar los hechos sanitarios que se produjeron en el país y las modalidades culturales vigentes en la vida hospitalaria. Sin esta forma de estudiarlos, los hechos y personajes nacionales parecen ajenos al contexto histórico, como una sucesión de hallazgos documentales. Esta afirmación no supone una visión fatalista. Por el contrario, la capacidad de los hombres se realza cuando logran expresar tendencias históricas, desarrollando acciones e instituciones que consolidan corrientes subyacentes en el espíritu de

la sociedad. Pocas veces los grandes hechos se han producido en sentido inverso a las tendencias históricas predominantes.

Los criterios esbozados más arriba, que rigieron estos estudios sobre la Política Sanitaria, fueron determinantes para ir construyendo un enfoque político de la evolución de los servicios de salud, apoyado en un fuerte componente de análisis económico. Sin embargo, ese enfoque económico no se limitó a estudiar el gasto en salud y desagregar la magnitud de la participación de los diferentes agentes económicos. Se buscó incluir en el análisis la composición, el comportamiento micro-económico de los actores del Sector Salud, así como sus ideas, intereses y expectativas, que aportaron elementos imprescindibles para enriquecer el objeto de estudio y también para definir líneas posibles de acción política, tendientes a reformar el Sistema de Salud.

La redacción específica de este trabajo llevó más de 3 años, pero la elaboración de sus contenidos insumió más de 25 años de lecturas, de recopilación de antecedentes y de análisis económico, social y político. La versión original de la Tesis fue concluida en agosto de 2010, pero la tarea de revisión con los Directores se llevó a cabo desde principios de 2011 hasta el momento actual, lo que permitió mejorar la presentación con ilustraciones didácticas, fundamentar con bibliografía adicional algunas afirmaciones y lograr una mayor consistencia de la exposición en su conjunto. Los textos citados más abajo, sirvieron como guía para ordenar esta redacción integral, agregar los antecedentes acumulados y extraer otras conclusiones.

En lo posible se mantuvieron las citas bibliográficas, cuidadosamente archivadas, especialmente cuando fueron relativamente contemporáneas de los hechos relatados. Una gran cantidad de recortes de diarios y revistas, recopilados desde principios de la década del 70, aportaron testimonios periodísticos, que hubiera sido imposible encontrar en los trabajos científicos. Se trató de emplear un lenguaje simple y directo, aún para acceder a los aspectos más técnicos, a través de una explicación didáctica. Se evitó dar por supuestas denominaciones técnicas o siglas, agregando aclaraciones de pie de página y glosario de siglas al final. Con la misma finalidad se incorporó un listado de normas legislativas citadas en el texto (leyes, decretos, resoluciones).

Finalmente, todas las consideraciones históricas, el análisis de las tendencias y las ideas-fuerza que han ido evolucionando en el curso de estos tiempos, desembocan en conclusiones actuales. Al estudiar las diferentes corrientes políticas aplicadas al campo de la Salud, los diversos modelos ensayados en la reforma de los sistemas de salud, se vislumbran algunas claves para que esos cambios se desarrollen, impulsados por la propia población y por el personal de los servicios de salud. Las dificultades encontradas por todos los Gobiernos para implementar reformas profundas, especialmente en los países latinoamericanos, permiten postular que la idea-fuerza de la Calidad, de la mejora continua de los servicios de salud, puede constituir el factor motriz de una corriente de cambios, tanto en el desempeño cotidiano como en la cultura del Sector.

Hugo E. Arce
Buenos Aires, septiembre de 2013

Publicaciones precedentes sobre el tema de esta Tesis

- Naturaleza de los hospitales: tres generaciones. *Medicina y Sociedad*, Vol. 8, N° 5, Buenos Aires, 1985: 156-173.
- Argentina: diagnóstico sanitario sintético. *Medicina y Sociedad*, Vol. 11, N° 4, Buenos Aires, 1988: 102-106.
- Historia del modelo prestador en el país. *Consultor de Salud*, Año II, N° 16, Buenos Aires, 1991: 6.
- Tendencias institucionales del Sector Salud. *Consultor de Salud*, Año II, N° 31, Buenos Aires, 1991: 16.
- Con Jorge Katz y Alberto Muñoz: El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales. Morfología y comportamiento del Sector Salud en la República Argentina. En Katz J. y col.: *El Sector Salud en la República Argentina; su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura Económica, Serie de Economía, 1ª edición, Buenos Aires, 1993: capítulos 1 y 9, págs. 13-30 y 331-369.

- *El territorio de las decisiones sanitarias*. Ed. H. Macchi, Buenos Aires, 1993: capítulos 10 a 14, págs. 123-332.
- Funciones y responsabilidades del hospital público. En Mera J. (editor compilador): *Los servicios de salud en Argentina*. Fundación Universidad a Distancia “Hernandarias”, Editorial Docencia, Buenos Aires, 1993: tomo II, 151-183.
- Con Jorge Katz: El Sector Salud en la República Argentina; crisis y reestructuración. En Mera J. (editor compilador): *Los servicios de salud en Argentina*. Fundación Universidad a Distancia “Hernandarias”, Editorial Docencia, Buenos Aires, 1993: tomo I, 173-206.
- La prospectiva económica del Sector Salud. *Medicina y Sociedad*, Vol. 20, N° 1, Buenos Aires, 1997: 59-62.
- Acerca del llamado “modelo médico-hegemónico”. La prospectiva económica del Sector Salud. *Medicina y Sociedad*, Vol. 20, N° 3, Buenos Aires, 1997: 163-169.
- Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en la Argentina. En Titelman D.- Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud; los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Fondo de Cultura Económica/CEPAL, Santiago de Chile, 2000, tomo I: 190-256.
- Evolución del pensamiento sanitario durante el Siglo XX. *Medicina y Sociedad*, Vol. 23, N° 2, Buenos Aires, 2000: 64-82.
- *La Calidad en el territorio de la Salud*. Auspiciado por ITAES, Buenos Aires, 2001: capítulos 1 a 14, págs. 21-49.
- La salud de los argentinos (versión sintética). *Ideas para una nueva Argentina. Aportes al debate nacional*. Ed. Ideas para la Argentina, Buenos Aires, 2003: 163-172. Versión completa en CD: Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el Sistema de Salud argentino.
- Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el Sistema de Salud argentino. *Proyecto Argentina. Bases para el Consenso en un Plan Nacional*. Ed. Fundación Centro de Estudios Americanos, Buenos Aires, 2003: 145-163. También en *Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)*, Serie Seminarios Salud y Política Pública, Seminario I, Buenos Aires, 2003.
- *El Sistema de Salud en la Argentina: configuración, tendencias recientes y perspectivas*. Presentado al Premio Fulvio Salvador Pagani 2004, Fundación ARCOR: 49 págs.
- *El Sistema de Salud: de dónde viene y hacia dónde va*. Ed. Prometeo, Buenos Aires, diciembre 2010: capítulos 1 a 12.

Parte inicial metodológica

- **Introducción metodológica**
- **Formulación de hipótesis**

Introducción metodológica

El presente trabajo de Tesis proviene de un conjunto de estudios realizados a lo largo de 25 años, que dieron motivo a diversas publicaciones detalladas en los Antecedentes del Proyecto. Para desarrollar este trabajo de Tesis, se agregaron datos y precisiones históricas sobre los períodos analizados que, además de ilustrar las tendencias predominantes en cada momento y lugar, confirmaron diversas hipótesis con las que se habían elaborado los trabajos anteriores. Además de información documental propia, la indagación se dirigió principalmente a fuentes bibliográficas testimoniales y opiniones valorativas. El enfoque general puede considerarse histórico-evolutivo.

En base a esta línea de trabajo, la racionalidad de las consideraciones de este texto, responde tanto al *análisis político-económico* interpretando datos históricos y fuentes bibliográficas, como a la investigación documental de *hechos históricos*. Se utilizó información de origen periodístico, datos cualitativos, estudios de "caso", referencias documentales e información estadística. En muchas oportunidades se recurre a información rescatada de la propia memoria o de la de diversos informantes confiables. En opinión del autor, ambas vías de abordaje son igualmente legítimas: la *investigación histórica* aporta datos parciales e incidentales para acceder a conclusiones generales; el *análisis político-económico* parte de consideraciones generales para interpretar hechos individuales. La Política Sanitaria, en tanto *disciplina política*, debe necesariamente emplear ambas modalidades de análisis, siempre que sean encaradas con la objetividad y el rigor de los conocimientos seriamente acopiados.

Algunos autores, sin excluir las consideraciones políticas, han acentuado su análisis en antecedentes documentales de carácter institucional (Veronelli, 1975; Veronelli-Veronelli C., 2004). En la misma línea de investigación documental, aunque centrada en las relaciones de poder de las corporaciones médicas, puede citarse la serie editada por la Representación OPS-OMS en Argentina (Belmartino y col.-b, 1988; Belmartino y col., 1991; Belmartino-Bloch, 1994), abarcando 3 períodos: 1920-1945, 1940-1960 y 1960-1985. Otros autores han encarado el análisis del Sistema de Salud, desde una posición política definida, para hacer sus propuestas de reforma (Neri, 1982; Arce, 1993: 1ª parte; González G.-Tobar, 1997) o para defender las acciones realizadas (Mera, 1988). Ciertos textos se propusieron realizar un análisis descriptivo de los servicios de salud en Argentina (Mera-Bello, 2003; Feld-Rizzi, 2007).

Otros enfoques, en cambio, partieron de la discusión de la organización sanitaria predominante y trataron de extraer consideraciones de carácter político, económico, ideológico y social (Sonis, 1964; Katz-Muñoz, 1988; Katz y col., 1993, en el que participó este autor; Belmartino y col., 1987; Belmartino, 1999; González G.-Tobar, 2004). También dentro de este enfoque, otros autores concentraron el análisis en las Obras Sociales (Torres, 2004) y en la Política Económica (Cortés C., 2005). El propio autor utilizó este enfoque luego de analizar los fundamentos de la doctrina sanitaria (Arce, 1993: 2ª y 3ª partes) y el fenómeno de la Calidad en el campo de la Salud (Arce, 2001). Otros autores procuraron un análisis integral del Sistema de Salud, con la expectativa de establecer abordajes exhaustivos, bajo el formato de tratados con múltiples autores (Sonis y col., 1982, 2 tomos; Mera y col., 1994, 3 tomos, en el que participó este autor). Por último, fuera del ámbito nacional, autores consagrados tuvieron un efecto inspirador de la evolución política durante el Siglo XX, mediante el género de ensayo (Paz, 1983; Hobsbawm, 2003). El Cuadro N° Int.1 resume estas fuentes de orientación bibliográfica.

Cuadro N° Int.1: Fuentes de orientación bibliográfica evolutiva de la Tesis.

Tipo de bibliografía	Autores-propósito (*)
Investigación histórica documental	Veronelli, 1975 (antecedentes institucionales) Veronelli-Veronelli C., 2004 (antecedentes institucionales) Belmartino y col.-b, 1988 (poder corporaciones médicas) Belmartino y col., 1991 (poder corporaciones médicas) Belmartino-Bloch, 1994 (poder corporaciones médicas) Pérgola, 2004 (historia de Salud Social) Bonnahon-Tonelli, 2013 (espacio hospitalario)
Toma de posición política	Neri, 1982 (previo a su gestión) Mera, 1988 (defensa de lo actuado)

	Arce, 1993: 1ª parte (posterior a su gestión) González G.-Tobar, 1997 (previo a su gestión)
Estudios descriptivos de servicios	Mera-Bello, 2003 Feld-Rizzi, 2007
Análisis críticos generales o parciales	Sonis, 1964 (fundamentos de la salud pública) Katz-Muñoz, 1988 (orígenes de la Seguridad Social) Katz y col., 1993 (evolución de sistemas provinciales) Belmartino y col., 1987 (análisis crítico período Alfonsín) Belmartino, 1999 (análisis crítico post-crisis del sistema) González G.-Tobar, 2004 (defensa de plan de gestión) Torres, 2004 (sistema de Obras Sociales) Cortés C., 2005 (política económica)
Tratados de análisis exhaustivos	Sonis y col., 1982, 2 tomos Mera y col., 1994, 3 tomos
Ensayos generales	Paz, 1983 (fenómenos principales del Siglo XX) Hobsbawm, 2003 (fenómenos principales del Siglo XX) Hobsbawm, 2011 (historia del Siglo XX)

(*) Citas completas en Referencias Bibliográficas.

El *enfoque histórico* para interpretar los rasgos salientes de cada momento es, desde este punto de vista, un componente sustantivo para comprender sus determinantes y los factores ambientales que los condicionaron. No se niega el peso de las *vertientes ideológicas* predominantes en cada circunstancia; tampoco supone un *determinismo histórico* absoluto. Pero se considera que la *autonomía* de los impulsos ideológicamente sustentados, está fuertemente condicionada por las circunstancias históricas y, que lo que los dirigentes o los estadistas en tal caso logran, es "cabalgar" a favor de esos *condicionantes*. Al amparo de este punto de partida, este autor procura analizar los hechos históricos en base a información documental seleccionada, explorando esencialmente tendencias e ideas-fuerza, predominantes en cada época. Esto no supone un análisis avalorativo, pero busca la objetividad a través de la identificación de *corrientes*, antes que detectar los *indicios* existentes de ideas preconcebidas.

Según las líneas de trabajo mencionadas más arriba, como referentes del presente escrito, se procura un *enfoque ecléctico y holístico* a la vez. *Ecléctico*, porque toma estudios históricos documentales, análisis políticos desde posiciones definidas, así como consideraciones políticas, económicas y sociales sobre los hechos analizados. *Holístico*, porque intenta describir la evolución del proceso histórico de cada época a través de 3 planos de análisis, que se influyen recíprocamente, y que permiten contar con una visión integral del problema sanitario: la política social internacional, la política sanitaria nacional y las tendencias hospitalarias. Finalmente, desde el punto de vista del estilo de relato, no resigna la intención de elaborar un texto liminar que permita interpretar la evolución sanitaria en el Siglo XX, ni la posibilidad de emitir opiniones críticas sobre los hechos analizados, con características habituales en los ensayos.

Otra derivación de este trabajo es que se propone interpretar la evolución del *pensamiento sanitario* en el Siglo bajo estudio. En un trabajo anterior (Arce, 2001: 41-49), se exploró a través de este camino cómo emergió la *tendencia al mejoramiento de la calidad*, que impregnó el campo de la salud desde la década del 90, ya que constituye un fenómeno emblemático presente, que refleja el dinamismo del enfoque sanitario y evidencia que el Sector Salud recibe diversas influencias extra-sectoriales. El primer interrogante que cabe, es si existe un *pensamiento sanitario* identificable y si éste tuvo alguna evolución. Se parte de una definición amplia: el *pensamiento sanitario* es la forma de estudio y acción, mediante la que la Medicina, la Política y/o los estadistas, analizaron los *problemas sociales y ambientales* relacionados con la salud, mediante un abordaje *colectivo* antes que *individual*, procurando establecer *medios de acción* apropiados para resolverlos. En opinión del autor, esta modalidad específica del *pensamiento* existe, y tuvo un desenvolvimiento particular, influido por los grandes cambios políticos y económicos ocurridos durante el Siglo, por las diversas características que fueron adquiriendo los sistemas de protección social, así como por la visión predominante de los médicos y otros profesionales con *vocación social y ambiental*.

Plan de obra, planos de abordaje y períodos analizados

Con estos comentarios preliminares, el trabajo procura adentrarse en el análisis histórico, buscando el paralelismo entre distintos planos de la evolución de las instituciones sanitarias: a) tendencias en las políticas sociales internacionales; b) evolución de la política sanitaria nacional, y c) tendencias en la organización hospitalaria. Estos 3 planos, fueron explorados en trabajos anteriores, por lo que el presente puede considerarse un enfoque superador y más profundo de los análisis e hipótesis, esbozados anteriormente (Arce, 1993: capítulos 10 a 14). Los 3 planos son abordados a lo largo de todas las etapas históricas que abarca el libro, desde fines del Siglo XIX hasta principios del Siglo XXI.

Las etapas en que fue dividido el Siglo XX son necesariamente arbitrarias. Están vinculadas a los períodos estudiados en los trabajos anteriores. Evidentemente constituyeron etapas que adquirieron rasgos particulares, y que permiten describirlas con características identificatorias, ya que también otros autores han establecido segmentaciones similares (p.ej. Hobsbawm, 2011). Representan hitos históricos generales, en los que el *pensamiento sanitario* -así como las instituciones del Sector Salud- no fueron el factor *determinante*, sino una consecuencia *determinada*, como expresión de los cambios que ocurrieron en cada momento en el *pensamiento general*, y también en la organización de las instituciones de los países. Los períodos analizados son: a) fines del Siglo XIX y la 1ª parte del Siglo XX hasta la 2ª Guerra Mundial; b) la 2ª Guerra Mundial y la inmediata posguerra; c) los '60, '70 y '80, décadas del Estado de Bienestar y la Guerra Fría, y d) la década del 90 y los principios del Siglo XXI. Del entrecruzamiento de los planos de abordaje y los períodos analizados surge el plan de trabajo de esta Tesis, cuyos hitos se sintetizan en el cuadro siguiente.

Cuadro N° Int.2: Plan de Tesis, planos de abordaje y períodos analizados.

Períodos y planos	1ª parte	2ª parte	3ª parte	4ª parte
Escenarios históricos analizados	<i>Fines del Siglo XIX y 1ª parte del Siglo XX hasta la 2ª Guerra Mundial</i>	<i>2ª Guerra Mundial e inmediata posguerra</i>	<i>Los '60, '70 y '80, décadas del Estado de Bienestar y Guerra Fría</i>	<i>Década del 90 y principios del Siglo XXI</i>
Tendencias en las políticas sociales internacionales	1. Aspectos salientes del panorama social a principios del Siglo XX.	4. El cuadro social durante la conflagración y sus derivaciones.	7. El predominio del Estado de Bienestar.	10. La caída de la bipolaridad y el despliegue de la globalización.
Tendencias en la política sanitaria nacional	2. La organización sanitaria argentina a principios del Siglo XX.	5. La organización sanitaria durante la década peronista.	8. La expansión de la Seguridad Social en la Argentina.	11. Tendencias en un período de turbulenta estabilidad económica.
Tendencias en la organización hospitalaria	3. Los hospitales a principios del Siglo XX.	6. Los hospitales de la década peronista.	9. Los hospitales del período de expansión de la Seguridad Social.	12. Nuevas tendencias en la gestión nosocomial.

Para completar la descripción de la configuración actual del Sistema de Salud argentino, sería preciso estudiar ciertos factores que tuvieron y tienen un especial efecto regulador en el comportamiento del Sector, como el PAMI, las Obras Sociales provinciales y OSDE. Otro factor, como las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, de algún modo se desarrolló en forma marginal respecto al núcleo central del desenvolvimiento del Sector. Analizar estos factores en su desarrollo particular, si bien permitiría completar la descripción, excedería el objeto

expositivo de la Tesis, donde lo sustancial es la evolución histórica de las organizaciones sanitarias.

Consideraciones metodológicas sobre modelos organizativos

Los métodos empleados para abordar cada plano de las diferentes etapas esquematizadas en el Cuadro N° Int.2, provienen de antecedentes y trabajos diversos. El plano de las *Tendencias en políticas sociales internacionales*, correspondiente a los Capítulos 1, 4, 7 y 10, no responde a una metodología desarrollada específicamente, salvo en lo referido a la división arbitraria en los períodos mencionados en el mismo cuadro. En realidad, no hace más que ampliar y profundizar los escenarios políticos y económicos, en los que se desarrollaron las tendencias internacionales en materia de políticas sociales. En el marco de esas políticas sociales, nacieron y se desarrollaron los distintos modelos de organización sanitaria y, especialmente, surgieron diversas modalidades de organización de la Seguridad Social. Se procura hacer una reseña, contemplando los componentes más significativos de algunos países, de los hechos y circunstancias que determinaron las principales decisiones en el campo de la Salud.

En cambio, el plano de la *Evolución de la política sanitaria nacional* de la Argentina, tuvo un desarrollo metodológico previo, iniciado en 1990 en un trabajo coordinado por Jorge Katz. Se discutieron en esa oportunidad las variables que debían tenerse en cuenta para establecer una *taxonomía* de modelos de organización sanitaria. Esas variables sirvieron para uniformar la caracterización de diferentes etapas en la evolución de escenarios provinciales y, por consiguiente, en la historia del Sistema de Salud argentino. El problema no sólo consistía en caracterizar cada etapa, sino también en definir si los fenómenos observados significaban el pasaje de un modelo a otro, o sólo eran momentos evolutivos de un mismo modelo. Ese listado no fue incluido en aquella publicación (Katz y col., 1993), dado que era un documento de trabajo, pero es pertinente presentarlo en este momento.

Cuadro N° Int.3: Factores que caracterizan los modelos de organización sanitaria.

1. Poder de decisión del Estado. Capacidad del Estado provincial para influir, mediante decisiones de las autoridades sanitarias, sobre las condiciones, el funcionamiento y la composición de los recursos del Sector Salud.	– Dependencia de la Obra Social provincial (OSP) respecto de la autoridad sanitaria provincial. – Magnitud relativa de la OSP, grado de complejidad institucional y organización de la oferta de servicios. – Peso relativo y distribución de los establecimientos públicos, así como de los recursos tecnológicos disponibles. – Peso del presupuesto estatal en la composición del gasto global en salud de la provincia. – Capacidad técnica del organismo sanitario estatal para planificar y normatizar el sistema de servicios de salud. – Delegación Sanitaria Federal y papel del COFESA.
2. Comportamiento de las Obras Sociales. Grado de dispersión o concentración de la población beneficiaria de la Seguridad Social en distintas entidades prestatarias, e integralidad de los servicios cubiertos.	– Peso relativo de la población cubierta por la OSP. – Peso relativo de la población cubierta por el PAMI. – Peso relativo de la población cubierta por ISSARA (actual OSPRERA) y por las principales Obras Sociales en la provincia. – Existencia de Asociaciones de Obras Sociales (ADOS). – Disponibilidad de servicios propios de las Obras Sociales. – Formas de organización y contratación predominantes; normas sobre coseguos.
3. Peso político del sector privado.	– Organización de las entidades intermedias, relación entre instituciones deontológicas y organizaciones

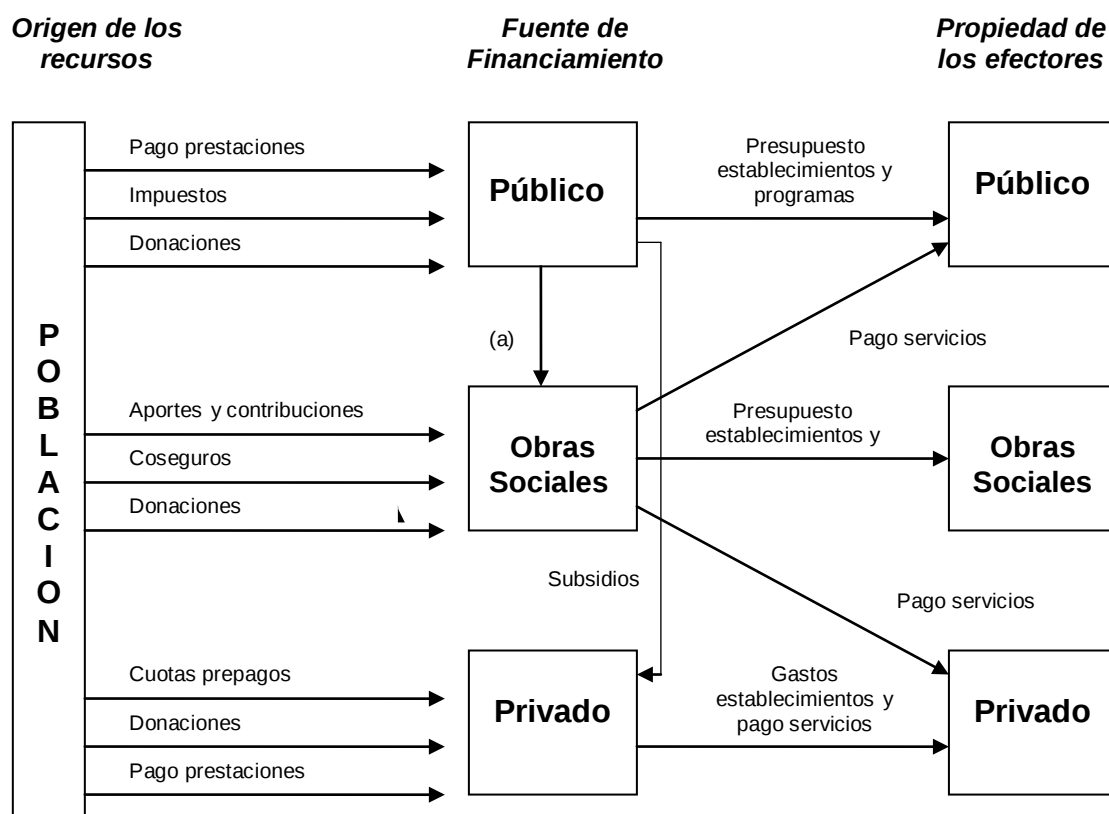
La magnitud del sector privado, tanto en su capacidad instalada, como en la estructura de entidades intermedias. Existencia de organizaciones financiadoras con o sin fines de lucro.	gremiales. – Grado de monopolio de entidades intermedias. – Existencia de organizaciones mutuales o cooperativas sin fines de lucro. – Existencia de planes de financiación privados, con o sin fines de lucro. – Capacidad de presión de los prestadores privados sobre las autoridades políticas. – Cantidad y calidad de los recursos disponibles.
4. Centros de planificación y decisión. Los lugares desde los que se toman decisiones de alcance jurisdiccional dentro de la provincia.	– Se toman decisiones que trascienden a todo el territorio provincial e influyen sobre todo el sistema. – Identificación de los lugares e instituciones que responden a estas características. – Focos geográficos de concentración y organización de los recursos. – Dispersión vs. concentración de las decisiones, tanto sectoriales como geográficas.
5. Estructura productiva provincial. Organización económica predominante en la provincia.	– Rubros productivos principales. – Cultivos regionales principales. – Desarrollo industrial y distribución. – Peso de la economía no registrada y población marginal. – Indicadores macro-económicos provinciales.
6. Ideologías regionales implícitas. Algunas ideas-fuerza, que subyacen en la cultura provincial, y que tienen un valor histórico-político, como ubicación subjetiva geopolítica de cada territorio en el espacio de la Nación.	– Estas posiciones están claramente presentes en algunas provincias o regiones. – Ejemplos tentativos: Neuquén como puerta de entrada a la Patagonia; Córdoba como centro neurálgico del país que compite con Buenos Aires; Rosario que resiste su dependencia provincial de Santa Fe; Tucumán como puerta de entrada al NOA; Mar del Plata y Bahía Blanca que resisten decisiones adoptadas en La Plata. – Estas posiciones subyacentes suelen influir en el comportamiento de los actores respecto a las autoridades provinciales, a otras provincias o a la Nación.

Otra forma de abordaje de los rasgos fundamentales de la organización sanitaria, es a través del análisis de los flujos financieros entre los distintos componentes del Sector Salud. Este enfoque puede ser únicamente cualitativo o puede incluir la estimación de la magnitud relativa de esa circulación de fondos. En el primer caso, los diferentes subsectores son estudiados según las funciones que cumplen en el Sistema. Es decir, se define a los factores financiadores de servicios de salud y se los diferencia de los propietarios de los efectores, aunque esto no signifique necesariamente que se trata de instituciones diferentes. Pueden ser distintos momentos o circunstancias -la financiación y la prestación de servicios- de una misma institución. Por ejemplo, un paciente sin cobertura social atendido en un hospital público, recibe un servicio prestado por el Estado y financiado por el Estado. En cambio, si el gasto de su atención es solventado por una Obra Social, se producirá un flujo financiero desde el subsector de Obras Sociales al subsector Público; pero si la Obra Social no reconoce la cobertura de dicho gasto, se producirá un flujo financiero en sentido inverso.

Un gráfico del Departamento de Economía Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública, publicado en 1973 (DES-SsSP, 1973: 6), expresaba el artificio técnico utilizado para analizar el flujo de los recursos financieros de la sociedad, entre los distintos componentes del Sector

Salud (Gráfico N° Int.1), tomando los tres subsectores en forma separada, en su condición de financiadores y de propietarios de efectores.

Gráfico N° Int.1: Estructura financiera del Sector Salud según subsectores y naturaleza de los recursos.



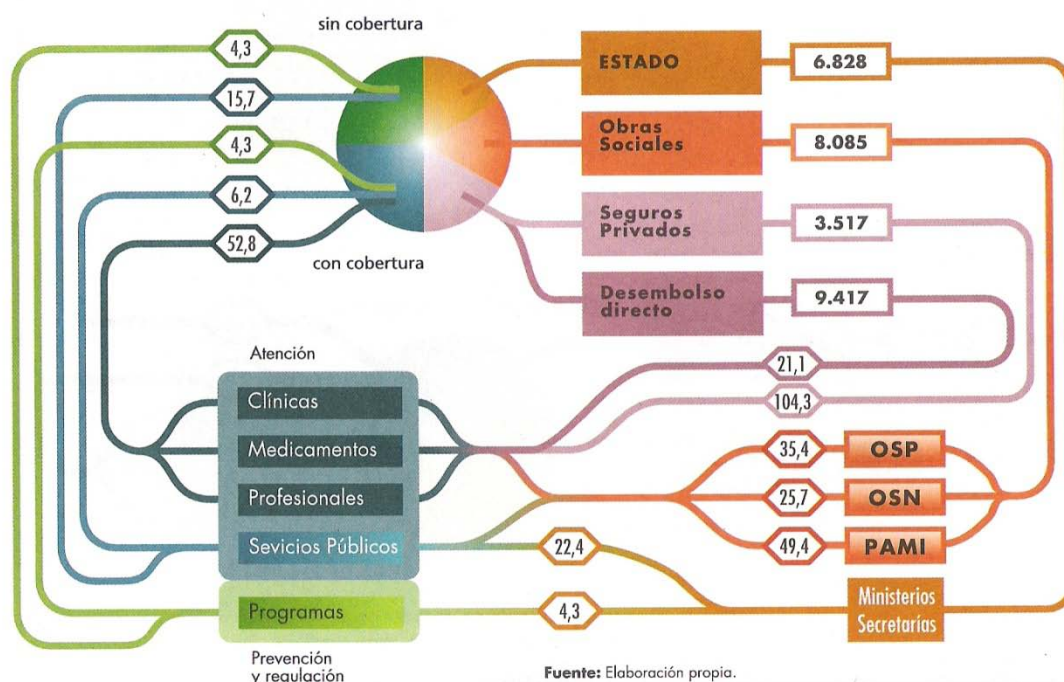
(a) contribuciones patronales y subsidios
Fuente: Subsecretaría de Salud Pública, 1973

La cuantificación de cada una de estas vías de financiamiento, permitiría determinar la composición y el origen de los recursos, así como la distribución del gasto en salud. Este tipo de análisis fue aportado por González García y Tobar, mediante gráficos que representaban el flujo de fondos y la magnitud relativa de esas transferencias, con el fin de ilustrar estudios previos sobre gasto en salud (González G.-Tobar, 1997: 212-213 y 2004: 412). A título de ejemplo se reproduce el facsímil de una de esas figuras (Gráfico N° Int.2).

Estas modalidades gráficas, que procuran representar cuali y/o cuantitativamente la distribución de los recursos financieros dentro del Sistema de Salud, han tenido una expresión económica preliminar, que es la *matriz de fuentes y usos del gasto en salud*, iniciada por el Ministerio de Economía, como parte de estudios sobre el Gasto Público Social (GPS) y su impacto distributivo (Diéguez y col., 1990; Flood y col., a-b, 1994). La *matriz de fuentes y usos* es un cuadro de doble entrada en el que, tanto los agentes ejecutores del gasto en salud, como las distintas fuentes de los recursos financieros del sistema, se explican recíprocamente mostrando -en términos de montos de dinero- la circulación de los recursos y la cantidad de fondos en los que cada actor interviene.

Gráfico N° Int.2: Organización y flujos financieros del Sistema de Salud, 1997.

Argentina. Organización y flujos financieros del Sistema de Salud, 1997



También a título de ejemplo, se seleccionó en el Cuadro N° Int.4 la matriz correspondiente al año 1999, dado que representa un momento en el que estaba vigente la paridad cambiaria \$ 1 = US\$ 1, y a que fue el año de mayor gasto global en salud de la década del 90.

Cuadro N° Int.4: Matriz de fuentes y usos del Gasto en Salud, 1999 (en millones de US\$).

1999	Fuentes					
Agentes ejecutores	Nación	Provincias	Municipios	Empresas	Hogares	Total
MdS Nacional	791					
MdS's Provinciales		3.957				
SdS's Municipales			782			
Subsector Público	791	3.957	782			5.530
OS's Nacionales	113			2.317	1.458	3.888
OS's Provinciales		1.075			907	1.982
INSSJP – PAMI				237	1.723	1.960
Seguridad Social	113	1.075		2.554	4.088	7.830
Fondo de Hogares					10.533	10.533
Subsector Privado					10.533	10.533
Total	904	5.032	782	2.554	14.621	23.894

MdS, MdS's: Ministerio(s) de Salud. SdS's: Secretarías de Salud
OS's: Obras Sociales
Fuente: Tobar y col., 2002.

Como se dijo más arriba, se buscó la metodología para abordar la evolución y configuración del Sector Salud, tanto en el escenario nacional como en los provinciales, para desarrollar la parte general del trabajo ya mencionado (Katz y col., 1993: capítulos 1 y 9). Una de las observaciones planteadas, fue que los métodos de análisis existentes hasta el momento, cuyos ejemplos más relevantes se mostraron recién, sólo estudiaban flujos financieros en dos dimensiones -fuentes y ejecutores- pero no alcanzaban a reflejar la gran cantidad de fenómenos, que ocurren en el interior de cada uno de los actores del Sector. A partir de este razonamiento y del listado de variables del Cuadro N° Int.3, se extrajeron dos conclusiones tendientes a encontrar descripciones sectoriales más dinámicas: por un lado, la necesidad de

estudiar la evolución histórica del comportamiento de los protagonistas, procurando encontrar actitudes y constantes en términos de mercado; por otro lado, expresar estos comportamientos a través de modelos teóricos en curvas de oferta y demanda, con el fin describir tendencias evolutivas. Esta última parte, no será tratada aquí, dado que implica el desarrollo teórico para *modelizar* en forma trigonométrica comportamientos de mercado, que exceden el propósito de este trabajo.

Apoyados en esas consideraciones metodológicas, fueron delimitados tres modelos principales a lo largo del Siglo XX, hasta el momento de la hiperinflación de 1989-1990. El comportamiento de los protagonistas durante la década del 90 fue analizado más tarde en otro trabajo (Arce, 1997, 2000). Para la denominación de los distintos modelos, se tomó inicialmente como factor determinante la actitud de planificar por parte del Estado nacional, así como la existencia de un centro predominante o, en cambio, la diversificación de centros de toma de decisiones. Pero a la luz del modelo organizativo configurado a partir de los '90, resulta conveniente ahora emplear el término *regulación* en vez de *planificación*, ya que sólo durante la década peronista transcurrida de 1945 a 1955, puede identificarse una clara voluntad y/o capacidad política de *planificar*. Por el contrario, en los períodos previo y posterior a esa década, existieron -o no- iniciativas tendientes a *regular* a través de normas o legislaciones, más que a *planificar* mediante la asignación de inversiones, con algunas excepciones que después serán señaladas.

A principios de los '90 se presumía, aunque aún no había elementos de juicio bien definidos, que los dos episodios hiperinflacionarios de 1989 y 1990 habían tenido tal impacto en el Sector, que habían logrado desarticular el modelo organizativo existente. Se suponía que empezaba a configurarse un nuevo modelo, sin saber exactamente en qué consistía. Los hechos posteriores, cuyos rasgos serán analizados en la 4ª parte de esta Tesis, inducen a adoptar la denominación de *modelo de competencia regulada*, ya mencionado por otros autores (Belmartino, 1999; Torres, 2004). Pero la incorporación de un nuevo período, al cuadro evolutivo de modelos organizativos propuesto en 1990, permite revisar las denominaciones acuñadas entonces y proponer ligeros cambios de forma, que no alteran el fondo de la cuestión. De tal modo que las denominaciones que ahora se proponen son, *modelo pluralista no regulado*, en lugar de *no planificado*, para el período previo a 1945, y la de *modelo pluralista de regulación descentralizada*, en vez de *planificación descentralizada*, para el período posterior a 1955 y hasta 1990.

El período posterior a 1990, será caracterizado como *modelo pluralista de competencia regulada*, y dentro de él se propone distinguir -al igual que en el período anterior- una etapa de *formación*, hasta la grave crisis de fines de 2001, y otra de *institucionalización*, desde principios de 2002 en adelante. Estos modelos serán los que se caracterizarán en los respectivos capítulos, desde la 1ª parte a la 4ª, cotejándolos con los correspondientes momentos del marco político general, en el plano internacional y en el de la organización hospitalaria. En todos los casos, el objetivo central del análisis será resaltar los fenómenos cualitativos principales de cada momento y el peso relativo de los factores, antes que la magnitud cuantitativa de dichos fenómenos. En síntesis, los períodos y modelos, incluyendo los cambios comentados, se presentan en el Cuadro N° Int.5.

Cuadro N° Int.5: Caracterización de modelos de organización sanitaria, Siglos XX y XXI.

Período	Modelos y etapas
Previo a 1945	<i>Modelo pluralista no regulado</i>
De 1945 a 1955	<i>Modelo de planificación estatal centralizada</i>
De 1955 a 1989/90: – 1955 a 1970 – 1970 a 1977 – 1977 a 1989/90	<i>Modelo pluralista de regulación descentralizada:</i> – etapa de <i>formación</i> – etapa de <i>institucionalización</i> – etapa de <i>crisis distributiva</i>
Posterior a 1990: – 1990 a 2001 – posterior a 2002	<i>Modelo pluralista de competencia regulada:</i> – etapa de <i>formación</i> – etapa de <i>institucionalización</i>

Consideraciones metodológicas sobre organización hospitalaria

El plano de las *Tendencias en la organización hospitalaria*, también tuvo un desarrollo metodológico elaborado, que se inició a partir de 1985. Surgió de la necesidad de caracterizar momentos evolutivos en la arquitectura y el funcionamiento de los hospitales y, con este objetivo, fue utilizado el término *generación* para diferenciar los diferentes diseños hospitalarios identificados. Sobre esa base se fue profundizando el análisis y la búsqueda bibliográfica, que se volcaron en sucesivos trabajos. Ese término es ahora frecuentemente usado, para caracterizar etapas del desarrollo de tecnología informática o medicamentosa. Se aplica para distintos modelos de computadoras, tomógrafos computados, hipoglucemiantes orales o antibióticos. Al igual que en las consideraciones precedentes, en toda esquematización de procesos evolutivos, la determinación de etapas es siempre arbitraria: los desarrollos históricos son graduales -o en espiral, si se los aborda con una concepción dialéctica- pero siempre hay elementos de transición entre una y otra etapa (Arce, 1985).

Sin embargo los esquemas, la delimitación de etapas, la identificación de los aspectos principales -despejándolos de los secundarios- con el fin de descubrir tendencias evolutivas, forman parte de nuestra capacidad de análisis y síntesis, y son aplicados tanto para evaluar a un paciente, para abordar estudios habituales, a fin de exponer didácticamente, o también para abordar fenómenos sociales o históricos. Debe aceptarse previamente que esta forma de operar sobre el análisis de la realidad es siempre arbitraria -sin por ello menoscabar su utilidad o validez- y que lleva implícita alguna opinión apriorística del observador. Sin duda el pasaje de la Edad Moderna a la Edad Contemporánea, no se produjo bruscamente en la Revolución Francesa, sino mediante un proceso extenso; sin embargo el artificio historiográfico de determinar una *edad*, ha servido para conceptualizar el conjunto de fenómenos que caracterizaron un período de tiempo.

Con estas advertencias, se utilizó el término *generación* para analizar la evolución de los hospitales en la Argentina, así como para prefigurar el rumbo hacia el cual se dirigían o se esperaba que se dirigieran, agregando como elemento de juicio las tendencias mundiales en esta materia. La facilidad de emplear este término, es que admite implícitamente que, aunque hay *generaciones* diferentes, las nuevas no suponen la desaparición definitiva de las anteriores. Hay adaptaciones edilicias y funcionales; algunas veces también se introdujeron nuevos edificios demoliendo partes del viejo. Debe advertirse también que una revisión exhaustiva de la historia hospitalaria, excedería largamente los límites naturales de este plano de abordaje, y también los de la información accesible de que se dispuso. Esencialmente, se procura tomar como referentes los conceptos vertidos sobre este tema, desde el punto de vista sanitario o de la administración hospitalaria. Si se describiera rigurosamente la historia de nuestros hospitales, seguramente se obtendría una gran acumulación de datos históricos o anecdóticos, pero probablemente resultaría más difícil encontrar épocas o hitos. Por esa razón, se considera que el hecho de definir etapas facilitará su comprensión.

En base a los criterios de análisis explicados más arriba, se llega a la hipótesis de que los hospitales argentinos, actualmente existentes, pertenecen básicamente a tres generaciones, sin que ello signifique ignorar la existencia de modelos transicionales entre una y otra etapa. En el primer capítulo dedicado a este tema (Capítulo 3), se analiza extensamente cómo aparece el organismo que ahora se denomina *hospital*, cuál es el momento en que, especialmente en los países europeos, ciertos establecimientos empezaron a funcionar con finalidades médicas o de curación. Pero para despejar diversos factores, que interfieran la discusión sobre los hospitales que funcionan en la actualidad, fue necesario definir el punto de partida del análisis. En efecto, se parte del hospital *medicalizado*, donde se brindaban cuidados caritativos a heridos y enfermos pobres, pero también se procuraba proveer diversos instrumentos curativos, es decir, el hospital como *espacio de curación*. En Argentina esta transición ocurrió entre mediados y fines del Siglo XIX, pero ya desde principios de ese Siglo, existían establecimientos con expectativas similares.

Por consiguiente, en sucesivos capítulos se procura encontrar un paralelismo entre las tendencias internacionales, las políticas sanitarias nacionales y las generaciones hospitalarias. La 1ª generación es abordada en el mencionado Capítulo 3, la 2ª en el Capítulo 6 y la 3ª en el Capítulo 9. El Capítulo 12 está dedicado a analizar las nuevas tendencias en materia de gestión hospitalaria, especialmente los fenómenos e innovaciones que se produjeron a partir de la década del 80 (Arce, 1995), sin que existan evidencias que permitan caracterizar una nueva

generación claramente diferenciada de la anterior. Dado que la hipótesis del plano de la organización hospitalaria está enfocada a la identificación de las *generaciones*, resulta conveniente presentar aquí un cuadro sinóptico que resume los rasgos de cada generación. Esos rasgos serán desarrollados extensamente en los Capítulos 3, 6 y 9, respectivamente.

Cuadro N° Int.6: Caracterización de las generaciones hospitalarias.

Características	1ª Generación	2ª Generación	3ª Generación
Objetivos programáticos	– Aislamiento sanitario y social – beneficencia	– Disponibilidad del enfermo – atención gratuita estatal de la demanda espontánea	– Atención médica continua, integrada e integral – administración descentralizada – financiación multicéntrica
Sostén institucional	– Organizaciones caritativas – organizaciones mutuales de comunidades extranjeras	– Organismos estatales – ayuda social desde el poder político	– Sistema de atención de la salud – participación comunitaria – desarrollo de la Seguridad Social
Organización asistencial	– Asistencia humanitaria – estructura honorífica de médicos en pabellones por patología	– Cuerpo profesional hospitalario – estructura asalariada de médicos en salas por especialidad	– Lo organizativo como eje del personal sanitario – cuidados progresivos con camas indiferenciadas
Organización administrativa	– Servicios de apoyo descentralizados	– Servicios intermedios y de apoyo centralizados	– Servicios intermedios y de apoyo centralizados, muy tecnificados y racionalizados
Atención ambulatoria	– Consultorio privado del médico	– Centros de salud o dispensarios – consultorios externos	– Consultorios externos – efectores periféricos integrados
Estructura edilicia	– Pabellones separados por jardines	– Monobloque en peine extendido en altura	– Superficie hospitalaria modular y flexible
Hitos históricos	– 1880-1925 (aprox.) – Domingo Cabred y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales – Sociedades de Beneficencia	– 1926-1955 (aprox.) – Ramón Carrillo y el Ministerio de Salud Pública – Fundación Eva Perón	– 1956-1985 (aprox.) – hospitales de reforma y de comunidad, SNIS – centralización y descentralización

Formulación de hipótesis

El presente trabajo de Tesis articula un conjunto de hipótesis vinculadas entre sí, que es necesario enumerar y fundamentarlas. Tal como se señaló en los Antecedentes del Proyecto, algunas de estas hipótesis no fueron planteadas desde el comienzo en los trabajos preliminares, sino que fueron surgiendo a través de diversas publicaciones parciales, a veces en forma explícita con fundamentos específicos, otras veces en forma implícita. Las hipótesis mencionadas no tienen jerarquías equivalentes: algunas constituyen el núcleo central del razonamiento, que permitió abordar este extenso análisis histórico, político y económico; otras surgen complementariamente a lo largo de la descripción de los hechos y tendencias identificados. Por esta razón, se considera pertinente caracterizarlas como *principales* y *secundarias*.

Las *hipótesis principales* han sido descriptas y fundamentadas en la Introducción Metodológica, ya que constituyen los supuestos que permitieron abordar análisis complejos, como la *taxonomía e identificación* de los modelos de organización sanitaria en la Argentina, y la caracterización de los hospitales en *generaciones*. También la segmentación de etapas a lo largo del Siglo XX, con características políticas y sociales particulares, forma parte de los supuestos con que se llevó a cabo el análisis de los hechos.

En cambio, las *hipótesis secundarias* surgen como conclusiones de los fenómenos descriptos en cada etapa histórica y en cada escenario abordado. No son el punto de partida metodológico, sino la verificación de ciertos comportamientos reiterados, de algunas coincidencias entre distintos países, de determinadas constantes históricas o la evolución de paradigmas en diferentes momentos del desenvolvimiento sanitario.

De la articulación de los diferentes niveles hipotéticos, los que sustentaron el punto de partida y los que emergieron del desarrollo de los hechos y tendencias, es posible extraer un conjunto de consideraciones, que permiten formular líneas de acción e investigación futuras, avaladas por la secuencia de comportamientos históricos precedentes. En última instancia, un estudio como el presente -en términos de Política Sanitaria y Social- se justifica si se propone extraer Conclusiones Generales, que orienten los cursos de acción por donde debe encaminarse la reforma del Sistema de Salud, seleccionando las estrategias más adecuadas, que encuentren las menores resistencias entre los actores del Sector y en la sociedad.

Hipótesis principales

a) Componentes deductivos implícitos

La que puede considerarse como hipótesis *matriz* de esta Tesis, es la validez del *análisis político-económico* de hechos históricos, que se produjeron a lo largo de un período de tiempo prolongado, teniendo en cuenta múltiples escenarios. Como se planteó en la Introducción, conviene diferenciar esta modalidad de análisis respecto de la *investigación histórica*, ya que esta última implica el estudio documental de hechos circunscriptos, con el fin de desentrañar las circunstancias fácticas científicamente demostrables (Pérgola, 2004; Veronelli, 2004; Bonnahon-Tonelli, 2013). En el análisis encarado en este trabajo, no se discute la veracidad de los hechos considerados, sino que se procura encontrar relaciones de causalidad o tendencias entre hechos similares ocurridos en diversos lugares y momentos. Tampoco se encara una *investigación económica* sobre las variables cuantitativas que determinan el comportamiento de los actores del Sector Salud, o sus dimensiones macro-económicas en un escenario determinado. Los datos económicos son aquí auxiliares para contribuir a la descripción del objeto de estudio.

Otra hipótesis a la que también se le podría atribuir un carácter *matriz*, es la existencia de un *pensamiento sanitario* que tiene determinados rasgos y que evoluciona a través del tiempo, cabalgando sobre determinadas visiones predominantes, o ciertas ideas-fuerza que concitan la adhesión de una gran cantidad de autores. La entidad de este pensamiento, depende de diferentes épocas y determinados hechos contemporáneos, que conforman ciertas constantes que se reproducen entre los observadores en forma simultánea. Este trabajo, da por supuesta la existencia de esta variante del pensamiento, especialmente como ideas subyacentes en las

opiniones de sanitaristas y profesionales del campo de la salud de diferentes momentos. En términos corrientes podría definirse al *pensamiento sanitario* como el de los profesionales, cuya visión se extiende más allá del acto individual de la atención médica, para proyectarse hacia la salud de la población en su conjunto, como un fenómeno colectivo o social.

Asimismo puede asignarse un carácter liminar al enfoque que modela este análisis, en el que se atribuye mayor importancia a las *tendencias históricas* objetivas, que a las *motivaciones ideológicas* subjetivas de los opinantes, acerca de los fenómenos identificados en la evolución de los sistemas sanitarios y sociales. No porque se cuestione la validez de las ideologías, como sustento de los intenciones y los hechos concretos, sino porque frecuentemente la necesidad de interpretar hechos históricos en base a construcciones ideológicas, desemboca en arbitrariedades que los hechos terminan desmintiendo. Se considera esencial tener en cuenta las motivaciones políticas, que determinaron los cambios institucionales más relevantes en el campo sanitario y social, sin suponer *a priori* que los hechos llevan la impronta de quienes los ejecutaron. El entorno circunstancial de esos hechos, a menudo provoca resultados diferentes a los de la orientación de quienes los iniciaron. El impacto efectivo en la realidad es el que determina su trascendencia histórica.

b) Componentes metodológicos explícitos

Los componentes que se mencionan a continuación, fueron minuciosamente detallados en la Introducción, de modo que en este apartado sólo se discutirá su validez. En primer lugar, la *división del Siglo XX en 4 etapas* es arbitraria, pero responde a cambios estructurales que se observaron en todo el mundo. Esta misma subdivisión ha sido planteada por otros autores y, a lo largo del desarrollo de este trabajo, los hechos relatados han mostrado su validez. En efecto, el paralelismo de las tendencias que se observan en los planos internacional, nacional y hospitalario en cada etapa, permiten ratificar los puntos de inflexión que se produjeron en las transiciones entre las etapas definidas. Las consideraciones sobre fines del Siglo XIX y principios del Siglo XXI, no son más que extensiones del objeto de estudio central, que es el Siglo XX. Como todos los hechos históricos, los límites entre diferentes épocas tienen momentos de transición, donde los rasgos de etapas vecinas se superponen.

Los límites entre las 4 etapas pueden justificarse con claridad. El comienzo de la 2ª Guerra Mundial marcó un punto de inflexión, que modificó las relaciones internacionales, que estableció nuevas reglas de juego en lo político y económico, y que introdujo un salto tecnológico en la producción. En los sistemas de protección social los cambios fueron tan marcados, que dieron lugar a nuevas modalidades de organización sanitaria (Informe Beveridge, creación del NHS británico y de la OMS). Otros cambios en los demás países están señalados en el texto, por lo que sería redundante repetirlos aquí. La estabilización de los relaciones internacionales, con posterioridad a la Guerra de Corea, dio paso a un período de equilibrio inestable, en el que predominó la *coexistencia pacífica* entre los dos grandes bloques políticos en que se agruparon los países. Ese período de 3 décadas (1960 a 1980) fue claramente identificado como las *décadas del Estado de Bienestar* (Fitoussi-Rosanvallon, 1997). De modo que el límite entre la 2ª y la 3ª etapa quedó definido por el pasaje de los '50 a los '60 y la finalización de la Guerra de Corea. El límite entre la 3ª y 4ª etapas quedó incuestionablemente definido por el hito histórico de la caída del Muro de Berlín, la explosión de las comunicaciones e Internet y la globalización.

Otro elemento metodológico es la correlación histórica entre los 3 planos abordados en cada etapa, de modo que se pueden inferir y demostrar *relaciones de causalidad* entre ellos. En primer lugar, en cada etapa del Siglo, las tendencias internacionales tuvieron una marcada influencia sobre los actores nacionales, tanto en el campo de la Política Sanitaria, como en el de la organización hospitalaria. Puede argumentarse, sin embargo, que nuestro país ha mostrado cierto grado de aislamiento respecto de las tendencias políticas de Occidente. Quizá su ubicación en el extremo sur del Continente americano, determinó una posición *peninsular* que también se reflejó en el campo de las ideas. Ya desde principios del Siglo XX, Emilio Coni cuestionaba el concepto de *panamericanismo*, cuando se estaba gestando la fundación de la OPS. No obstante, las líneas de desarrollo del accionar sanitario nacional, tenían profundas coincidencias con las corrientes vigentes en Europa y Norteamérica. Por otra parte, la relación entre la Política Sanitaria nacional y la organización hospitalaria, queda claramente demostrada en los textos respectivos de cada etapa.

La *denominación taxonómica* asignada a cada modelo de organización sanitaria, así como los fundamentos de esas caracterizaciones, han sido ampliamente expuestos en la Introducción. Conviene resumir aquí los componentes que determinaron esas denominaciones:

- a) rasgos de pluralidad de efectores de salud o predominio de las inversiones estatales en la capacidad instalada asistencial;
- b) concentración de las decisiones en el Estado nacional o descentralización del poder de decisión hacia otras entidades estatales o no estatales;
- c) planificación de las acciones sanitarias y de las inversiones en recursos de salud, y
- d) capacidad de regulación del Estado sobre la competencia entre los actores, así como sobre la cobertura de los usuarios.

Más allá de estas denominaciones, es importante resaltar el comportamiento y la evolución de los distintos actores del Sector Salud, tal como son descriptas en el contenido de cada etapa.

En relación a los fundamentos de las *generaciones hospitalarias*, también fueron abordados en la Introducción. La diferenciación de generaciones está referida a los siguientes aspectos:

- a) objetivos programáticos;
- b) sostén institucional;
- c) organización asistencial;
- d) organización administrativa;
- e) atención ambulatoria, y
- f) estructura arquitectónica.

Dentro de estos rasgos se hizo hincapié en las características de la atención médica, en la descentralización o centralización de los servicios intermedios y de apoyo y, especialmente, en el papel que se le asignaba al hospital dentro del Sistema de Salud. La identificación de 3 generaciones principales a lo largo del Siglo XX, junto con el análisis de las nuevas tendencias en la organización hospitalaria, que se desprenden de la evolución de la 3ª generación, completan la descripción de este plano en el período bajo estudio.

Hipótesis secundarias

Las hipótesis emergentes del estudio histórico presentado, pueden agruparse en dos componentes. Por un lado, el comportamiento de los actores sectoriales, entendiendo por éstos, tanto a las instituciones estatales que forman parte del Sistema de Salud, incluyendo los establecimientos públicos, como a las asociaciones no estatales de prestadores y a los efectores individuales que ellas representan, a las diversas entidades aseguradoras, ya sea que pertenezcan a la Seguridad Social o al ámbito privado y, finalmente, también los usuarios; todos ellos son actores del Sistema que interactúan entre sí. Por otro lado, cuál fue la génesis de los rasgos actuales del Sistema, qué factores históricos intervinieron para determinar la configuración que tiene en este momento. Por qué razones en la Argentina se desarrolló un modelo de características diferentes a las del resto de América Latina.

a) Relativas a los actores del Sector Salud

La primera hipótesis emergente, como consecuencia del desarrollo a la evolución histórica de nuestro Sistema de Salud, es la riqueza de datos y conclusiones que permite el seguimiento del *comportamiento institucional* de los principales actores del Sector: el Estado, las organizaciones sociales, las asociaciones de trabajadores, las representaciones de profesionales y las relaciones económicas entre estos diferentes protagonistas. Estos aspectos son particularmente apropiados para establecer un panorama representativo de las dos primeras etapas del Siglo: primeras décadas hasta la 2ª Guerra Mundial y la década peronista. Mayor utilidad tienen aún en el análisis de las décadas más cercanas, a partir de fines de los '50. Efectivamente, la progresiva desconcentración del poder de decisión del Estado Nacional hacia las provincias y hacia entidades no estatales, tal como se relata en el modelo *pluralista de regulación descentralizada*, muestra una serie de movimientos en el comportamiento de estas instituciones, aportando detalladas explicaciones que los datos económicos no hubieran podido interpretar.

Una segunda hipótesis está dada por la presentación de *datos macro-económicos* del Sector Salud, cuya disponibilidad va menguando a medida que nos alejamos del momento actual. La década del 90 puede ser analizada con una gran cantidad de elementos cuantitativos sobre los recursos del Sector, pero los datos disponibles en las 3 décadas precedentes son mucho menores. En realidad, esos datos permiten describir momentos en la distribución de los recursos humanos, materiales y financieros, como si fueran cortes en el tiempo, pero no hacen posible investigar qué pasaba en el interior de cada uno de los subsectores o subsistemas, en que se encontraba fragmentado el sistema global. A lo sumo se podrán dimensionar flujos de fondos entre esos subsectores, pero soslayan la diversidad de componentes que funcionan dentro de cada uno, así como la gran heterogeneidad de sus características. Son representaciones válidas como fotografías de los actores, pero no permiten verlos en movimiento.

La tercera hipótesis y quizás la que aporta mayores explicaciones al funcionamiento particular del Sector, es el análisis del *comportamiento micro-económico* de los actores. Al respecto, es interesante rastrear los orígenes culturales que determinan que las mismas personas, tengan una conducta diferente cuando se desempeñan en un hospital público, que cuando lo hacen en un establecimiento privado. Por qué razón la mayoría de los establecimientos privados del país tuvieron dificultades para acumular capital y actualizar su equipamiento tecnológico. Qué factores condicionan a los nosocomios públicos para que compitan con los privados, a efectos de lograr financiamiento adicional a través de la Seguridad Social. Asimismo, en base a qué principios se mantuvo la cautividad de los beneficiarios de las Obras Sociales y la monopolización territorial de las asociaciones de prestadores. Qué criterios motivaron que las diversas entidades de la Seguridad Social resistieran integrarse entre sí para mejorar su viabilidad económica.

b) Relativas a la configuración actual del Sistema

El primer rasgo que se presenta en forma constante a lo largo de la historia del Sistema, es la *duplicidad de organismos estatales* que se ocuparon de la salud de la población a nivel nacional. En el primer período del Siglo XX, un organismo se ocupó de la higiene pública y otro de las actividades asistenciales y las relaciones con las entidades benéficas. En la década peronista, si bien se concentró en un organismo todo lo relativo a la salud pública, se asignaron al área de Trabajo y Previsión los asuntos referentes a las mutuales y la Seguridad Social. En las décadas de expansión de las Obras Sociales, aunque quedaron bajo el control de la cartera sanitaria, las relaciones con la conducción de esas entidades, así como los funcionarios que se ocuparían de esos temas se establecieron desde la órbita de Trabajo. La misma conducta se mantuvo durante la década del 90 hasta la actualidad. En realidad, las expectativas sindicales siempre apuntaron a que la gestión de las Obras Sociales -al igual que la de los sistemas previsionales- dependiera del área de Trabajo y Seguridad Social. El mismo criterio se mantuvo durante todo el período estudiado, respecto a la atención de los riesgos laborales (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales), que invariablemente estuvieron separados de los problemas generales de salud.

El segundo rasgo determinante, es que el sistema de Seguridad Social para la atención de la salud se originó en *organizaciones no estatales y fragmentadas*, por agrupamientos inicialmente patronímicos y más tarde por rama de la producción, fragmentación que fue sostenida a lo largo del Siglo, pese a las diversas reformas instrumentadas en el sistema. Esta génesis es similar a la del Uruguay, pero difiere de la del resto de América y Europa, donde los entes de Seguridad Social fueron de origen estatal, aunque hayan existido previamente entidades de tipo mutual. La estructura fragmentada del sistema de mutuales-Obras Sociales -común al Río de la Plata- determinó la complejidad de su regulación y ordenamiento. A la vez, fue conformando una cultura y un sentimiento colectivo de propiedad privada de la organización -soli-daria, aunque limitada a un grupo de pertenencia- donde la naturaleza de emprendimiento general de la sociedad, quedó desdibujada en la conciencia de los beneficiarios, y los alejó del sentido de servicio público.

Un tercer elemento distintivo es que, si bien los asuntos relativos a Salud y Educación pertenecen al ámbito de incumbencia de las provincias, en función de la estructura federal que el país asumió en su organización constitucional, desde la década del 50 hubo una *paulatina transferencia de poder de decisión* hacia los estados provinciales. En efecto, entre 1957 y 1992

se transfirió a las provincias la administración de hospitales cuya construcción y financiamiento provenía del Estado nacional. Del mismo modo, también se descentralizó hacia esas jurisdicciones la ejecución de programas prioritarios. Por otra parte, el protagonismo que adquirieron las Obras Sociales y las organizaciones intermedias de prestadores, durante el período de expansión de la Seguridad Social, determinó una implícita transferencia de poder de decisión hacia entidades no estatales que, aunque son reguladas por el Estado, mantienen una marcada autonomía decisoria. En este proceso, el Ministerio de Salud de la Nación fue cediendo progresivo poder de decisión.

Por otra parte, una parte del presupuesto nacional en salud es ejecutado por otras carteras: los hospitales universitarios por el área educativa, los policiales por el Ministerio del Interior (ahora el de Seguridad) y los hospitales militares pertenecen a la cartera de Defensa. Por consiguiente, la cartera de Salud nacional, pasó del alto poder resolutorio y de inversiones del período 1945-1955, a cumplir funciones de orientación de la Política Sanitaria y asistencia técnica a las provincias. Estos rasgos condicionan y limitan su capacidad de implementar reformas de fondo, ya que todas las innovaciones deben ser consensuadas con las provincias.

Como síntesis final, se resumen las hipótesis consideradas en el Cuadro siguiente.

Sinopsis de la formulación de hipótesis.

Nivel	Componentes	Hipótesis
Principales	Deductivos implícitos	– Validez del <i>análisis político-económico</i> de hechos históricos. – Existencia de un <i>pensamiento sanitario</i> con rasgos específicos.
	Metodológicos explícitos	– División del Siglo XX en 4 etapas arbitrarias. – Correlación histórica entre los 3 planos de análisis. – <i>Taxonomía de modelos</i> de la organización sanitaria argentina. – Caracterización de 3 generaciones de hospitales.
Secundarias	Actores del Sector Salud	– Evolución del <i>comportamiento institucional</i> de los principales actores. – Disponibilidad de <i>datos macro-económicos</i> del Sector. – Análisis del <i>comportamiento micro-económico</i> de los actores.
	Configuración del Sistema de Salud	– <i>Duplicidad de organismos estatales</i> con facultades sobre la salud de la población. – Seguridad Social en salud originada en <i>organizaciones no estatales y fragmentadas</i>. – <i>Paulatina transferencia de poder de decisión</i> hacia los estados provinciales desde la década del 50. – Creciente <i>protagonismo de Obras Sociales y organizaciones de prestadores</i> en la gestión administrativa.

Primera parte

***Fines del Siglo XIX y 1ª parte del Siglo XX
hasta la 2ª Guerra Mundial***

Capítulo 1 - Política social internacional:
Aspectos salientes del panorama socio-económico y político a principios del Siglo XX

Capítulo 2 - Política sanitaria nacional:
La organización sanitaria argentina a principios del Siglo XX

Capítulo 3 - Tendencias hospitalarias:
Los hospitales a principios del Siglo XX

Aspectos salientes del panorama socio-económico y político a principios del Siglo XX

La interpretación de los factores condicionantes del escenario social de comienzos del Siglo XX, requiere explorar los hechos y circunstancias que determinaron la creación de la Seguridad Social (SeS), en la última parte del Siglo XIX.

Conviene mencionar, en primer lugar, la significación que tenía en la Europa de la segunda mitad del siglo, la expansión del movimiento socialista a partir del *Manifiesto del Partido Comunista*, que Carlos Marx y Federico Engels publicaron en 1848. La revolución industrial y sus dramáticas consecuencias en las condiciones de explotación de la población trabajadora, determinaban un creciente descontento, que se expandía por el continente y que se expresaba como impulsos revolucionarios con expectativas, no sólo de lograr cambios en la situación laboral y social, sino también de tomar el poder y transformar radicalmente a la sociedad. Tal como se decía en la primera frase del *Manifiesto*, “un fantasma recorría Europa...”. En este clima social se tomó la decisión de crear la primera institución de SeS, en la Alemania de 1883.

El movimiento que impulsaron Marx y Engels, fue ideológicamente heterogéneo desde el principio. La Primera Internacional fundada en 1864, cuyo propósito era coordinar los distintos movimientos revolucionarios y alcanzar un Estado comunista, se polarizó rápidamente entre anarquistas y social-demócratas, con el predominio de estos últimos. La Segunda Internacional, fundada en 1889, también se fragmentó entre social-demócratas, que alentaban reformas pacíficas por la vía parlamentaria, y radicales -en el sentido internacional del término-, que originarían luego los partidos comunistas¹. Los anarquistas, que no alcanzaron un claro predominio en el control de los movimientos políticos europeos, tuvieron más tarde, sin embargo, una marcada influencia ideológica entre las bases obreras y los intelectuales europeos, así como en los movimientos de izquierda latinoamericanos (Viñas, 2004).

Las primeras iniciativas de Seguridad Social

Marx y Engels formularon su propuesta pensando principalmente en la revolución industrial inglesa y alemana, pese a que la revolución comunista se logró efectivamente en Rusia. El proceso de industrialización en Alemania, se desenvolvía con un marcado retraso respecto de Inglaterra y Francia, aunque con un alto grado de conflictividad social. En este marco, el Canciller del káiser Guillermo II, Príncipe Otto von Bismarck, apodado el *Canciller de Hierro*, se vio inducido a implementar medidas de protección social, más motivadas por el interés en neutralizar la agitación laboral y los avances del socialismo, que por la situación sanitaria de los trabajadores y el crecimiento de las enfermedades de naturaleza social. Así se implantaron en forma obligatoria para los obreros industriales, mediante 3 leyes sucesivas: a) el Seguro de Enfermedad en 1883, que no incluía a los familiares, y era financiado 2/3 por aportes de los trabajadores y 1/3 por los patrones; b) el Sistema de Cobertura de Accidentes del Trabajo en 1884, financiado exclusivamente por los empleadores, y c) una Ley de Pensiones a la Vejez e Invalidez, financiadas por el Estado. Los beneficios eran gestionados a través de múltiples fondos -las cajas de enfermedad o *krankenkassen*-, que tenían la función de administrar para una población circunscripta, los recursos provenientes de patrones, obreros, empleados y el Estado (Arce, 1993: 281-332).

Lo novedoso del sistema era la obligatoriedad de los aportes y el destino de los beneficios, que sólo se limitaban a los obreros de bajos ingresos. El modelo tenía algunos rasgos que conviene resaltar. Estaba destinado a los obreros industriales y especialmente a atender las enfermedades y accidentes ocasionados por el trabajo. La determinación de la magnitud de los aportes y los alcances de los beneficios, evidenciaban una incipiente modulación actuarial de

¹ Aunque no corresponde estrictamente al momento que se está analizando, puede agregarse que la Tercera Internacional Comunista (*Komintern*), convocada por Lenin y con sede en Moscú, fue creada en 1919 y fue escenario del enfrentamiento entre stalinistas y trotskistas. Estos últimos, liderados por León Trozky, fundaron la Cuarta Internacional en 1922.

su sustentabilidad financiera. Además, en tanto los aportes se graduaban como un porcentaje del salario y los beneficios eran equivalentes para todos los beneficiarios, introducía un enfoque novedoso, a través de un sistema económicamente solidario y de participación compulsiva. Hasta ese momento, los seguros privados establecían los costos en función del monto asegurado y el riesgo estimado de eventuales siniestros. La obligatoriedad de los aportes superaba las debilidades de la solidaridad voluntaria de las mutuales. Las prestaciones que otorgaba eran de dos tipos: económicas, mediante un subsidio proporcional a los salarios caídos y, en servicios, proveyendo atención médica con el pago por parte de las cajas de enfermedad (Veronelli, 1975: 195-196). Bismarck procuraba seducir, con medidas de inspiración socialista, a los reclamos también socialistas de los obreros sindicalizados: *cada uno aporta según sus posibilidades y recibe de acuerdo a sus necesidades*.

Esta interpretación de las motivaciones de Bismarck, fue cuestionada por Mc Neill y Drucker, que coinciden en que lo que el *Canciller de Hierro* pretendía, era una mayor intervención del Estado en la regulación de la Economía -restándole poder a los mercados- con el fin de financiar una incipiente carrera armamentista (Mc Neill, 1988: 273; Drucker P., 1989). Sin embargo, el Partido Socialista alemán había sido fundado en 1869 y, 10 años después, había conseguido algunas bancas en el Parlamento. Por otra parte, otros partidos socialistas surgían simultáneamente en otros países europeos: Dinamarca en 1878; Noruega, Bélgica y Suecia entre 1887 y 1889; Italia en 1892; Gran Bretaña en 1900, y Francia en 1905. Si bien es aventurado presumir una estricta relación de causalidad con la creación de los seguros sociales obligatorios, es al menos sugestiva su creación subsiguiente en: Dinamarca en 1891, Noruega en 1894, Bélgica en 1900, Gran Bretaña en 1911, Suecia en 1913, Italia en 1914 y Francia presentado en 1922 (Veronelli, 2004: 341-342).

La innovación alemana tendrá más tarde influencia en la mayoría de los países europeos. En la Inglaterra de esos años, dos organizaciones sostenían criterios opuestos respecto a los servicios de salud: la *Charity Organization Society* y la *Fabian Society*, creadas respectivamente en 1869 y 1884. Estas diferentes visiones fueron expuestas en 1909 ante la *Royal Commission on the Poor Laws*, donde predominaba el temperamento defendido por la última, en la voz de Beatriz Webb, que decía que el tratamiento de toda persona enferma debía ser obligatorio, ya que constituía una amenaza pública al interés de la comunidad. En 1911, George Lloyd estableció un seguro obligatorio destinado a trabajadores de bajos ingresos, financiado por asalariados y empleadores. Los beneficios contemplaban el reemplazo del salario y la atención por médicos generales remunerados por capitación, pero excluían la atención en internación. La administración del seguro estaba descentralizada en comités locales, entidades sindicales y asociaciones voluntarias autorizadas, lo que mostraba también alguna influencia del modelo alemán. Hacia 1938, la administración del sistema, que en ese momento estaba a cargo de más de 2.000 entidades, mostraba serias ineficiencias (Veronelli, 1975: 197-199).

Al término de la 1ª Guerra Mundial, Rusia, que había firmado con Alemania el armisticio de Brest-Litowsk a principios de 1918, estableció por decreto un sistema amplio de prestaciones sociales a cargo del Estado, empleando por primera vez el término Seguridad Social. En Francia que, mediante al Tratado de Versalles de 1918, había recuperado los territorios de Alsacia y Lorena, el Gobierno se encontró ante la disyuntiva de derogar el seguro de enfermedad heredado de Alemania, o extender el modelo a todo el país. Tanto el Primer Ministro como el Ministro de Trabajo, que conocían muy bien los beneficios del sistema, presentaron un anteproyecto de ley en 1922. Tras un prolongado debate parlamentario, recién fue promulgado en 1928. Es importante señalar la enconada oposición presentada por el cuerpo médico, cuyas mutualidades y cooperativas temían ser absorbidas por el seguro social. Considerando los comentarios previos sobre el comportamiento internacional del movimiento socialista, debe mencionarse que el Partido Socialista -o social-demócrata- francés apoyaba el proyecto, en tanto el Partido Comunista -orientado por la Tercera Internacional- se oponía a colaborar con una reforma, que iba a contribuir a la consolidación de la sociedad burguesa. El régimen finalmente aprobado, establecía un seguro de atención médica, administrado por numerosas cajas, que reembolsaban el 80% de los gastos, remunerados mediante la modalidad de pago por prestación (Veronelli, 1975: 199-200).

Entre las 1ª y 2ª Guerras Mundiales, las iniciativas introducidas por Alemania, Inglaterra y Francia, a las que genéricamente se las caracterizó como Seguridad Social aunque tuvieran

diversas formas organizativas, se extendieron a todos los países europeos y otros continentes. El Cuadro Nº 1.1 muestra la secuencia en que se sancionaron las respectivas leyes.

Cuadro Nº 1.1: Sanción de leyes de seguro social obligatorio por orden cronológico.

Año	País	Año	País
1883	Alemania	1922	Letonia
1888	Austria	1922	Japón
1891	Hungría	1922	Grecia
1901	Luxemburgo	1924	Chile
1909	Noruega	1925	Bélgica
1911	Gran Bretaña (parcial)	1925	Italia
1911	Irlanda	1925	Lituania
1911	Suiza	1928	Francia
1912	Rumania	1933	Dinamarca
1917	Estonia	1936	Perú
1918	Bulgaria	1938	Nueva Zelanda
1919	Checoslovaquia	1940	Holanda
1919	Portugal	1941	Costa rica
1920	Polonia	1943	México
1922	U.R.S.S.	1945	Brasil
1922	Yugoslavia	1948	Inglaterra (total)

Fuente: Asociado Médica de Rosario, 1980 (extraído de H. San Martín).

En los Estados Unidos, las iniciativas sobre el mejoramiento de los servicios de salud tuvieron un desenvolvimiento diferente, que podría caracterizarse como predominantemente provincial, de inspiración privada y no impulsado por médicos. En 1850, Lemuel Shattuck publicó un informe desde la Comisión Sanitaria de Massachussets, que se dedicaba al saneamiento ambiental, la fiscalización sanitaria, acciones preventivas y registros familiares de enfermedad. En 1910 un educador, Abraham Flexner, publicó un informe sobre “Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá” (Veronelli, 1975: 200-201), donde hacía especial hincapié en la necesidad de sustentar la formación de los médicos en conocimientos basados en evidencia científica, uniformando los programas de las escuelas de Medicina y desarrollando la investigación. Asimismo proponía criterios para autorizar el ejercicio profesional (Flexner, 1910).

El informe alcanzó trascendencia no sólo en Norteamérica, sino también en Europa, ya que alentaba la inserción de la investigación en el “corazón” de la formación de los recursos humanos, a fin de que impregnara la capacitación con el enfoque científico. Este criterio signó el enfoque de calidad en este período y, el movimiento impulsado por Flexner, fue denominado *flexnerismo* (Patiño Restrepo, 2001). Conviene recordar que, un subproducto histórico del famoso *Informe Flexner* de 1910, fue el testimonio recogido por el *American College of Surgeons* en 1917, que dio origen al procedimiento de Acreditación Hospitalaria, y que en la segunda mitad del Siglo se llevó a cabo en EE.UU. y Canadá.

Pero será en 1935, como una de las consecuencias mediatas de la “Gran Depresión” iniciada el “martes negro” de 1929, cuando el Presidente Franklin D. Roosevelt pondrá en marcha su *New Deal*, que fundamentará una serie de reformas orientadas al bienestar público, así como programas de ayuda social, tendientes a garantizar un nivel mínimo de subsistencia y a reducir el desempleo. Estas medidas no eran de naturaleza caritativa. Procuraban establecerse como derechos sociales, que luego fueron volcados en la *Social Security Act*, y dieron origen posteriormente a la creación de los entes estatales de Seguridad Social, *Medicare* y *Medicaid*. Las intervenciones de Roosevelt en la economía fueron objeto de controversias y conceptualmente vinculadas a Keynes. Al final de su gestión había incrementado los subsidios agropecuarios, intervenido en la regulación de las empresas a través de los servicios públicos -e incluso- de las elecciones sindicales, con la ratificación de la Corte Suprema. Asimismo, impulsó el pleno empleo, aunque esta política no se consolidó hasta

1946, con la promulgación de la *Full Employment Act*. Estas innovaciones, dentro del sistema social existente, fueron elogiadas por el propio Keynes en una carta abierta de 1933.

Las interpretaciones históricas del *New Deal* fueron diversas, según quiénes hayan sido los observadores. Para los *progresistas* fue revolucionario, ya que determinó la intervención del Estado en la Economía, la planificación de los programas sociales y la regulación de las prácticas comerciales. Para la *izquierda* representó una política conservadora que protegió el capitalismo corporativo, introdujo escasas reformas e incrementó la burocracia gubernamental. Dentro de esta última, los *marxistas* lo interpretaron como un hito en el tránsito del capitalismo liberal al capitalismo monopólico. Una visión más ecléctica, considera que fue la consecuencia natural de una larga historia de reformas, que tomó elementos del pensamiento keynesiano, del marxismo y del liberalismo. Fue una reforma drástica de matriz social-demócrata, pero enraizada en la tradición norteamericana (Pozzi, 2000).

El pensamiento económico predominante

Es necesario reseñar en este punto, la marcada influencia que tuvieron en el mundo occidental desde la década del 30, los conceptos del economista británico John Maynard Keynes. Su ascendiente fue muy importante no sólo por los aspectos específicamente económicos, sino también porque aportó las bases fundacionales del concepto de *Estado de Bienestar*, predominante con posterioridad a la 2ª Guerra Mundial e, indirectamente, fundamentó la mayor parte de las iniciativas de reformas de los sistemas de salud, a partir de ese momento. Ya desde 1914 desempeñó un papel destacado durante la crisis bancaria inglesa, en el salvataje del patrón oro. Fracasó al intentar convencer a Lloyd George para que evitara imponer indemnizaciones humillantes a Alemania, al término de la 1ª Guerra Mundial, lo que lo llevó a publicar “Las consecuencias económicas de la paz” en 1919. En 1930 escribió su “Tratado de la moneda”, cuyo tema central era la inflación.

Pero fue recién en 1936 cuando terminó su obra fundamental “Teoría general del empleo, del interés y de la moneda”, con la que revolucionó el pensamiento económico, al atribuir por primera vez responsabilidad gubernamental a la lucha contra el desempleo. Había nacido la macroeconomía (Martin, 1996). Hasta ese momento, el análisis tradicional se concentraba en la regulación de las tasas de interés, como único instrumento disponible para actuar sobre el nivel de ahorro y, en consecuencia, sobre las tasas de inflación, inversión y crecimiento. Keynes incorporaba otras variables determinantes del crecimiento -la producción y el empleo- como factores que permitirían evitar el denominado “exceso de ahorro” y la desocupación, manteniendo un adecuado nivel de demanda y consumo (Brittan, 1999). Como política, proponía un Estado fuerte e interventor -a través de la política fiscal y las obras públicas- y su noción de estabilidad equivalía a la plena ocupación. En consecuencia, la receta *keynesiana* era moneda abundante y bajas tasas de interés, para incentivar la inversión y la actividad económica, con lo que se contraponía a los criterios predominantes recomendados por *estructuralistas* y *monetaristas* (Fernández López, 2001).

En términos sociales, el enfoque de Keynes era esencialmente anti-cíclico, procurando evitar los efectos de las etapas recesivas, mediante el recurso de mantener el empleo y el nivel de consumo. El principal instrumento de ahorro resultante de este enfoque, fueron los servicios de salud y/o Seguridad Social garantizados por el Estado. Su visión tendía antes a la estabilidad económica y el crecimiento constante, que a la equidad social. Fue el representante de Gran Bretaña e inspirador de los acuerdos de Bretton Woods de 1944, donde procuró estabilizar el comercio internacional, evitando que los países compitieran mediante la manipulación del valor de sus respectivas monedas. Aunque no era su propuesta original, prevaleció la posición de EE.UU. de establecer el *patrón dólar* -con una relación fija respecto al oro- para la Economía internacional. Asimismo se crearon el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), más conocido como Banco Mundial. Proveniente de una familia aristocrática, Lord Keynes fue un conspicuo miembro del cuerpo docente del prestigioso *King's College* y de la *Cambridge University*, así como de la *London School of Economics* (Hobsbawm, 2003: 105-107). Pero también se vinculó a círculos intelectuales progresistas y transgresores, como el *Bloomsbury Group*, entre cuyos integrantes estaban las hermanas Vanesa Bell y Virginia Woolf, Bertrand Russell, Ludwig

El enfoque predominante de la salud y la responsabilidad del Estado

En el marco de este conflictivo y cambiante panorama socio-económico, ¿cuál era el contenido conceptual del derecho a la salud en ese momento? En las primeras décadas del Siglo XX, la salud, en tanto componente del bienestar de la población, no era entendida en general como un asunto de Estado. Su mención como *derecho*, en las Cartas Constitucionales de los países, recién se extiende después de la Primera Guerra Mundial. Es decir que, si antes de Keynes el Estado debía tener una actitud prescindente en la regulación de los factores económicos, aún más predominaba el concepto de atribuir a la salud una *responsabilidad* de carácter *individual*. Cuando el Estado se ocupaba de construir hospitales, a menudo urgido por necesidades de guerra, en general cedía luego su administración a asociaciones civiles, de carácter benéfico o confesional. Los antecedentes reseñados, sobre las instituciones existentes antes de las respectivas reformas, especialmente en Alemania, Gran Bretaña, Francia y EE.UU., ilustran las conductas sociales dominantes en esta etapa.

Existían algunos antecedentes significativos, pero éstos no llegaban a constituir tendencias. La Constitución de los Países Bajos de 1887 y la de Portugal de 1911, empleaban el término *asistencia*. La del Imperio Alemán de 1871 y la de México de 1908, asignaban a las facultades del Estado el *poder de policía sanitaria*. Como excepción, la de Suiza de 1874 extendía estas facultades a *proteger y promover la salud*, así como el *bienestar general del pueblo*. La Constitución de México de 1917, ya había introducido el componente social en las atribuciones del Estado, a través de conceptos como la *función social de la propiedad* y las *normas protectoras del trabajador*. Un rasgo general, proveniente del derecho constitucional comparado, es que en las constituciones de países unitarios, el problema sanitario estaba contemplado dentro de la parte dogmática de derechos y garantías; es el caso de Colombia, Costa Rica y Portugal. En cambio, en los países de estructura federativa, los aspectos sanitarios estaban previstos en la parte organizativa, asignando las facultades de preservación de la higiene pública y el control de epidemias al nivel central, así como las acciones de asistencia a los pobres, a entidades descentralizadas, tal como ocurría en Suiza, México y Estados Unidos (Carrillo, 1949: 5-23).

En términos de *contención*, la sociedad afrontaba los problemas sanitarios, que padecían las clases de menores ingresos como consecuencia de su situación social, mediante los recursos provenientes de una lógica de *beneficencia*. En su nombre las clases de mayores ingresos o las instituciones religiosas, proporcionaban ayuda y cuidados a la población *desamparada*. El peso de estas actividades caritativas en la vida social era generalmente de tal importancia, que las instituciones dedicadas a la beneficencia, recibían de parte del Estado la misión de administrar recursos de origen público, como hospitales, fondos, hogares, alimentos, etc., además de los que ellos construían por su propia iniciativa (Arce, 2001: 21-28).

Otro componente de la *contención social*, es el que ejercían los sectores de bajos recursos entre sí, con el carácter de *ayuda o socorros mutuos*. Es decir, una *entidad no estatal* de asociación *voluntaria*, mediante la que sus miembros contribuían a un fondo común, para recibir ciertos beneficios en el momento en que los necesitaran. Como vimos más arriba, esta modalidad era frecuente en Alemania antes de 1883 y, por la misma época, en Inglaterra. Este modelo de organización se reproduce en forma extra-estatal, trasladado a este Continente por los inmigrantes, y tiene un particular arraigo en el Río de la Plata (Bronstein, 1980). Por su génesis inmigratoria, el agrupamiento de los trabajadores en *mutuales*, respondía en América a la nacionalidad de origen.

El enfoque sanitario de ese momento, entendido como intervención de los poderes públicos para proteger la salud de la población, se limitaba a una visión *higienista*, destinada a vigilar las condiciones del medio-ambiente urbano y a circunscribir la diseminación de las epidemias. El recurso principal era el aislamiento en casas especialmente destinadas a ese efecto o en hospitales pabellonados (ver Capítulo 3). La quema de los efectos personales de los muertos, sin que se supiera la causa etiológica de las patologías infecciosas, era un recurso frecuentemente empleado en las epidemias de cólera o de fiebre amarilla. Hay que recordar

que recién hacia 1880, Louis Pasteur y Robert Koch introdujeron la etiología bacteriana, como causa de las enfermedades transmisibles.

Otra vertiente del enfoque sanitario, proviene de las consecuencias sociales de la revolución industrial y del estado de salud de los trabajadores. Es la *medicina social*, impulsada especialmente en Inglaterra por Bellers, Chadwick y Gilbert y en Alemania por von Sonnenfelds, Rau y Rickmann, entre los Siglos XVIII y XIX, como una forma primitiva de *medicina laboral* (Mercer, 1997-1998; Carrillo, 2005: 303-318). Por consiguiente, estaba especialmente orientada a las enfermedades producidas o agravadas como consecuencia del trabajo, o de la situación social determinada por las pésimas condiciones económicas de los obreros. Sin embargo, con posterioridad a la 1ª Guerra Mundial, el concepto de *medicina social* se extendió a la totalidad de los factores condicionantes del estado de salud de la población, no sólo a condiciones laborales higiénicas, sino también a educación, alimentación, indumentaria, vivienda con servicios sanitarios adecuados, esparcimiento y demás factores culturales y espirituales que pudieran contribuir al bienestar general (Carrillo, 2005: 256-257).

En este marco político internacional, sintéticamente descripto, se desenvolvían los hospitales y el modelo argentino de organización sanitaria, que se abordarán en los capítulos siguientes. Los hitos y protagonistas mencionados de ningún modo pretenden alcanzar un análisis exhaustivo de la etapa. Sólo se señalaron los que, a criterio del autor, establecieron hechos significativos en la configuración de la evolución de los servicios de salud, desde una oferta escasamente organizada y con cierta prescindencia estatal, hasta un ordenamiento sistemático en lo relativo a su financiamiento y a las acciones sanitarias.

La organización sanitaria argentina a principios del Siglo XX

El presente capítulo se concentrará en la situación particular de la Argentina, que no fue ajena a los factores e ideas que predominaban en el resto del mundo. Por el contrario, las tendencias mundiales actuaron como factores condicionantes de los fenómenos determinados por las características locales. Por consiguiente, este capítulo tratará sobre los rasgos del modelo de organización sanitaria, predominante en las primeras décadas del Siglo XX, procurando señalar los fenómenos políticos y socio-económicos más relevantes, aunque evitando desviar el análisis del problema central de esta Tesis, que es la atención de la salud.

¿Cómo definir los rasgos fundamentales de la organización sanitaria en un lugar y un momento histórico determinados? En la Introducción se señaló la necesidad de definir los aspectos principales, que deben tenerse en cuenta para alcanzar una *taxonomía* de modelos organizativos. Y estos modelos organizativos no comprenden solamente aspectos inherentes a la forma particular de ordenamiento de los servicios de atención de la salud, sino también problemas que exceden el campo sanitario -y a su vez lo determinan- como la organización institucional del país, su funcionamiento político, la distribución de sus estratos sociales, los rasgos culturales salientes y la estructura económico-productiva. Podría afirmarse que estos últimos aspectos influyeron más en la organización sanitaria, que los factores intrínsecos del Sector Salud.

Delimitación de modelos organizativos

Como se expuso en el Capítulo Inicial, apoyados en las consideraciones metodológicas, se delimitaron los tres modelos principales a lo largo del Siglo XX, hasta el momento de la hiperinflación de 1989-1990. Para la denominación de los distintos modelos, se tomó como factor determinante la actitud de planificar por parte del Estado nacional, así como la existencia de un centro predominante o, en cambio, la diversificación de centros de toma de decisiones. Pero a la luz del modelo organizativo configurado a partir de los '90, se propone ahora emplear el término *regulación* en vez de *planificación*, ya que sólo durante la década peronista transcurrida de 1945 a 1955, puede identificarse una clara voluntad y/o capacidad política de *planificar*.

Tras la presunción de que los episodios hiperinflacionarios de 1989 y 1990 habían logrado desarticular el modelo organizativo existente, la incorporación de un nuevo período al cuadro evolutivo de modelos organizativos, nos indujo a revisar las denominaciones. Esos cambios vuelven a presentarse en el Cuadro N° 2.1. El período posterior a 1990, fue caracterizado como *modelo pluralista de competencia regulada*, y dentro de se distingue -al igual que en el período anterior- una etapa de *formación*, hasta la grave crisis de fines de 2001, y otra de *institucionalización*, desde principios de 2002 en adelante. En todos los casos, el objetivo central del análisis será resaltar los fenómenos cualitativos principales de cada momento y el peso relativo de los factores, antes que la magnitud cuantitativa de dichos fenómenos. Conviene agregar que otros autores caracterizaron etapas evolutivas en la organización sanitaria argentina, desde principios del Siglo XX hasta la hiperinflación de 1989/90, diferenciando similares modelos organizativos y momentos históricos (Cetrángolo y col., 1992; Katz, 1995; Mera-Bello, 2003: 98).

Cuadro N° 2.1: **Caracterización de modelos de organización sanitaria, Siglos XX y XXI.**

Período	Modelos y etapas
Previo a 1945	<i>Modelo pluralista no regulado</i>
De 1945 a 1955	<i>Modelo de planificación estatal centralizada</i>
De 1955 a 1989/90: – 1955 a 1970 – 1970 a 1977 – 1977 a 1989/90	<i>Modelo pluralista de regulación descentralizada:</i> – etapa de <i>formación</i> – etapa de <i>institucionalización</i> – etapa de <i>crisis distributiva</i>

Posterior a 1990:	<i>Modelo pluralista de competencia regulada:</i>
– 1990 a 2001	– etapa de <i>formación</i>
– posterior a 2002	– etapa de <i>institucionalización</i>

Período previo a 1945: modelo pluralista no regulado

La caracterización del modelo predominante en las primeras décadas del Siglo XX, está determinada principalmente por la existencia de servicios pertenecientes a diferentes jurisdicciones y naturalezas jurídicas, sin una regulación destacada ni un plan de inversiones significativas por parte del Estado. Las decisiones de crear servicios de salud, dependían de iniciativas de funcionarios del Estado o de legisladores, sin responder a un plan sistemático de construcciones sanitarias. Las instituciones eran de diversas características: hospitales o centros de salud públicos -ya sea administrados por el Estado o por sociedades benéficas- destinados a la población carente, establecimientos privados con y sin fines de lucro, y entidades mutuales administradas por comunidades extranjeras, por grupos confesionales o por sectores laborales.

Tal como se explicó en el Capítulo 1, el concepto más extendido respecto a la salud era su pertenencia a la órbita de las responsabilidades individuales y, cuando esto excedía las posibilidades del trabajador o del grupo familiar, los carentes de recursos eran atendidos por entidades caritativas o por la asistencia pública. Las intervenciones del Estado se limitaban a cuidar la higiene pública, actuar en las epidemias, vigilar la sanidad de las fronteras y atender las situaciones de emergencia. Para esto contaban con hospitales especializados en los distintos problemas epidemiológicos prevalentes -tuberculosis, lepra, venéreas, enfermedades infecciosas en general- y con establecimientos psiquiátricos, así como las dependencias urbanas de la Asistencia Pública, destinadas a la atención de las urgencias. Esta somera enunciación de los componentes principales de las actividades estatales en materia de salud, induce a suponer que no existía suficiente interés por los problemas sanitarios. Pero sería una interpretación injusta con protagonistas brillantes de fines del Siglo XIX, como Emilio Coni o Domingo Cabred.

El influjo de Emilio Coni -el más distinguido discípulo de Guillermo Rawson- en el Siglo XX fue muy importante, aunque sus principales actividades las desarrolló en las dos últimas décadas del siglo anterior. Sin duda, la formación original de Coni respondía al patrón predominante en la Europa de la revolución industrial: la higiene pública o *higienismo*. Pero su visión fue más abarcativa, ya que se ocupó de problemas demográficos, estadísticos, de organizaciones profesionales y no gubernamentales, de planificación urbana y prevención de enfermedades transmisibles. De tal modo que, tal como lo hace Veronelli, debe ser considerado un *salubrista*, dentro de las limitadas circunstancias sanitarias en las que tuvo que introducir sus innovaciones. A él se debe la creación en 1883 de la Asistencia Pública, dependiente de la Municipalidad de Buenos Aires, durante la Intendencia de Torcuato de Alvear. Desde ese lugar promovió también la fundación del Patronato de la Infancia en 1892, alentando la complementación de las acciones públicas con las de la sociedad civil.

La Asistencia Pública se ocupaba de la higiene urbana, de los accidentes domiciliarios o en la vía pública, del control de las epidemias y, posteriormente de las vacunaciones². Esta institución fue tan preponderante, que rápidamente fue reproducida en las principales ciudades argentinas. En Mendoza -durante la gobernación de Emilio Civit- y Corrientes -siendo Gobernador Valentín Virasoro- por el asesoramiento personal del propio Coni, pero en el resto por la emulación de un proyecto eficaz, que aún persiste en varias ciudades. En el campo profesional, también debe señalarse el impulso que dio a la creación de la Asociación Médica Argentina (AMA) en 1891, a partir de la Asociación Médica Bonaerense. En el mismo año creó la Oficina Demográfica del Departamento Nacional de Higiene, mediante una gestión similar a la que había realizado 1887, al crear la Oficina de Estadística Municipal en la Intendencia de Buenos Aires. En el ámbito no gubernamental fue el promotor de la fundación de la Liga Argentina contra la Tuberculosis en 1901, institución que -con dificultades- aún continúa actuando³ (Veronelli, 2004: 282-335).

² En la Ciudad de Buenos Aires, la sede central de la Asistencia Pública estaba en la calle Esmeralda entre Rivadavia y Bartolomé Mitre, en el predio que actualmente ocupa la Plaza Roberto Arlt.

³ El edificio se construyó en Av. Santa Fe y Uriarte, cerca de Plaza Italia. Todavía funciona allí aunque dentro de un espacio más reducido.

Para completar la semblanza de la personalidad de Emilio Coni, conviene mencionar que fue un destacado impulsor de los Congresos Médicos Latinoamericanos, cuya primera edición se realizó en Santiago de Chile en 1901, el 2º Congreso en Buenos Aires en 1904, el 3º en Montevideo en 1907, el 4º en Río de Janeiro en 1909 y el 5º en Lima en 1913. En 1909 debía realizarse en Santiago un evento vinculado a los precedentes, el 4º Congreso Científico Latinoamericano, cuya Comisión Organizadora decidió cambiar la denominación por la de Panamericano. A propósito de ese episodio, Coni formuló una extensa fundamentación respecto a los inconvenientes y escasos beneficios, que representaba para los países de América Latina el ideal *panamericano* (Veronelli, 2004: 327-330). Debe recordarse que en 1902 se había creado en Washington D.C. la Oficina Sanitaria Internacional, que luego se denominaría Oficina Sanitaria Panamericana, y que el *panamericanismo* constituía una idea con marcada preponderancia, impulsada desde EE.UU.

En nuestro país, las Sociedades de Damas de Beneficencia se ocupaban de la administración de los hospitales públicos. Estas Sociedades existían en las principales ciudades del país, y todas ellas estaban agrupadas en una Federación. Por consiguiente, su poder e influencia en la sociedad eran muy importantes, no sólo por sus vínculos familiares con funcionarios, ciudadanos ilustres y personajes influyentes, sino también por el peso concreto de los importantes recursos que administraban, como hospitales, asilos y hospicios para alienados. Su gestión debía ser aceptablemente eficiente, como para contar con la opinión favorable de las instituciones de la sociedad, y estaban apoyadas por congregaciones religiosas, a través del trabajo de monjas y sacerdotes en la vida cotidiana hospitalaria. Aunque recibían sustanciales subsidios del Estado, que en la época se estimaban en el orden del 90% de sus presupuestos (Penna-Madero, 1910: Vol. 1, 215), probablemente respondían a las directivas y necesidades de los funcionarios estatales, de acuerdo a su conveniencia y a las condiciones que a su juicio consideraban apropiadas. Como se ve, desde fines del Siglo XIX el Estado *tercerizaba* mediante subsidios las acciones sociales, quizá porque desconfiaba de su propia eficiencia ejerciendo esas tareas, cosa que ocurre hasta nuestros días.

Esta duplicidad entre funcionarios y entidades filantrópicas no estaba exenta de tensiones. Emilio Coni, en su condición de funcionario de la Intendencia de Buenos Aires, que dependía de la Presidencia, tuvo una entrevista -probablemente en 1892- sobre el conflicto latente, con el entonces Presidente, Dr. Carlos Pellegrini. Coni le proponía centralizar la administración de los servicios sanitarios del municipio, a lo que Pellegrini le respondió que coincidía con sus fundamentos, ya que había tenido la oportunidad de ver esa modalidad de organización en la Asistencia Pública de París. Sin embargo, consideraba que no era posible retirarle a las Sociedades de Beneficencia la dirección de los nosocomios a su cargo, "so pena de levantar ante sí una enorme montaña de resistencias y malas voluntades". Tanto Veronelli (2004: 300-301), como García Díaz (1983) rescatan este episodio para ejemplificar el peso político de las entidades benéficas.

Las actividades sanitarias se conducían desde dos organismos del Estado nacional: el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. La vinculación formal del Estado con las Sociedades de Beneficencia, así como con los hospitales confesionales, se establecía a través de esta última Comisión Asesora. El Departamento Nacional de Higiene fue creado en 1880, al asumir la Presidencia Julio A. Roca; el sanjuanino Guillermo Rawson fue el Ministro del Interior y, Eduardo Wilde, su primer Director. Se ocupaba de los aspectos vinculados a la higiene pública, epidemias y sanidad de fronteras, e introdujo los primeros antecedentes de regulación sanitaria desde la órbita nacional⁴. No obstante, la adhesión de las Provincias a las directivas emanadas de la autoridad sanitaria federal, solía ser conflictiva. Recién comenzaba a construirse un liderazgo nacional, que implicaba la obediencia de las Provincias al mandato constitucional y, en algunos casos, esa obediencia se lograba a través de demostraciones de fuerza y solvencia técnica.

Por su parte, la Comisión Asesora actuaba como nexo entre las múltiples entidades benéficas, patrocinantes de hospitales y asilos, y el Estado. Debe tenerse en cuenta que estas entidades filantrópicas, en su mayor parte formadas por damas *patricias* de las principales ciudades del país, tenían una fuerte vinculación con las acciones caritativas de la Iglesia

⁴ A título ilustrativo, conviene señalar que el programa de control del mosquito *aedes aegypti*, que tiene actualmente difusión pública para prevenir el *dengue*, proviene de la epidemia de *fiebre amarilla*, ocurrida durante la Presidencia de Domingo F. Sarmiento, y actuaba como dependencia del Departamento Nacional de Higiene.

Católica y de las comunidades extranjeras. En este sentido resultaba lógico que la Comisión dependiera del organismo que entendía en cultos y relaciones internacionales del Estado Nacional. La Comisión fue creada en 1906, durante la segunda Presidencia de Roca, mediante la Ley N° 4.953, en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, a cargo en ese momento de Manuel A. Montes de Oca. Su primer Presidente fue el Dr. Domingo Cabred, que ocupó ese cargo hasta 1931. El enorme impulso que Cabred dio a la construcción de servicios hospitalarios, será comentado en detalle en el capítulo siguiente.

Las mutuales como antecedente de la Seguridad Social

Es importante señalar en este período, el extraordinario desarrollo alcanzado por las entidades mutuales, surgidas a partir de las oleadas inmigratorias iniciadas en la 2ª mitad del Siglo XIX. Estaban agrupadas según su nacionalidad de origen, o -como veremos luego- por ideología o religión, o también a través de empresas lucrativas de asistencia médica. Estas entidades, esencialmente inspiradas por las costumbres predominantes en los países europeos, constituyeron el precedente institucional de las Obras Sociales y de las entidades de medicina prepaga, con y sin fines de lucro.

La proliferación de este tipo de organizaciones acompañó al proceso de intenso crecimiento ocurrido entre las últimas décadas del 1800 y las primeras del 1900, impulsadas en gran medida por el movimiento socialista en formación. Conviene recordar aquí lo comentado en el capítulo anterior: la 1ª Internacional, fundada en 1864, se polarizó entre anarquistas y social-demócratas, con el predominio de los últimos; la 2ª Internacional fue constituida en 1889, y también se polarizó entre social-demócratas y *radicales* (en la acepción internacional). Por consiguiente, los obreros que arribaban a estas playas venían principalmente influidos por anarquistas y social-demócratas, ya que los comunistas recién adquirieron un perfil definido a partir de la revolución rusa de 1917.

Por su parte, los anarquistas, que desde la 2ª Internacional no encontraban suficiente capacidad de convocatoria en Europa, migraron masivamente a América Latina donde alcanzaron un notorio protagonismo. En Argentina y Uruguay tuvieron especial influencia en el naciente movimiento obrero. Por su posición *anti-reformista*, no estaban de acuerdo con la formación de entidades no estatales, destinadas a aliviar las consecuencias de la explotación de los trabajadores. Pero su inspiración *principista* en defensa de la ética social, les impedía oponerse activamente a iniciativas que podían mejorar la calidad de vida de los obreros, en un marco solidario ajeno al Estado (Viñas, 2004). Este panorama político en el que, ya sea por la iniciativa *reformista* de militantes socialistas y/o social-demócratas, ya sea por la conflictiva -pero a la vez pasiva- cooperación de los anarquistas, permite inferir que prevalecía en el movimiento social, cierta *vocación extra-estatal*⁵.

En relación al comunismo, un distinguido testigo de la época, expresaba en cartas a Marx, las dificultades que encontraba en el Río de la Plata para integrar movimientos de apoyo a las Internacionales (Tarcus, 2000). Un análisis coincidente hacía Abelardo Ramos -desde una posición inversa- mostrando, a través de la historia del movimiento obrero en la primera mitad del Siglo XX, la permanente división entre centrales sindicales socialistas, comunistas y anarquistas. En particular afirmaba que los comunistas, a partir de la "Revolución de Octubre" y de la formación de la 3ª Internacional en 1919, respondían más a las necesidades de apoyo a los revolucionarios europeos, que a las de los propios trabajadores argentinos. La coexistencia de dos ó más centrales obreras se mantuvo incluso hasta la década del 40 (Ramos, 1959: 10-83; Hobsbawm, 2011: 55-79), pero conviene recordar que fueron especialmente dirigentes socialistas y anarquistas, los que adhirieron a Perón -durante sus funciones como Secretario de Trabajo y Previsión- y luego conformaron la Rama Sindical del Movimiento Justicialista. En cambio los comunistas, mantuvieron preferentemente su disciplina partidaria, apoyando a la Unión Democrática en las elecciones de 1946.

Queda como hipótesis a demostrar, si el limitado alcance de los comunistas -frente a socialistas y anarquistas- en el Río de la Plata, en comparación con el amplio predominio que

⁵ Las diferencias entre anarquistas y socialistas se expresaron también en las centrales sindicales. Frente a la Ley 4.144 de 1902, promovida por el Senador Miguel Cané, la Federación Obrera Argentina (FOA) controlada por los anarquistas, convocó a una huelga general. Los socialistas, que discrepaban con esa posición, no adhirieron a la medida y más tarde constituyeron la Unión General de Trabajadores (UGT), bajo su liderazgo (Pigna, 2013).

alcanzaron en Chile, ejerció alguna influencia en la diferente configuración de sus respectivas organizaciones sanitarias. En Argentina y Uruguay se desarrollaron organizaciones *mutuales*, fragmentadas y no estatales, que fueron la base de sus organizaciones de Seguridad Social. En Argentina se dio este comportamiento, a pesar de la intención de Ramón Carrillo en promover un sistema único de salud, influido por la experiencia británica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En cambio, en Chile ya desde 1924 se creó un sistema estatal único de Seguro Social Obrero, y en 1952 se adoptó el Servicio Nacional de Salud, emulando el modelo inglés. La pregunta a plantearse es, si las reivindicaciones de los trabajadores -con orientación *extra-estatal* en los primeros países y con expectativas *estatizantes* en el otro- lograron suficiente peso, como para determinar la conformación de los respectivos Sistemas de Salud.

La magnitud e intensidad del movimiento mutual se expresaba en números llamativos. Aparentemente, las primeras iniciativas fueron en Buenos Aires: la Sociedad Francesa de Socorros Mutuos en 1854, la Sociedad de Socorros Mutuos San Crispín del gremio del calzado en 1856 y, en 1858, *Unione e Benevolenza*. Una estadística de 1875 señalaba la existencia de 74 mutuales: 27 en la Provincia de Buenos Aires, 12 en la Ciudad de Buenos Aires, 19 en Santa Fe, 9 en Entre Ríos, 6 en Córdoba y 1 en Tucumán. De estas 74 entidades, 25 habían sido constituidas por italianos, 14 por españoles, 7 por franceses, 3 por suizos y las demás por distintos gremios. Según la misma fuente, en 1910 funcionaban 659 mutuales, que reunían a más de 200.000 asociados (INAES, 2006). Estos datos son aproximadamente coincidentes con los provenientes de otras fuentes (Pérgola, 2005).

Entre 1850 y 1900 se fundaron 541 mutuales y entre 1901 y 1925 otras 811, de las que una buena parte perduran hasta hoy. El censo de 1927 mostraba 1.141 asociaciones de socorros mutuos con 552.986 afiliados, y en 1910, el 27% de la población de Buenos Aires tenía algún tipo de cobertura mutual. El cuadro N° 2.2 refleja ese crecimiento explosivo (Katz-Muñoz, 1988: 69-77). En cuanto a su composición, tal como mencionan estos mismos autores y Rosalía Cortés (1985), había entidades de naturalezas muy diferentes. Por una parte, las realmente solidarias o de *socorros mutuos* por identidad de origen patronímico, así como otras -también solidarias- que admitían diversas nacionalidades, a las que Augusto Bunge denominaba genéricamente como *cosmopolitas*. La mayor parte de estas entidades estaban dominadas por socialistas y anarquistas. Algunas habían sido promovidas por los empleadores, como la de los ferroviarios, y las caracterizaba como *cajas patronales*. Los patrones de ferrocarriles, que eran ingleses, reproducían aquí experiencias exitosas en su propio país (Bunge, 1914).

Cuadro N° 2.2: **Creación de sociedades de socorros mutuos entre 1854 y 1913.**

Período	Cantidad de sociedades
1845-1870	41
1871-1880	107
1881-1890	220
1891-1900	275
1901-1913	559
Total	1.201

Fuente: Unsain, 1919.

Bunge, que en realidad era de extracción socialista, denominaba *pseudo-mutualidades* al resto de las entidades, entre las que había *círculos de obreros católicos* y entidades privadas lucrativas. Las entidades privadas con fines de lucro, eran equivalentes a las que hoy funcionan como *abonos* de clínicas barriales o de flotillas de ambulancias, *prepagos* vinculados a sanatorios, o simplemente organizaciones de tipo mutual creadas en base a capitales privados, equivalentes a las actuales empresas de medicina prepaga. Sin embargo, expresando el sesgo ideológico de esta clasificación, incluía entre las verdaderas mutualidades a las *cajas patronales*, constituidas mediante contribuciones patronales y aportes del trabajador en base a alícuotas del salario, ya que habían sido promovidas por las bases sindicales de *izquierda*. Éstas estaban organizadas por rama de la producción y también comprendían a las *cosmopolitas*.

Cuadro N° 2.3: **Cuadro general de mutualidades en Buenos Aires en 1910.**

Grupos de mutualidades	Total de socios	Porcentaje
Cajas patronales	(a) 71.881	28.4
Argentina y "cosmopolita"	(b) 10.356	4.1
Italianas	41.261	15.9
Españolas	23.088	9.1
Francesas	1.726	0.7
Suizas	966	0.4
Israelitas	2.981	1.2
Subtotal mutualidades	151.248	59.8
Empresas de asistencia médica	90.936	36.0
Círculos de Obreros Católicos	10.579	4.2
Subtotal pseudo-mutualidades	101.515	40.2
Total general	252.763	100%

(a) Incluye la totalidad de beneficiarios de la Caja Ferroviaria en el país.

(b) Incluye la Asociación Obrera de Socorros Mutuos.

Fuente: Bunge, 1914.

El cuadro N° 2.3 muestra la magnitud de la cobertura proporcionada por estas mutuales en Buenos Aires. Como se vio en el capítulo anterior, ya existían organizaciones de este tipo en Alemania e Inglaterra, al crearse sus respectivos organismos de Seguridad Social. También es posible que hayan existido instituciones de este tipo en Italia o España, al iniciarse el Siglo XX, ya que la Ley de Seguro Social de Italia es recién de 1925 (Arce, 1993: 286) y la de España de 1942 (FeMeBA, 1994). Pero otro imperativo que estimuló la creación de nuevas mutuales, fue la preocupación de la Iglesia por el predominio ideológico del socialismo, dentro de las que Bunge consideraba verdaderas mutuales. Desde las diversas vertientes comentadas, el *movimiento mutualista* tuvo una extensa difusión en la Argentina. Las instituciones alentadas por la Iglesia Católica en esta línea, Círculos de Obreros Católicos -inspirados en entidades similares creadas en Francia desde mediados del Siglo XIX-, no tenían sólo una finalidad de cobertura médica, también formaban clubes barriales -con más vida social que deportiva- que tuvieron una amplia difusión. Algunas de estas últimas mutuales llegaron a construir sus propios sanatorios que, coincidentemente, llevaban el nombre de "San José Obrero"⁶.

En el polo opuesto, recordemos que la Cooperativa "El Hogar Obrero" fue creada a principios del Siglo XX y gobernada por socialistas, hasta su reciente quiebra en la década del 90. En este caso, sus objetivos fueron mucho más allá de la cobertura asistencial e incluyeron edificios con departamentos económicos⁷, créditos de consumo, cajas de ahorro y otras operaciones financieras, cadenas de supermercados y, finalmente, un *shopping center* -el Mercado de Abasto- que desencadenó su quiebra. Posteriormente, el modelo *mutual* fue asumido especialmente con mucho interés por los empleados de organismos estatales, no sólo para proveerse de servicios médicos, sino también de otros servicios sociales. Las Obras Sociales estatales provienen de aquellas primitivas *mutuales de empleados públicos* (Belmartino y col., 1991: 57-97). Pero también una gran parte de los clubes deportivos argentinos, se originaron en entidades mutuales y llevaban el nombre de la dependencia pública, en la que trabajaban sus socios fundadores⁸.

⁶ Se mencionan sólo dos de estos sanatorios, aunque puede haber muchos más. Uno es conocido como Sanatorio San José y está ubicado en Buenos Aires, en Marcelo T. de Alvear y Sánchez de Bustamante. El otro está en la localidad de Villa Flandria, cercana a Luján (Provincia de Buenos Aires). Ambos actualmente atienden todo tipo de contratos con Obras Sociales y Medicina Prepaga. En Montevideo, existe actualmente el Sanatorio Juan Pablo II, perteneciente al Círculo de Obreros Católicos del Uruguay Mutualista, que fue fundado en 1885 y que, seguramente, tiene el mismo origen político.

⁷ En la Capital, en Av. Rivadavia 5126, una cuadra más allá de José María Moreno, está el curioso edificio "Nicolás Repetto", que pertenecía a la Cooperativa "El Hogar Obrero", donde hasta su muerte vivió Alicia Moreau de Justo. Tenía una concepción comunitaria, ya que los departamentos -todos de valores similares- daban a un pasillo común con ventanales, lo que facilitaba el diálogo entre los vecinos.

⁸ En el barrio de Núñez -también en la Capital- los clubes que se encuentran sobre la Av. del Libertador, entre las actuales Av. Udaondo y Av. Comodoro Rivadavia, lindando hacia el río con la Av. Lugones, provenían de entidades de tipo mutual de empleados de organismos estatales. En dirección hacia la Provincia, el Tiro Federal Argentino, originado en tiempos de Roca y con apoyo del Ejército; el Club Atlético Arquitectura, de la Dirección Nacional de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas, donde ahora se encuentra parte del CENARD (Centro Nacional de Alto Rendimiento

La actividad principal de las asociaciones mutuales era la financiación de servicios sociales, y en particular la asistencia médica, sobre la base de los fondos aportados mensualmente por asociados voluntarios. Sin embargo, la prestación de atención médica a través de servicios propios, formaba parte de las expectativas e intenciones en la mayor parte de los dirigentes mutualistas, ya sea mediante consultorios de atención ambulatoria o establecimientos con internación. Como se verá en detalle en el próximo capítulo, diferentes autores coinciden en que -hacia 1910- en Buenos Aires existían unas 1.100 camas de hospitales de comunidades extranjeras, las que -según datos estimados- representaban aproximadamente el 16% del total estimado de 6.825 camas del distrito (Veronelli, 1975: 38; Lardiez G., 1981). Si se procura una comparación estimativa, admitiendo que se trata de informaciones de diferente origen, según los datos del cuadro N° 2.6, la población beneficiaria de las mutuales correspondientes representaba algo más del 8% de los habitantes de la ciudad, que eran alrededor de un millón.

En tanto la disponibilidad de recursos lo permitiera, la vocación general de los mutualistas abarcaba tanto la financiación como la prestación de servicios médicos. En cambio, las empresas de asistencia médica, probablemente hayan tenido objetivos sólo de cobertura. Esta suposición no debe tomarse en forma absoluta ya que, como dijimos antes, dentro de este grupo Bunge incluía a los suscriptores de abonos de clínicas y sanatorios privados. Lógicamente, el criterio operativo predominante en las mutuales, si no contaban con servicios propios o éstos no eran suficientes, era derivar a sus beneficiarios a establecimientos privados, ya que quienes se asociaban a una mutual, tenían la expectativa de evitar la utilización de servicios públicos y caritativos. Este comportamiento se mantuvo a través del tiempo y fue transmitido a las organizaciones que sucedieron a las mutuales: las Obras Sociales.

En la operatoria de los establecimientos asistenciales pertenecientes a organizaciones mutuales, no existía el propósito de desdoblarse la financiación de su funcionamiento con respecto a su posesión patrimonial. Los servicios de cada hospital estaban destinados a sus asociados o a los miembros de su comunidad, y no a los de otras entidades. La pertenencia del hospital -al igual que otras instituciones sociales- a una comunidad extranjera, representaba la permanencia de su cultura de origen en el país anfitrión. Excepto en los españoles, se empleaba doble lenguaje en señalización y papelería y, en la selección de personal, se prefería a miembros o descendientes de la comunidad. No tenían arraigo aún en nuestro país, conductas habituales en los hospitales europeos, incluso en los de entidades sin fines de lucro, tendientes a explotar la capacidad instalada ociosa con el fin de optimizar su equilibrio económico, atendiendo *clientelas* ajenas a la de la institución propietaria del nosocomio (Roemer, 1977: 342-370). Tampoco ocurría esto con los establecimientos de las mutuales llamadas *patronales*, como la ferroviaria: hasta la década del 70 los ferroviarios, que disponían de muchos servicios propios en todo el país, evitaban compartirlos con otros usuarios. El entrecruzamiento económico entre los factores que componían el sistema no era la actitud que predominaba.

Las mutuales que no contaban con servicios propios, financiaban prestaciones brindadas en otros efectores del sistema, pero prevalecía la intención de instalar la propia capacidad asistencial. Debe tenerse en cuenta, por otra parte, que el costo de la construcción hospitalaria y su equipamiento, no distaba mucho en ese momento del de las obras no hospitalarias y que, tampoco la atención médica contenía equipos y tecnologías que elevaran demasiado sus costos. Con el avance del Siglo, se inició el proceso de industrialización, que también inducía el crecimiento del sindicalismo. Las *mutuales* paulatinamente se fueron reagrupando por rama de la producción, sin que esto implicara la desaparición de los originales agrupamientos por nacionalidad de origen. El censo de mutualidades realizado 1927, revelaba la aparición de importantes mutuales originadas en organismos estatales, así como de algunas empresas industriales y comerciales, frente a una disminución de la importancia de la nacionalidad como factor aglutinante. Asimismo muestra una marcada disparidad, tanto en el tamaño de las poblaciones cubiertas, como en el tipo de beneficios y planes que otorgaban (Belmartino y col., 1987).

Deportivo); el Club Atlético Comercio, de la Secretaría de Comercio del Ministerio de Economía; el Club Obras Sanitarias de la Nación, de la empresa pública homónima; detrás, el Club YPF; al fondo de la actual Crisólogo Larralde, el Club Correos y Telecomunicaciones, donde ahora está la parte principal del CENARD; el Club Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ahora llamado Club Ciudad, y el Círculo Policial. Seguramente todos ellos eran terrenos fiscales, cedidos en *comodato* a nacientes entidades mutuales.

Comentario final

Se supone en general, que el crecimiento intenso de la industria se dio durante la década del 40. Sin embargo, como afirma Juan José Sebreli, la década del 30 -aunque fue denominada *la década infame*- fue un período de agudos contrastes sociales y marcada diversidad ideológica, pero también de fuerte sindicalización de los trabajadores y de gran expansión industrial. Fue la etapa posterior a la crisis política y el golpe de Estado de 1930, simultánea con una grave recesión de la economía mundial, conocida como la *gran depresión*. Además fue el momento de la transición del modelo agro-exportador -proveniente de la Generación del 80- a un modelo mixto agrario-industrial. Según Sebreli, en el campo de las ideas, fue un período en el que predominó el nacionalismo, aunque desde diferentes vertientes ideológicas, pero en su caracterización compartían el término *nacionalismo*: el nacionalismo liberal, el nacionalismo populista yrigoyenista y el nacionalismo católico o de derecha (Sebreli, 2003: 161-218). También Hobsbawm (2011: 101-127) señala este fenómeno en Europa, en el período que medió entre las dos guerras, por lo que interpreta que esto facilitó la penetración inicial del *fascismo*, amparado en sus reivindicaciones nacionalistas, aunque sus adherentes no coincidieran en todo con sus postulados.

Cortés Conde, por su parte, señala las décadas del 10 y del 20, como de frecuentes conflictos laborales. Entre esos conflictos se destacaron por su violencia, el de los ferroviarios de 1917 y el de la llamada *semana trágica* de enero de 1919 (Viñas, 1966). En la década del 30 señala un evidente crecimiento de las inversiones norteamericanas, incluso predominando sobre las británicas. Sin embargo, en 1933 se celebró el famoso *Pacto Roca-Runciman*, por el que se garantizaron las inversiones británicas, a través de una compleja arquitectura financiera, a cambio de mantener una parte del mercado de Londres para las carnes argentinas. La sustitución de importaciones se inició durante la 1ª Guerra Mundial y continuó en la inmediata post-guerra, ya que los países beligerantes restringieron sus exportaciones para recuperar su propia industria (Cortés C., 2005: 53-139). Ese proceso de industrialización continuó en la década del 40, durante la 2ª Guerra Mundial, motivado también por la necesidad de sustituir importaciones.

En el campo sanitario, pese a las intenciones y acciones concretas de redistribución social, encaradas por funcionarios gubernamentales en materia de epidemias y de higiene pública, entre los que sobresalieron Domingo Cabred y Pedro Coni, no prevalecía el concepto de Estado como planificador y regulador de los servicios de salud. Asimismo su propia función de administrador estaba muy limitada, dado que la mayor parte de los establecimientos públicos estaba en manos de sociedades de beneficencia. Tampoco existía la actitud de planificar la distribución y el dimensionamiento de los servicios en términos de oferta y demanda. La factibilidad de los servicios estaba principalmente determinada por la disponibilidad de recursos y por el apoyo político con que se emprendía su construcción. La pluralidad de iniciativas y formas jurídicas en el sector Salud, la presencia de organismos estatales activos, pero no predominantes dentro del sector, y una posición general diferente de las medidas de regulación actual, que procuran el rendimiento productivo de los establecimientos, son -en suma- los aspectos principales que identifican el modelo de este período como *pluralista no regulado*.

Los hospitales a principios del Siglo XX

Con las advertencias realizadas en la Introducción sobre el uso corriente del término *generación*, resulta apropiado aplicarlo para analizar la evolución de los hospitales en la Argentina⁹. Debe advertirse también que una revisión exhaustiva de la historia hospitalaria, excedería los objetivos de este capítulo. Esencialmente, interesa aquí tomar como referentes los conceptos vertidos sobre este tema, desde el punto de vista sanitario o de la Administración de la Salud. Si se describiera rigurosamente la historia de nuestros hospitales, cosa imprescindible para una investigación histórica, probablemente sería más engorroso encontrar épocas o hitos, con un enfoque sanitario. Otros autores se ocuparon de estas investigaciones, y a ellos conviene remitirse para obtener datos más precisos (Pérgola, 2004; Veronelli, 2004).

La medicalización del hospital

Como se planteó en la Introducción, el análisis se centrará en caracterizar cómo aparece este organismo denominado *hospital*. Cuál es el momento en que, especialmente en los países europeos, ciertos establecimientos empiezan a funcionar con finalidades médicas o de curación, ya que nuestro período de estudio, va a quedar limitado al hospital con fines curativos y -dentro de él- se procurará distinguir las etapas que permiten la identificación de tres generaciones.

Sonis, señala las últimas décadas del siglo XVIII, como el momento en que se produce la *medicalización* del hospital. Antes de ese momento, los conocimientos médicos no se sustentaban en la observación hospitalaria, eran *jurisprudencia médica*, elaboración teórica o empírica individual (Sonis, 1984). Una observación en el mismo sentido hace Foucault, aunque refiriéndose al papel de las universidades con posterioridad a la Revolución Francesa, al analizar el tránsito de la Medicina, como acumulación individual de experiencias profesionales, hacia el conocimiento médico colectivo con respaldo institucional (Foucault, 1986: 97-128). Desde el punto de vista de la antropología cultural, el concepto de hospital surge en la Edad Media, por la conjunción de dos valores cardinales: *caritas*, como expresión del amor paterno entre Dios y los hombres, e *infirmas*, como condición de los “hombres frágiles” derivados del pecado original (Le Gogg-Truong, 2005: 100).

El análisis del período previo, podría denominarse *prehistoria hospitalaria*, ya que aquellos establecimientos estaban destinados a albergar menesterosos, peregrinos, enfermos que habían sido aislados de su medio social, o moribundos que carecían de cuidado familiar. La Medicina no se desenvolvía dentro del ámbito hospitalario, el cuidado de estos pacientes estaba a cargo de sacerdotes, monjas o voluntarios caritativos. Es interesante que, para el Diccionario de la Lengua Española, *hospital* -que proviene del latín *hospitalis*- es un adjetivo, que significa afable y caritativo con los huéspedes (1ª acepción), y que corresponde al sustantivo *hospicio* -casa destinada a albergar y recibir peregrinos y pobres- sinónimo de *hospedaje*. En realidad, el pasaje de esta *prehistoria* a la *historia* hospitalaria, está acompañado por la *sustantivación* de la institución, es decir, el momento en que adquiere objetivos y características específicas. En consecuencia, simultáneamente con la gestación de la Edad Contemporánea, el antiguo *albergue hospitalario* se fue transformando genéricamente en *hospital*¹⁰.

⁹ Se utilizó el término *generación* para analizar la evolución de los hospitales en la Argentina, agregando como elemento de juicio las tendencias mundiales en esta materia. La facilidad de emplear este término, es que admite implícitamente que, aunque hay *generaciones* diferentes, las nuevas no suponen la desaparición definitiva de las anteriores. Hay adaptaciones edilicias y funcionales; algunas veces también se introdujeron nuevos edificios demoliendo partes del viejo, pero persistieron rasgos de la *generación* fundacional.

¹⁰ Aunque no esté directamente vinculada a esta discusión, vale la pena mencionar la interpretación que hace el filósofo lingüista Jacques Derrida, sobre la significación opuesta entre *tolerancia* y *hospitalidad*. La *tolerancia* expresa la actitud del poderoso hacia el débil, sin incluirlo. La *hospitalidad*, en cambio, requiere recibir al otro en un marco de convivencia (citado en San Román, 2005).

Carrillo no fija este límite con tanta claridad, sino que divide la historia universal de los hospitales en 5 períodos: mágico-empírico, filantrópico-caritativo, técnico, científico y económico-social. Los primeros 4 períodos corresponden aproximadamente a las edades Antigua, Media, Moderna y Contemporánea, y el quinto, era el que consideraba el modelo actual para ese momento. De acuerdo a esa descripción, el período técnico-científico implicaba la participación de un equipo de médicos, y cita como ejemplos: los hospitales de Renandot (siglo XVI) y Pinel (siglo XVIII), en Francia, y Deventer (siglo XVII) en Holanda. En realidad -y éste es un ejemplo de la arbitrariedad de los esquemas, pero también de su utilidad- el período técnico es la *zona gris* que cabalga entre las etapas del albergue caritativo medieval y del hospital contemporáneo (Carrillo, 1974: 345-364). Para el ámbito nacional, apelaba al clásico principio de que la *ontogenia reproduce la filogenia*, y explicaba que esos períodos de la historia universal también se expresaban en escala de tiempo reducida, en el origen de las iniciativas para dotar de hospitales a las poblaciones de nuestro país (Carrillo, 1974: 364-382).

Vuegen hace un minucioso análisis de la transición entre el hospital-albergue y el hospital como *máquina de curar* (o *machine à guérir* en francés), basándose especialmente en los conceptos de Foucault (1978, 1979, 1986). Esta transición lleva un largo proceso de maduración, que incluye cambios en el concepto de enfermedad, en la función del espacio hospitalario y en la naturaleza social del hospital. La enfermedad y la miseria, atribuidas a culpas y castigos de origen divino, comienzan a ser interpretadas como consecuencia de un desequilibrio con la naturaleza, o de la influencia de un medio inadecuado. El hospital-albergue, proveniente de la concepción caritativo-religiosa medieval, destinado a la reclusión y aislamiento social de la miseria -o como antesala de la muerte- empieza paulatinamente a ser interpretado como *espacio de curación*, profesionalizado por una marcada preponderancia de la actividad médica. Por el contrario, la actividad religiosa es desplazada del eje organizativo, para constituir un servicio adicional.

La *medicalización* del hospital conlleva una estricta disciplina funcional y la reglamentación de todas las actividades; racionalidad que también se extiende al diseño arquitectónico. Así se pasa del recinto indiferenciado, anexo a una iglesia y un cementerio, al pabellón ubicado como una *isla* entre jardines, es decir, rodeado por la naturaleza. Este cambio conceptual está destinado a aislar a los enfermos para evitar los contagios epidémicos, con una distribución del espacio que responde a una estricta racionalidad matemáticamente calculada. Todo este proceso ocupa en Europa los siglos XVII y XVIII, y posibilita la transformación de los primitivos albergues para menesterosos y su incorporación a la planificación urbana, en una secuencia donde es probable que las ideas hayan precedido por muchos años a los hechos concretos. En particular la Academia de Ciencias de París, fue la que fijó un escenario para la polémica médico-arquitectónica y concretó escritos sobre los fundamentos utilizados (Foucault, 1979).

El desplazamiento de estas innovaciones hospitalarias hacia las colonias ubicadas en América, también ocurrió antes en el campo de las ideas y las normativas escritas, que en el de la realidad. De manera que las disposiciones del Protomedicato de Buenos Aires, a fines del siglo XVIII, del Cabildo, en su Reglamento de 1815, y de la Junta Hospitalaria designada por la Asamblea del año XIII (Reglamento, 1816), contrasta con el panorama que describe Guillermo Rawson en los hospitales de Buenos Aires, hacia 1870 (Veronelli, 1975: 31). Se parte entonces del hospital con predominio de acciones médicas y con funciones sociales claramente definidas.

Tres generaciones de hospitales argentinos

García Díaz (1983) distingue 3 épocas bien diferenciadas: el hospital de beneficencia, el hospital abierto y el hospital como efector del Seguro Nacional de Salud. Entre los dos últimos cita un modelo de establecimiento de existencia efímera o poco extendida, pero significativa: el hospital de comunidad, que en realidad preanuncia al hospital-efector de la 3ª época. Vera Ocampo y Quaglia (1984), en un enfoque político-sanitario-arquitectónico, definen estas épocas con fechas y nombres simbólicos: a) período 1880-1925, *hospital de la caridad*; b) período 1926-1955, *hospital de la enfermedad*; c) período 1956-1983, *hospital de la salud*. Cabe acotar que el 2º período coincide con la incorporación del hormigón armado, como innovación tecnológica para extender los edificios en altura. Como se ve, ambos trabajos coinciden en la existencia de 3 etapas, aunque con abordajes diferentes, y también en que

cada período de esta historia está definido por un mosaico de fenómenos y circunstancias, que imprimen un sello distintivo a los emprendimientos iniciados bajo esa influencia, aunque luego el tiempo los modifique.

Tal como se señaló al comienzo de este capítulo, el análisis ha partido desde el momento en que los hospitales comenzaron a funcionar como *espacios de curación*, es decir, funcionalmente *medicalizados* o donde los médicos empezaban a cumplir un papel protagónico. En nuestro país estos rasgos adquirieron carácter de tendencia hacia el último cuarto del Siglo XIX.

Características de la primera generación

El objetivo programático principal de los hospitales de la 1ª generación era el aislamiento. Aislamiento de los pacientes entre sí, según su patología, y aislamiento de los pacientes del resto de la sociedad. Quizá también persistía como remanente cultural en la población, un concepto subyacente en la interpretación medieval de algunas enfermedades, especialmente las psiquiátricas: el de *posesión demoníaca* (Boulliat, 1984; Di Bari, 1981). Esta explicación puede resultar aceptable como contenido cultural implícito, pero a partir de la concepción bacteriológica de Pasteur y Koch, el aislamiento adquirió fundamentos biológicos ciertos. También el aislamiento expresaba una forma de segregación social: los usuarios de estos hospitales eran indigentes con exclusividad. Por consiguiente puede agregarse que el segundo objetivo programático de esta generación hospitalaria, era la filantropía de las clases pudientes hacia los pobres, es decir, una beneficencia ejercida a través de la administración de servicios de salud de acceso gratuito (García Díaz, 1983). Conviene, sin embargo, mencionar que existían excepciones: la organización inicial del Hospital Rivadavia de Buenos Aires, preveía un pabellón destinado a una clientela de mujeres de clases pudientes, capaces de solventar su internación (Vuegen, 1988: 225-239).

No deberían tomarse estos hechos con una visión crítica extemporánea. Tal como se vio en el Capítulo 2, los problemas sociales de esa época, no tenían representación estatal. La función primordial del Estado era salvaguardar la seguridad pública, la propiedad privada y las fronteras nacionales. En cambio la protección social, incluyendo el cuidado de la salud, era una responsabilidad principalmente privada. Por consiguiente, la beneficencia era la modalidad mediante la que se realizaba la asistencia social y, las acciones de esta naturaleza, tenían un carácter institucional estable a través de las Sociedades de Beneficencia. Históricamente estos rasgos coincidían con el proyecto de la *Generación del 80*; política, no hospitalaria (Guerrino, 1981).

También aparecía en este período otra forma de asistencia social, la ayuda o socorro *mutuos*. El proyecto de desarrollo de la Argentina agro-exportadora, promovido por la *Generación del 80*, atraía grandes oleadas de inmigrantes con buenas posibilidades de movilidad social vertical, que generaban sistemas de autoprotección, ya ensayados en sus países de origen. Así surgieron los primeros hospitales de colectividades extranjeras (Lardiez G., 1981). De tal modo que durante ese período, que desde el enfoque arquitectónico se acotaba entre 1880 y 1925, los hospitales pertenecían a dos vertientes institucionales: los hospitales públicos, patrimonialmente dependientes del Estado, pero sostenidos por entidades caritativas, y los hospitales de comunidades extranjeras, administrados y sostenidos por las respectivas entidades de socorros mutuos (Katz-Muñoz, 1988).

Arquitectónicamente estos hospitales eran *pabellonados*, es decir, varios edificios de 2 ó 3 plantas, separados entre sí por jardines y callejuelas, ubicados dentro de un predio extendido en superficie, que ocupaba un espacio equivalente a una o más manzanas. El pabellón constituía entonces la unidad funcional de estos establecimientos. Cada pabellón se desempeñaba en forma semi-autónoma, con capacidad para 20 ó 30 camas y con todos los elementos para convertirse en un pequeño hospital (Vera O.-Quaglia, 1984). La organización operativa tendía a la descentralización, incluso en los servicios de apoyo (alimentación, mantenimiento, administración). La administración hospitalaria de ese momento, al igual que la propia ciencia médica, estaba influida especialmente por la escuela francesa. En particular, un proyecto denominado *hospital perfecto*, o de *planta francesa*, presentado en la Academia de Ciencias de París en 1880, fue el modelo más difundido (Vuegen, 1988: 225-239).

El propio estilo arquitectónico de los pabellones solía estar influido por la decoración de estilo francés. Los espacios eran muy amplios, con techos altos, aberturas grandes de madera y vidrio que permitían abundante luz y ventilación. En los hospitales de tuberculosos se agregaban galerías protegidas del exterior, con extensos ventanales de vidrios azules. Las salas no tenían tabiques que separaran las camas: cuando se necesitaba separar un enfermo, se usaban biombos de tela con marcos metálicos. Los espacios de circulación en el centro de la sala, e incluso entre las camas, permitían la cómoda permanencia del jefe, sus asistentes, estudiantes y enfermeras. En el pasillo central de la sala, se completaba el mobiliario con grandes mesas de mármol y hierro. Las paredes, invariablemente estaban revestidas con azulejos blancos y los pisos eran de mosaicos. Los uniformes del personal eran siempre blancos, el ruedo de los guardapolvos llegaba hasta poco más arriba de los tobillos, y el aspecto general, era marcadamente austero con escasas decoraciones o accesorios en las paredes.

La organización asistencial era elemental. Las instalaciones destinadas a atención ambulatoria eran muy escasas o no existían, ya que la mayor parte se hacía fuera del hospital, en el propio consultorio privado del médico o en dispensarios municipales. Por otra parte, los pacientes concurrían al hospital en situaciones de gravedad o cuando estaban desahuciados. Las internaciones se asemejaban bastante a las que hoy pueden observarse en establecimientos de crónicos. Viendo aquella atención médica desde nuestra perspectiva actual, no existían muchos recursos de diagnóstico, y tampoco de tratamiento. Las intervenciones quirúrgicas implicaban un alto riesgo. Operaciones que hoy se consideran altamente invasivas y mutilantes, y que sólo se reservan para la patología oncológica no tratable por otros medios, se realizaban para extirpar flemones, abscesos, tuberculomas o gomas sífilíticas, y no sólo para tumores (Testut-Jacob, 1944).

Los médicos concurrían en forma gratuita para desarrollar sus actividades asistenciales y académicas, ya que el consultorio privado permitía que los profesionales vivieran cómodamente con sus honorarios particulares (García Díaz, 1983). El resto del personal estaba constituido por boticarios, enfermeras, algunas mucamas, damas voluntarias, y especialmente religiosas, que constituían el sostén organizativo del establecimiento. Si bien los hospitales contaban con servicios de Guardia, atendidos por estudiantes de Medicina avanzados bajo la supervisión de un médico, los accidentes domiciliarios o en la vía pública, así como los problemas epidémicos y la profilaxis vacunatoria, se canalizaban principalmente a través de la Asistencia Pública. Esta estructura asistencial se inició en la Municipalidad de Buenos Aires en 1883, pero luego se reprodujo en otras ciudades (Veronelli, 2004: 290-303), como fue comentado en el Capítulo 2.

Podría deducirse -desde la óptica actual- que, como resabio funcional del primitivo albergue hospitalario, una actividad central de este hospital de 1ª generación consistía en la asistencia *humanitaria* del enfermo. En su estructura formal, la organización pivotaba alrededor de un médico prestigioso: el jefe de sala o *director de pabellón*. Este profesional ejercía al mismo tiempo tareas asistenciales y docentes, rodeado de una estructura jerárquica de médicos, que colaboraban y se capacitaban en forma honorífica. Sus atribuciones incluían la conducción de los servicios brindados por esa unidad del hospital, que se desempeñaba de modo casi autónomo y que, a la vez, actuaba como cátedra. Con este modelo organizativo, habitualmente cada pabellón tenía su propio laboratorio, al menos un equipo de rayos X, una cocina exclusiva y un conjunto de enfermeras, monjas y voluntarias, que reportaban al jefe de pabellón. Los pabellones quirúrgicos incluían además los quirófanos. Los equipos de rayos X eran elementales y sólo permitían imágenes óseas (Röntgen-diagnóstico). Los análisis clínicos se basaban esencialmente en el viraje de colorantes o la visión microscópica de elementos celulares.

Si seleccionara un actor que haya simbolizado este período, desde el punto de vista del desarrollo hospitalario, el personaje más destacado fue indudablemente Domingo Cabred. Tal como se dijo en el capítulo anterior, el Dr. Cabred fue designado en 1906, durante el Gobierno de Julio A. Roca, Presidente de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, creada por la Ley Nº 4.953 en la órbita del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, a cargo en ese momento de Manuel A. Montes de Oca. Desde esa posición, Cabred impulsó la construcción de gran cantidad de unidades sanitarias, con las que incorporó unas 7.000 camas de internación (García Díaz, 1983).

Al término de su gestión de 25 años al frente de la Comisión, se había alcanzado una capacidad instalada de alrededor de 11.800 camas, mediante la planificación y el esfuerzo del Estado nacional, aunque delegando luego su administración a las entidades benéficas. Entre los hospitales impulsados por Cabred se pueden señalar: el Sanatorio Nacional de Tuberculosos de Santa María, el Sanatorio de Tuberculosos de Cosquín, el Hospital de Belleville y el Asilo de Alienados de Oliva (Córdoba); la Colonia para Leprosos de Isla del Cerrito (Corrientes); el Hospital para Palúdicos de Güemes (Salta); el Asilo de Niños Retardados de Torres y el Asilo-Colonia de Olivera (Provincia de Buenos Aires), y el Instituto de Cáncer “Angel Roffo” (Ciudad de Buenos Aires). Asimismo varios Hospitales Regionales: el de Resistencia (Chaco), el de Allen (Río Negro) y el Común Andino de La Rioja (Rizzi y col., 1973: 35; Veronelli, 2004: 359-361).

Hacia 1910, el año del centenario de la Revolución de Mayo, la ciudad de Buenos Aires, a través de la Administración Hospitalaria y Asistencia Pública, dependiente de la Municipalidad, había incorporado numerosos hospitales con el fin de adecuarse a las nuevas tendencias en la práctica de la Medicina. El Hospital Rawson en 1887, el Hospital Pirovano en 1896, el Hospicio de Inválidos y Sifilocomio (base del actual Hospital Fernández) en 1889, el Hospital Argerich en 1900, el Hospital Álvarez en 1901, el Sanatorio Tornú (para tuberculosos) en 1905, el Hospital Crespo en 1907 y el Hospital Alvear en 1910. A éstos debería agregarse el Hospital Muñiz, que adquirió esa denominación desde 1904, sobre la base de la “Casa de Aislamiento” creada en 1882, a consecuencia de la epidemia de fiebre amarilla. En conjunto ascendían a un total de 2.600 camas hospitalarias municipales (Veronelli, 2004: 357-359). Todos ellos respondían al modelo pabellonado de la 1ª generación.

Por su parte, los hospitales de colectividades extranjeras sumaban en ese entonces alrededor de otras 1.100 camas, distribuidas en los Hospitales Español, Italiano, Francés, Británico y Alemán (Lardiez G., 1981). A estas camas mutuales debían agregarse numerosos establecimientos privados, creados por médicos y cirujanos, en general instalados en casas del tipo *petit hôtel*, reacondicionadas para cumplir sus nuevas funciones. En un trabajo de la época se enumeraban 20 instituciones de este tipo, que sumaban unas 725 camas (Penna-Madero, 1910).

Cabe destacar que, también durante este período, algunos hospitales son diseñados con criterios que preanuncian adelantos posteriores. En este sentido corresponde nombrar a hospitales dependientes de la Facultad de Medicina, como la Clínica Obstétrica y Ginecológica, el Hospital de Clínicas -que había sido inaugurado en 1882- y el Instituto Modelo de Clínica Médica, ubicado en el Hospital Rawson (Cantón, 1921: 593). A éstos se agregaban otros nosocomios de la jurisdicción nacional, como el Hospicio de las Mercedes (actual Hospital psiquiátrico “José T. Borda”) y el Hospital Militar, con los que sumaban unas 2.400 camas nacionales. El Cuadro Nº 3.1 resume, según los datos citados más arriba, una aproximación estimada a las dimensiones de la capacidad instalada hospitalaria existente.

Cuadro Nº 3.1: Establecimientos y camas de la Ciudad de Buenos Aires hacia 1910.

Jurisdicción	Nosocomios	Nº de camas	% de camas
Hospitales municipales (a)	9	2.600	38,1
Hospitales de comunidades extranjeras	5	1.100	16,1
Sanatorios privados	20	725	10,6
Hospitales nacionales (b)	5	2.400	35,2
Total capacidad instalada	39	6.825	100,0

Fuente: elaboración propia estimativa en base a distintas fuentes citadas en el texto.

(a) Incluye al Hospital Muñiz.

(b) Incluye hospitales de la Facultad de Medicina de la UBA, el Hospicio de las Mercedes y el Hospital Militar.

Con el tiempo, estos edificios pabellonados requirieron reformas arquitectónicas diversas, pero una de ellas fue particularmente significativa, porque replanteaba el partido (arquitectónico) original de aislamiento o separación. Así podrá observarse actualmente que, muchos de aquellos hospitales han agregado galerías abiertas o vidriadas, pasillos o pérgolas, posibilitando una comunicación bajo techo entre los distintos pabellones, aunque se notan las diferencias de estilo o de construcción. El hospital descentralizado había dejado paso a un nuevo modelo organizativo y, por ende, también edilicio.

Varios factores contribuyeron a determinar este cambio evolutivo. Algunos de carácter jurídico: el derecho a la protección social y a la salud fue contemplado con diversos enunciados en las constituciones de muchos países (Carrillo, 1949). Otros de índole administrativa: paulatinamente el Estado iba asumiendo una responsabilidad directa en la gestión de los hospitales, desplazando a las organizaciones caritativas. También aspectos arquitectónicos, como el uso del hormigón armado para erigir edificios en altura. Pero un factor determinante sustancial, fue sin duda que la estrategia de *aislamiento infeccioso* dejó de ser prioritaria, ya que durante la 2ª Guerra Mundial las sulfamidas y los antibióticos se incorporaron definitivamente al arsenal terapéutico.

Segunda parte

2ª Guerra Mundial e inmediata posguerra

Capítulo 4 - Política social internacional:

**El cuadro social durante la conflagración
y sus derivaciones**

Capítulo 5 - Política sanitaria nacional:

**La organización sanitaria durante la
década peronista**

Capítulo 6 - Tendencias hospitalarias:

Los hospitales de la década peronista

El cuadro social durante la conflagración y sus derivaciones

En realidad es extremadamente difícil indagar en el cuadro social existente durante el período y en los escenarios de las acciones bélicas. Resulta imposible despejar los aspectos atribuibles a la estructura social y sanitaria de cada país, de aquellos que derivaron de las circunstancias militares. No es necesario enumerar aquí las consecuencias como desabastecimiento, destrucción masiva de poblaciones, cultivos y vías de comunicación, muerte de civiles en escala de genocidio y todas las catástrofes determinadas por la guerra. Debe comprenderse que todas las inversiones y esfuerzos de los países beligerantes, estaban volcados a abastecer y financiar las operaciones militares. Seguramente existieron estudios militares y datos estadísticos demostrativos del cuadro social de ese momento, dado que las instituciones siguieron funcionando, pero no es posible acceder a ellos.

Un ejemplo de la preocupación social a nivel institucional, fue el famoso Informe Beveridge, que se dio a conocer en el peor momento de la guerra (Beveridge, 1942). Se proponía un ambicioso proyecto de protección social, de cobertura universal extendida a todos los habitantes, administrada por el Estado con el fin de sostener a los sectores más vulnerables de la sociedad, desocupados, enfermos y ancianos. Pero también otros países tomaron decisiones importantes entre 1939 y 1945, en lo referente a problemas sociales. Aunque la mayor parte de estos problemas requerían medidas de asistencia social de emergencia, antes que políticas sociales de mediano y largo plazo. Debe entenderse que las acciones estaban primordialmente destinadas a paliar las consecuencias sociales de la guerra: subsidios, pensiones, asistencia a huérfanos y veteranos, alojamientos transitorios para civiles con viviendas destruidas y otras. Sin embargo, dentro del marco bélico general, tanto los países involucrados en las hostilidades, como los que permanecieron neutrales, fueron madurando reformas en los sistemas de salud y seguridad social, que habrían de expresarse al término de la contienda.

Incipientes reformas de los sistemas de salud y seguridad social

En efecto, en 1941 el Gobierno británico de Winston Churchill encomendó a un comité de legisladores y expertos, presidido por Lord William Beveridge, el estudio de los componentes del sistema de protección social. El informe del comité -conocido luego como *Primer Informe Beveridge*- fue elevado al Parlamento en 1942. Tras un análisis crítico de las deficiencias e inequidades de los servicios de salud, recomendaba un cambio radical en la concepción del sistema, mediante una evolución trascendental desde el concepto de solidaridad *profesional* -o laboral, predominante hasta el momento- hacia el de solidaridad *universal*. Esta visión estaba influida, tanto por la *Social Security Act* del Presidente Roosevelt, como por las innovaciones macroeconómicas alentadas por John Keynes, tal como fueron mencionados en el Capítulo 1. Inspirado en esos antecedentes, el informe promovía una protección social universal a cargo del Estado, como una parte sustancial de las políticas públicas.

El informe calificaba al área de atención médica en la Inglaterra de preguerra, como un "sistema de remiendos". Pero la atención médica constituía un engranaje fundamental de la protección social, por lo que debía incluirse dentro del campo de la Seguridad Social, aunque con un tratamiento técnico diferente del de otros problemas, como el desempleo, la vejez o las cargas familiares. En el primer caso el Estado debía hacerse cargo de la administración de los servicios de salud para todos los habitantes; en los otros sectores el Estado debía proveer además prestaciones económicas. Esta visión daría lugar al posterior planteo de un Servicio Nacional de Salud, financiado por las rentas generales del Estado, al que pasarían a pertenecer el 99 % de los recursos asistenciales del país. Como antecedentes cercanos, en 1938 Nueva Zelanda había reformado su sistema de Seguridad Social, garantizando un conjunto de prestaciones esenciales a todos los trabajadores, independientemente del nivel salarial. En el mismo sentido, Australia reformaba su sistema de salud en 1943. Ambos países

pertenecientes a la *Commonwealth*¹¹. El impacto del Informe Beveridge determinaría que en el futuro, el concepto de *universalidad* fuera sinónimo del modelo *beveridgeano*, y el de *profesionalidad* del modelo *bismarckiano* (AMR, 1980).

Pero fue al final de la guerra en 1948, que el 1^{er} Ministro laborista -de inspiración socialista- Clement Atlee, a través de la hábil gestión y convicción políticas de Aneurin Bevan -un aristócrata de izquierda- logró que el Parlamento tratara y aprobara la creación del *National Health Service*, es decir, el Servicio Nacional de Salud o NHS, que es la sigla con la que habitualmente se lo identifica en la bibliografía. Previamente, en 1946, Bevan había logrado la aprobación de dos documentos fundacionales: el *National Insurance Act* y el *National Health Service Act*. Para alcanzar este trascendente consenso, los laboristas -que durante la guerra habían contado con la complacencia de Churchill en el manejo de la política interna- habían logrado introducir en la opinión pública la idea-fuerza de *Welfare State* (Estado de Bienestar), por contraposición a la de *Warfare State* (Estado de Guerra) de Hitler. Más tarde en 1951, cuando Churchill accedió nuevamente al Gobierno, uno de sus ministros de extracción liberal, Harold Macmillan, impulsó una agresiva política de vivienda mediante inversiones públicas y privadas, con lo que expresó en los hechos la continuidad de las políticas de inspiración keynesiana (Dolmen, 2001).

En el marco del proceso descripto, **Gran Bretaña**, un país capitalista, monárquico, de tradición colonialista, creó en Sistema de Salud *socializado*, es decir, de alcance universal, con los recursos asistenciales -tanto institucionales como profesionales- administrados por el Estado, financiado por las rentas generales y con beneficios igualitarios para todos los habitantes. El NHS estaba organizado básicamente en dos niveles. Un *nivel primario* -que constituía la puerta de entrada al sistema- atendido por médicos generales en sus propios consultorios, a los que se asignaba una población bajo su responsabilidad, contratados mediante la modalidad de capitación. El *nivel secundario* lo conformaban los médicos especialistas y los que estaban a cargo de los pacientes internados, que atendían -como asalariados- en los hospitales pertenecientes en su inmensa mayoría al Estado. Salvo en el caso de las emergencias, la derivación al 2^{do} nivel debía hacerla un médico del 1^{er} nivel, que luego hacía el seguimiento del paciente una vez resuelto el motivo de la derivación. A estos dos niveles se agregaría décadas más tarde un tercero, para brindar servicios de rehabilitación, cuidados terminales y prestaciones de alta complejidad (Veronelli, 1975: 203-206).

Por su parte, el Gobierno provisorio de **Francia** en 1946, encomendó a Pierre Larroque el diseño de un régimen general de Seguridad Social, procurando resolver las desigualdades y la fragmentación del modelo *profesional* vigente, administrado por numerosas cajas de seguro. Las diversas cajas cubrían mediante reembolso hasta el 80% de los gastos de atención médica y posibilitaban el acceso a médicos libremente elegidos, que atendían en sus propios consultorios, mediante honorarios preestablecidos. La propuesta planteaba extender la cobertura al 95% de la población, a través de un Seguro Nacional de Salud financiado en forma solidaria, al que las cajas se irían incorporando progresivamente, por medio de acuerdos bilaterales con la Seguridad Social, en la medida que fueran encontrando dificultades de financiamiento. La implementación de la nueva legislación encontró similares inconvenientes, a los que dos décadas antes habían dificultado la aprobación de la legislación general de Seguridad Social. Las presiones corporativas profesionales seguían limitando la ejecución de las medidas gubernamentales (Larroque, 1955).

En **EE.UU.** funcionaba desde 1927 un Comité sobre Costos de Atención Médica destinado a controlar los elevados gastos de hospitalización de los seguros privados existentes desde fines del Siglo XIX. En 1933 se creó la organización *Blue Cross*, como seguro hospitalario voluntario, que alcanzará un extraordinario crecimiento hasta la década del 60. Hay que recordar, como se dijo en el Capítulo 1, que el *New Deal* del Presidente Roosevelt se sancionó en 1935, y que incluía la recomendación de crear un seguro de salud. Pero la oposición corporativa silenció el tema hasta que Harry Truman, en 1951, encomendó nuevamente su estudio a una comisión especial. El siguiente Presidente, Dwight Eisenhower, no volvió a prestar atención al asunto. Es recién en 1965, durante la Presidencia de Lyndon Johnson, que se aprueban las leyes de creación de *Medicare* y *Medicaid*, como programas de Seguridad

¹¹ Denominación de la *British Commonwealth of Nations*, organización que reúne al Reino Unido con los países que fueron colonias del Imperio y luego se independizaron. Sus principales componentes son Canadá, Australia, Nueva Zelanda, India, y las ex colonias de Asia, África y el Caribe. Aunque el término se originó en el Siglo XVII, recién empezó a emplearse en este sentido después de la Primera Guerra Mundial.

Social administrados por el Estado. El primero destinado a los jubilados, pensionados y discapacitados. El segundo a los trabajadores de bajos ingresos.

En **Canadá** la evolución fue más ordenada. En 1946 la Provincia de Saskatchewan decidió establecer un Seguro Hospitalario Provincial, por iniciativa del político progresista Tommy Douglas, con el fin de cubrir los altos costos de atención nosocomial, a partir de la tecnología incorporada después de la guerra. En 1958 el sistema se extendió a todas las provincias, pero manteniendo su administración como resorte provincial. La atención ambulatoria o domiciliaria quedaba a cargo del paciente, sólo se cubría la atención hospitalaria, por lo que frecuentemente los médicos procuraban magnificar el problema, para justificar la derivación. Este desmesurado crecimiento de las hospitalizaciones, determinó que en 1966 se estableciera el Seguro Nacional de Salud en todo el país con cobertura integral, pero manteniendo la administración descentralizada a cargo de las provincias.

De los países de América Latina, **Chile** fue el que adoptó en 1952 el sistema más parecido al modelo *beveridgeano*. Contaba con algunas condiciones previas, que facilitaban la decisión. Tenía -y tiene- una organización constitucionalmente unitaria, cuya capacidad instalada de servicios de salud pertenecía casi totalmente al Estado, de tal modo que la autoridad sanitaria nacional concentraba un alto poder de decisión. Desde 1924 existía un seguro social estatal para los trabajadores de bajas remuneraciones. En este marco, el Colegio de Médicos de Chile propuso la creación de un Servicio Nacional de Salud (SNS), que contó con el consenso de la sociedad política. El SNS estaba dirigido por un funcionario designado por el Ministro de Salud, que debía contar con el acuerdo del Senado. Los recursos del SNS se distribuían según las necesidades de cada región sanitaria, a partir de la decisión centralizada de las autoridades nacionales.

Otro caso significativo es el de **México**, cuya estructura constitucional es, por el contrario, federal. En 1917 se había formado el Consejo Superior de Salubridad, que luego se transformó en Departamento de Salubridad Pública, y que tenía a su cargo el Distrito Federal, los territorios nacionales y la sanidad de fronteras. Los asuntos sanitarios corrientes estaban en general en manos de las autoridades municipales. En 1938 se creó la Secretaría de Asistencia, encargada de la beneficencia pública y de vigilar las obras de caridad privadas. Entretanto, dependiendo del Departamento de Salubridad, se crearon la Escuela de Salubridad en 1925 y el Servicio de Sanidad Federal en los Estados en 1931. Progresivamente se fue unificando en cada Estado la conducción de los servicios, a través de la formación de Oficinas de Servicios Coordinados de Salubridad, hasta que en 1943 el Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia se unificaron, para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En lo referente a cobertura de Seguridad Social, en 1950 empezó a funcionar el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), y en 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Un modelo fragmentado de organización sanitaria, que tiene algunas semejanzas con la historia de las instituciones argentinas (Veronelli, 2004: 471-474).

Los países mencionados pueden considerarse como casos ejemplificadores o emblemáticos, que representan procesos similares ocurridos en otros países. Una revisión exhaustiva de mayor cantidad de países, excedería los objetivos de este trabajo y sólo agregaría algunas variaciones locales de los modelos descriptos, cuyos rasgos generales tuvieron alcance universal (Capítulo 7). Las particularidades de la Argentina serán tratadas en el capítulo siguiente.

Creación de organismos internacionales

Las circunstancias particulares en que se desencadenaron las 1ª y 2ª Guerras Mundiales y sus trágicas consecuencias, actuaron a su vez como condicionantes favorables a la creación de organismos internacionales. Se procuraba por un lado alcanzar acuerdos básicos que permitieran la convivencia entre las naciones, pero al mismo tiempo reflejar en esos acuerdos las relaciones de poder resultantes de las respectivas conflagraciones. El análisis de su formación es importante, no sólo para conocer el marco político general del período analizado en estos capítulos, sino también para comprender su influencia en la evolución de los servicios de salud.

El punto de partida político, sobre el que se construyeron los organismos multilaterales posteriores a la 2ª Guerra, se evidenció en los acuerdos alcanzados en Yalta (URSS) en febrero de 1945 y en Potsdam (Alemania) en julio-agosto del mismo año, entre el Reino Unido, los EE.UU. y la Unión Soviética (URSS). En la primera conferencia participaron Churchill, Roosevelt y Stalin, y en la segunda, Attlee, Truman y Stalin. Estos interlocutores básicamente acordaron zonas de influencia en los territorios que habían sido escenarios de las hostilidades y, por consiguiente, establecieron un marco político de agrupamiento en bloques ideológicos, que fueron determinantes del desarrollo posterior de la Guerra Fría. Entre otros puntos se dividió Alemania en 4 zonas de ocupación, incluyendo una por Francia, y el juzgamiento de los criminales de guerra nazis, que luego se llevó a cabo en Núremberg; la reconstrucción de Polonia, mediante el Comité de Lublin, con predominio de comunistas; los mecanismos de toma de decisiones en el Consejo de Seguridad de la ONU; los términos de la rendición de Japón y la devolución a la URSS de los territorios anexados en la Guerra Ruso-Japonesa de 1905 y, por último, la reconstrucción de los países europeos mediante gobiernos democráticos y el aporte de fondos, que luego constituyeron el Plan Marshall. Bajo el *paraguas* inicial de estos convenios, se instrumentaron condiciones de convivencia a través de múltiples organismos, que facilitaron el diálogo entre los bloques políticos y atenuaron las tensiones de la Guerra Fría (Loth, 1986, T. 1: 12-28; Hobsbawm, 2011: 203-209).

Sin duda el organismo -al que podría denominarse *nodriza*- dentro de la red de entidades multilaterales creadas en el Siglo XX, es la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Su antecedente más remoto es la Sociedad de las Naciones, creada en 1919 de acuerdo al Tratado de Versalles, "para promover la cooperación internacional y conseguir la paz y la seguridad", propósito que evidentemente no consiguió y motivó su disolución. En el mismo marco se creó la Organización Internacional del Trabajo (OIT), como institución afiliada a la Sociedad de las Naciones. Existían otras organizaciones previas, que tenían objetivos de cooperación sobre cuestiones específicas: la Unión Internacional de Telecomunicaciones, fundada en 1865, y la Unión Postal Universal, creada en 1874, que posteriormente fueron incorporadas como organismos especializados de las Naciones Unidas. Asimismo, la Corte Permanente de Arbitraje, que empezó a funcionar en 1902, fue resultante de la 1ª Conferencia Internacional de la Paz, celebrada en La Haya en 1899, con el fin de evitar las crisis y establecer normas de conducta en tiempo de guerra.

El término "Naciones Unidas" fue acuñado por el Presidente Franklin D. Roosevelt y se utilizó por primera vez el 1º de enero de 1942, cuando representantes de 26 países firmaron la *Declaración de las Naciones Unidas*, mediante la que se comprometían a continuar sus hostilidades contra el Eje y a no firmar la paz por separado. El breve documento preliminar había sido redactado por los representantes de EE.UU., el Reino Unido, la Unión Soviética y China, en concordancia con los términos de la Carta del Atlántico que los dos primeros habían suscripto en 1941. A esta Declaración adhirieron más tarde en forma sucesiva otros 24 países. Las 4 naciones que habían redactado el documento de 1942, volvieron a reunirse entre agosto y octubre de 1944 en Dumbarton Oaks (EE.UU.), a efectos de preparar el borrador de la *Carta de las Naciones Unidas*, que -con 19 capítulos y 111 artículos de carácter estatutario- fue definitivamente aprobada y firmada en San Francisco en junio de 1945 por representantes de los 51 Estados miembros fundadores, entre los que no se encontraba la Argentina. La ONU empezó a existir oficialmente a partir del 24 de octubre de 1945, cuando todos los signatarios ratificaron su compromiso (ANDeDyCSdeC, 2006).

Si la ONU estableció el marco de las relaciones políticas emergentes de la 2ª Guerra Mundial, los *Acuerdos de Bretton Woods* determinaron los términos en que se establecerían los vínculos económicos. Estos Acuerdos fueron el resultado de la *Conferencia Monetaria y Financiera de las Naciones Unidas*, realizada en el complejo hotelero de New Hampshire que les dio el nombre, en julio de 1944. En ese marco se reunieron representantes de 44 países, con la intención de superar la crisis de los años '30, después del paréntesis determinado por el conflicto bélico. Aunque el diseño general de la propuesta preliminar fue elaborado por el representante del Reino Unido, John Keynes, las decisiones finalmente adoptadas fueron las propuestas por los anfitriones, Henry Morgenthau, Secretario del Tesoro, y su principal negociador Harry Dexter White. Desde el punto de vista de Keynes, el objetivo central era superar las políticas de "empobrecer al vecino", dejando lugar a un sistema de tipos de cambio fijos pero ajustables en relación al oro, ya que las consecuencias del Reino Unido en los años '30, con la libra atada al oro, habían sido desastrosas. Su idea era tratar de conducir el

crecimiento económico desde un plano global (Restivo, 1994; The Observer, 2004; De Pablo, 2006).

En aquel momento, la mayoría de las naciones del que ahora llamamos Tercer Mundo, con excepción de América Latina, aún permanecían como colonias europeas. Alemania, Italia y Japón estaban a punto de ser derrotados. Las naciones de Europa occidental aún eran campo de batalla de la guerra y estaban desangradas. En esas condiciones EE.UU. tuvo un considerable control sobre las decisiones finales de la Conferencia, por lo que logró imponer su diseño y condicionar la propuesta de Keynes. Dado que uno de los objetivos centrales era constituir un fondo de financiamiento internacional, la definición de las cuotas que corresponderían a cada país fue una de las cuestiones cruciales. Los países del bloque comunista -liderados por la Unión Soviética- participaron de la Conferencia, pero no ratificaron los acuerdos. Por su parte, China se retiró luego del triunfo de la revolución comunista en 1949.

El propósito de Bretton Woods fue poner en marcha un nuevo orden económico internacional, que diera estabilidad a las transacciones comerciales mediante un sistema monetario mundial, en base a un tipo de cambio sólido y estable, fundado en el dominio del dólar. Con esta finalidad se adoptó un patrón oro/divisas, en el que EE.UU. debía *anclar* el precio del oro en 35 dólares por onza. A la vez, se le concedió la facultad de cambiar dólares por oro a ese precio, sin restricciones ni limitaciones. Al mantenerse fijo el precio del dólar, los demás países deberían fijar el precio de sus respectivas monedas en relación a él y, de ser necesario, intervenir en los mercados cambiarios para mantener los tipos de cambio dentro de una banda de fluctuación del 1%. De este modo el Tesoro de EE.UU. actuaría como un banco central mundial, cuyo objetivo era regular la liquidez global y apoyar a países con excedentes de exportaciones, estabilizando por consiguiente la economía mundial.

A partir de Bretton Woods, cuando los países tuvieran déficit en sus balanzas de pagos, deberían financiarlos a través de reservas internacionales o mediante préstamos a otorgar por fondos multilaterales compensadores. Con esta finalidad fue creado el Fondo Monetario Internacional (FMI). Para acceder a sus préstamos, los solicitantes deberían acordar las pautas de sus políticas económicas. Asimismo, se estableció que los préstamos requeridos sólo podrían destinarse a cubrir déficits temporales de balanza de pagos, con cuotas a mediano plazo del orden de los 3 a 5 años. Por otra parte, para necesidades de financiamiento de largo plazo destinadas a países de bajos ingresos, se creó un *fondo para la reconstrucción y el desarrollo*, con el fin de que promoviera la disponibilidad de este tipo de créditos. El organismo encargado de estas asistencias financieras fue el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), más conocido posteriormente como Banco Mundial (BM).

En las reuniones de Bretton Woods se consideró también la necesidad de crear un tercer organismo económico mundial, que regulara el comercio global, tendiendo a una progresiva liberalización de las restricciones aduaneras y de los obstáculos no tarifarios. No se alcanzó un acuerdo en ese momento, pero para sustituir esa necesidad, en 1947 en el ámbito de la ONU en Ginebra, se firmó el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT - *General Agreement on Tariffs and Trade*). La creación de la Organización Mundial de Comercio (OMC), que era en realidad uno de los objetivos alentados por Keynes, recién se logró en 1995. La OMC es blanco actual de muchas críticas, porque más allá de las metas enunciadas, favorece a los países industrializados que mantienen la protección de sus productos agropecuarios. Por otra parte, la inflación producida por los gastos de la Guerra de Vietnam, dificultó cada vez más que el Tesoro de EE.UU. pudiera mantener la paridad acordada en 1944. Por consiguiente, a principios de los '70 el Presidente Richard Nixon abandonó el sistema de paridades de Bretton Woods (Novy, 2005).

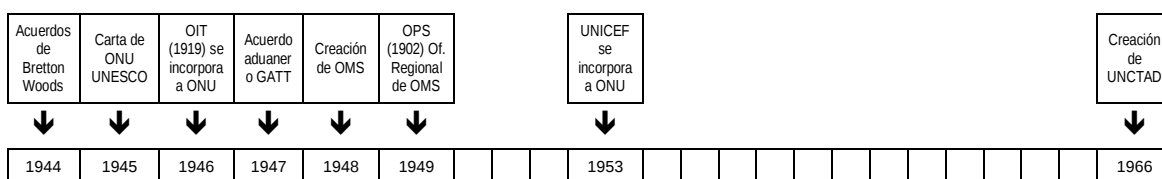
Mientras se resolvían los acuerdos básicos, que permitirían la convivencia internacional de las naciones en el marco de los resultados de la conflagración, se fueron gestando diversos organismos sectoriales, destinados a alcanzar consensos específicos en lo referente a trabajo, educación, alimentación, infancia y salud. Como se dijo más arriba, la OIT -la organización más antigua- ya había sido creada en 1919 en la Sociedad de las Naciones y fue luego incorporada a la ONU en 1946. En tanto su organización es tripartita (gobiernos, empleadores y trabajadores), es el único organismo de la ONU donde los privados participan en un pie de igualdad con los gobiernos. En el área de la educación, entre 1942 y 1945 funcionó la Conferencia de Ministros Aliados de Educación (CMAE), que desembocó en noviembre de 1945 en la constitución de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la

Ciencia y la Cultura (UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*), cuya sede central está en París (Monclús-Saban, 2005).

En lo referente a alimentación, las tratativas comienzan en 1943 en EE.UU., hasta que en 1945 en la Conferencia de Québec (Canadá) se creó la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO - *Food and Agriculture Organization*), con sede permanente en París (SAGPyA, 2006). Respecto a la infancia, en 1946 durante la Asamblea General de la ONU, se creaba el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, con el fin de responder a las necesidades más urgentes de los niños damnificados por la 2ª Guerra Mundial. Recién en 1953 fue incorporada como organismo permanente de la ONU, como Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Ayuda a la Infancia (UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*), con sede permanente en Nueva York. Aunque es muy posterior, conviene mencionar entre los organismos internacionales a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y Desarrollo (UNCTAD - *United Nations Conference on Trade and Development*), creada en 1964 como cuerpo intergubernamental permanente con reuniones plenarias cada 4 años, que coopera en algunos temas con la OMC. Los diversos fondos para el desarrollo se unificaron en 1966 en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que actúa como ente administrador de la asistencia técnica y las inversiones en cada país que recibe apoyo, a efectos de unificar la ejecución de los programas.

Por último, la Organización Mundial de la Salud (OMS) o *World Health Organization* (WHO). Sus antecedentes se remiten a la 1ª Asamblea de la Sociedad de las Naciones en 1920, que aprobó la recomendación de formar un organismo internacional permanente de higiene. Esto determinó la creación -con carácter de ente asesor especializado- de la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones, que coexistió con la Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París. Más tarde, la Conferencia de San Francisco de 1945, reconsideró la creación de un organismo internacional de higiene pública, por lo que se designó un Comité Técnico Preparatorio de la Conferencia Sanitaria Internacional, en París en 1946. Tras sucesivos encuentros y conferencias, fue aprobada la Constitución de la OMS, que recién entró en vigencia en la Conferencia del 7 de abril de 1948¹². Su sede se estableció en Ginebra (Suiza), en el Palacio de las Naciones, y se hizo cargo de los servicios que prestaban los dos organismos especializados en higiene, mencionados más arriba. Tal como establece su Constitución, el objetivo de la OMS es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, definiendo a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Actualmente, 192 Estados miembros gobiernan la organización, a través de la Asamblea Mundial de la Salud, por lo que se trata de un organismo estrictamente intergubernamental (Olguín, 1983). La Figura Nº 4.1 grafica esta secuencia en línea de tiempo.

Figura Nº 4.1: **Organismos multilaterales creados después de la 2ª Guerra Mundial.**



En América, las acciones internacionales en el campo sanitario fueron intensas, tal como se vio en el Capítulo 2, a través de los Congresos Latinoamericanos impulsados por Emilio Coni, a principios del Siglo XX. Es destacable, en consecuencia, que haya existido en el continente una organización sanitaria que precedió a la mundial. La 2ª Conferencia Internacional de Estados Americanos, realizada en México en 1902, recomendó celebrar una convención general de representantes de Oficinas de Salubridad de las Repúblicas Americanas. Esta 1ª Conferencia Sanitaria Internacional, que se llevó a cabo en Washington D.C. el mismo año, estableció en forma permanente la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), que en 1907 estableció relaciones con la Oficina Internacional de Higiene Pública, recién

¹² Es interesante mencionar que el representante de la Argentina ante la Conferencia de creación de la OMS, como Ministro Plenipotenciario, fue el Dr. José Arce, Profesor Titular de Cirugía y Director del Instituto de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, del que Carrillo había sido dilecto discípulo.

creada en París. En 1923, la OSI cambió su denominación por la de Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y a continuación suscribió el Código Sanitario Panamericano. Al aprobarse la Constitución de la OMS, también se acordó mantener la individualidad de la OSP. Tras diversos cambios en su organización interna, en 1949 la OSP asumió las funciones de Oficina Regional de la OMS para "las Américas". Pero fue en 1959 en la XVª Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en San Juan de Puerto Rico, que se estableció un acuerdo con la Organización de Estados Americanos (OEA), para que la OSP fuera reconocida como su organismo sectorial, bajo la actual denominación de Organización Panamericana de la Salud (OPS). De este modo, la OPS ejerce la doble función de organismo especializado continental y de oficina regional de la OMS (Olguín, 1983).

Tras esta sintética reseña sobre la sucesiva aparición de los organismos internacionales, ya sea los acuerdos político-económicos generales como los entes sectoriales, cabe preguntarse acerca de los resultados de estas iniciativas. En términos de costo-efectividad, no puede dejarse de tenerse en cuenta la enorme cantidad de inversiones que significaron y aún insumen, debido a un muy alto costo operativo, atribuible a una estructura burocrática sobredimensionada y de producción insatisfactoria. Si bien han aportado importantes apoyos financieros acompañados de asistencia técnica, especialmente a los países en desarrollo, deberían analizarse los resultados en el marco de los problemas globales existentes. Sin duda han contribuido a resolver problemas parciales de los países asistidos, pero no han logrado aportar soluciones de fondo a los problemas multilaterales existentes: áreas de conflicto bélico donde el peso de la ONU ha sido escaso, marcada inequidad en las relaciones internacionales de producción y al interior de los países de menores recursos, epidemias que deberían resolverse con medidas preventivas y limitadas inversiones, zonas de sequía y prolongadas hambrunas, malversación de los recursos naturales renovables y no renovables, y deterioro ambiental del planeta, sólo para señalar algunos ejemplos.

Un nuevo paradigma de la cuestión sanitaria

Los hechos descriptos hasta aquí, configuran un escenario de trágicos conflictos, profundos cambios en las relaciones internacionales y una dramática irrupción de la cuestión social en los asuntos de la administración del Estado. Podría pensarse que este nuevo protagonismo sólo es consecuencia del cuadro bélico, pero las reformas impulsadas por el Informe Beveridge y los cambios en la doctrina jurídica, previos y posteriores a la 2ª Guerra, permiten deducir que -bajo los actos de superficie- subyacía una marcada evolución del pensamiento colectivo. Ramón Carrillo, en su exhaustiva investigación de 1949 sobre *El problema de la Salud Pública ante la Reforma de la Constitución Nacional*, revisó con el apoyo de expertos juristas, los cambios comparativos que se fueron introduciendo en las Cartas Magnas de los países en la 1ª mitad del Siglo XX.

En Europa, la corriente de reformas tuvo su origen en la Constitución de Weimar de 1919 del Imperio Alemán, que -bajo el título de "la vida social"- preveía derechos y deberes de los alemanes, que estuvieron vigentes hasta el advenimiento del nacional-socialismo. Criterios equivalentes se encontraban en la Constitución de Polonia de 1921. En la España de la República regía la Constitución de 1931, conteniendo conceptos similares en un capítulo denominado "familia, economía y cultura". Del mismo modo, la carta fundamental de Portugal en 1935, introdujo modificaciones agrupadas como "garantías fundamentales" y "de la familia". La Constitución de Italia se reformó en 1947 y, además de derechos y deberes relativos a los ya mencionados, agregó normas caracterizadas como "relaciones ético-sociales". Merece especial mención el caso de Francia ya que, a diferencia del resto de las reformas europeas y americanas, la Constitución aprobada en 1946 no contemplaba los derechos y garantías en el texto dispositivo sino en su preámbulo, lo que dio lugar a polémicas sobre la potencialidad de que se concretaran en la práctica, principios mencionados sólo en esta parte del texto.

Algunos países latinoamericanos también fueron sujeto de estos avances legislativos. La reforma de la Constitución de Colombia de 1936 introdujo la categoría de "derechos y garantías sociales". Conceptos similares presentaban la Constitución de Perú, promulgada en 1933, la del Uruguay, sancionada en 1938, y la de Chile, reformada en 1943. En Centroamérica, tanto la ley fundamental de Costa Rica, como las de Guatemala y Nicaragua, reformadas entre 1945 y 1948, contemplaban "garantías sociales". Por su parte, la Constitución de Panamá, promulgada

en 1946, incluía un capítulo sobre “salud pública y asistencia social”. En esta línea de cambios en la doctrina jurídica, la Constitución de Venezuela de 1947, incorporaba un capítulo titulado “de la salud y de la seguridad social”. Las funciones del Estado en lo relativo a la salud, fueron especificadas en las Constituciones de Bolivia de 1945, Brasil de 1946, Ecuador de 1946 y Cuba de 1940. Como contrapartida, por la misma época la Constitución Federal de EE.UU. no contemplaba normas expresas sobre la materia, aunque sí mencionaban aspectos fragmentarios del problema sanitario, las respectivas normas fundamentales de la mayor parte de los Estados de la Unión. En cambio, la Constitución china promulgada en 1947, hacía especial referencia a la “Seguridad Social” como “política nacional fundamental” (Carrillo, 1949: 24-46).

Carrillo sintetizaba la evolución del derecho constitucional posterior a la 2ª Guerra Mundial, como una tendencia a completar la parte dogmática -tradicionalmente limitada a la enunciación de los derechos políticos o libertades formales- con la incorporación de los derechos y deberes sociales. La función estatal de la tutela de orden público -en lo referente a seguridad, moralidad, sanidad, etc.- se expresaba a través del ejercicio del poder de *policía*, palabra etimológicamente vinculada a *política*. El concepto de salud pública, específicamente, era tutelado mediante prestaciones directas por parte del Estado, especialmente las asistenciales, así como restricciones a los derechos formales y sanciones por el incumplimiento de deberes. A su vez, esas restricciones a las libertades formales para la defensa de la salud pública, afectaban a distintos aspectos: a) a las condiciones de trabajo; b) a condiciones para comerciar y trabajar; c) al derecho de propiedad; d) a transitar por el territorio; e) a la inviolabilidad del domicilio, y f) a la libertad en general. Es decir que la transición de la salud como responsabilidades de carácter individual, a la salud pública como derechos y deberes esenciales del ciudadano, implicaba un punto de inflexión en el concepto de salud y no una simple extensión de las áreas de incumbencia de los asuntos del Estado.

Estos cambios, en el análisis de Carrillo, también alcanzaban al problema del federalismo. En los países organizados bajo formas de Gobierno unitarias -como Chile o Colombia- esta discusión carecía de relevancia. Pero en los países estructurados con organización federal, la existencia de departamentos, provincias o regiones, suponía la capacidad de unirse en función de objetivos comunes sin resignar su individualidad. En virtud de este conflicto de competencias, comparaba las soluciones encontradas en países federales europeos como Alemania, Austria y Suiza, mientras en América Latina exploraba los criterios existentes en los respectivos Estados Unidos de México, Venezuela y Brasil. En todos los casos, existía un reconocimiento de facultades del poder central, dado que la preservación de la salud pública y la protección de la familia constituían garantías civiles, cuyo cumplimiento no podía quedar librado a los poderes locales. No ocurría así en la organización de EE.UU. y de Argentina, lo que será tratado con amplitud en el capítulo siguiente (Carrillo, 1949: 46-70).

Impacto del nuevo escenario en el pensamiento sanitario

La creación de la OMS en el marco de la ONU en 1948, posibilitó que el enfoque sanitario adquiriera una denominación identificatoria y un cuerpo conceptual: *salud pública*, es decir, una disciplina de abordaje de lo social o colectivo, como visión superadora del enfoque clínico o individual. Como se vio en el apartado anterior, durante el período intermedio entre ambas Guerras Mundiales, el *derecho a la salud* se fue incorporando a las Constituciones de los países europeos y latinoamericanos, junto con la creación de diversos sistemas -por iniciativa estatal- organizados como servicios nacionales de salud o entidades de Seguridad Social.

Aunque el sistema alemán de Seguridad Social, creado a fines del Siglo XIX, había sido encarado con un incipiente enfoque actuarial de sustentabilidad económica, vistos desde la perspectiva actual, la lógica fundacional en la que se inspiraban estos regímenes aseguradores, era de carácter *asistencialista*. Es decir, prevalecía el *derecho* a los beneficios con respecto a los *recursos* para financiarlos; cuando éstos resultaban insuficientes, se ampliaba la *contribución* financiera a los fondos a recaudar. El principal contribuyente era el Estado, aunque también participaban los empleadores y los trabajadores, en distintas proporciones según los países. Por otra parte, dado que se originaban en iniciativas estatales, la administración de los sistemas quedaba en manos del Estado, o de organismos descentralizados estatales. Inicialmente estaban orientados a proteger la salud del trabajador y

su familia; posteriormente, universalizaron a toda la población el acceso a esos beneficios (Arce, 1993: 281-332; Bronstein, 1980). Este enfoque *asistencialista* debe interpretarse como una natural evolución respecto de las instituciones caritativas precedentes. De hecho, tanto las actividades mutuales, cuanto las incipientes coberturas de la Seguridad Social, eran comprendidas bajo la denominación genérica de *asistencia social*.

En este panorama de cambios conceptuales, la salud ingresaba al espectro de áreas de interés de la *cosa pública*, amparada en la nueva visión doctrinaria promovida por la OMS. El paradigma de *salud pública* pasó a constituir una bandera emblemática, como soporte ideológico que, por sí mismo, posibilitaba el camino de acceso al progreso sanitario y a la distribución equitativa de los recursos. Simultáneamente, el mismo año en que se inauguraba la OMS, se creaba un modelo socializado de Medicina en un país capitalista, como el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico. Puede comprenderse, entonces, que comenzara a predominar una visión *principista* respecto de la prioridad de los problemas sanitarios, hasta el punto que justificara limitaciones a las libertades individuales en función del bienestar colectivo, tal como lo explicaba Carrillo.

Las primeras generaciones de *sanitaristas*, es decir de profesionales especializados en la administración de servicios de salud, se formaron en este escenario. Fueron fuertemente influidas por el concepto de *salud pública* -como idea-fuerza- y por el modelo de *servicio único estatal*, como forma recomendable de organización del sistema de salud. Se suponía que la idea de *salud pública*, era un agente intrínsecamente promotor de *cambio*, para posibilitar el *bienestar* y el *desarrollo*, sin definir con precisión en qué sentido se orientarían ese *cambio*, ese *bienestar* y ese *desarrollo* (Sonis, 1964: 18-38). Al mismo tiempo, el éxito del NHS británico alentaba a recomendar su emulación por otros países. De manera que, la forma de ejecución más apropiada de la idea de *salud pública*, ubicaba al pensamiento predominante entre los *sanitaristas*, en el vértice de un *sistema único* conducido desde el Estado.

El manejo de los servicios de salud como un sistema universal, estatal y centralizado, determinaba que la *planificación* constituyera el recurso metodológico por excelencia de la política sanitaria, aunque -como señalaba Sonis- algunos críticos consideraran que, más allá de una más eficiente utilización de los recursos, la planificación implicaba además una actitud de carácter estatizante (Sonis, 1964: 261-268). Desde esta lógica, la clave del éxito de una buena gestión, dependía de la más minuciosa y ordenada asignación de los recursos, en función de la representatividad de los datos estadísticos, que reflejaran la situación sanitaria y las necesidades existentes. Al mismo tiempo, se elaboraban diversos modelos matemáticos de planificación, en los que subyacía la utopía de que los instrumentos técnicos permitirían orientar los condicionantes políticos y económicos de las decisiones sanitarias. El modelo más difundido fue el OPS/CenDes, originado en la década del 50 en el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela, y promovido luego por la OPS. También tuvo alcance significativo el método PERT, proveniente de la planificación militar. PERT es la sigla correspondiente a *Program Evaluation and Review Technique* (Instrumento de Planificación y Control); es un método basado en el álgebra matricial y va acompañado de una técnica auxiliar denominada Camino Crítico (*Critical Path Method*).

Algunos *sanitaristas*, pertenecientes a la generación mencionada, se autocriticaron años después por haber depositado excesivas expectativas en estos modelos de planificación (Neri, 1982: 46-50; Testa, 1993: 11-20). A la vez, ese “prestigio mágico” de la planificación -según lo calificaba Aldo Neri- permitía una metodología aceptablemente *neutra* en el aspecto ideológico, como para facilitar el diálogo *este-oeste* en el ámbito de los organismos internacionales. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que las economías socialistas -emergentes al término de la 2ª Guerra- fundamentaban su eficacia en el hecho de tratarse de economías *planificadas*, donde la mayor parte de los medios de producción se encontraban en manos del Estado. De tal modo que, en los trabajos que se desarrollaban en los organismos internacionales, el denominador común de la planificación proporcionaba un instrumento idóneo para trabajar en un clima de cooperación entre países de diferente signo ideológico. Asimismo, es oportuno señalar que era frecuente entre los funcionarios de esos organismos -aún entre los originarios de países capitalistas- una posición políticamente *progresista* o social-demócrata, cuando no definitivamente socialista.

Conviene acotar que el propósito de mejorar la salud y la calidad de vida, acompañando el desarrollo económico-social, no era un concepto limitado solamente a las ideas más difundidas en el ámbito de la OMS. También constituía una tendencia predominante en América Latina

durante la década del 50, que se expresaba a través de la corriente económica *desarrollista*. El eje de esta propuesta estaba centrado en el desarrollo de las fuerzas productivas, mediante la promoción de inversiones extranjeras que permitieran la inserción y crecimiento de la industria pesada. De este modo, se posibilitaría superar la brecha tecnológica entre los países industrializados -productores de manufacturas- y las economías *subdesarrolladas*, basadas en producciones *extractivas* o de materias primas. Se esperaba por este camino, contrarrestar el *deterioro de los términos del intercambio*, fenómeno considerado inevitable en ese momento, en virtud del incremento de los precios de los productos manufacturados, en relación a la progresiva caída del precio de los productos primarios (Furtado, 1964). Esta corriente tuvo referentes definidos en la Región: Getulio Vargas y Juscelino Kubitschek -impulsor de la creación de Brasilia- en Brasil, y Arturo Frondizi en Argentina. Asimismo, estas posiciones de la teoría económica, encontraron albergue en un organismo regional dependiente de la ONU, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cuya fundación en 1948 fue promovida por otro argentino: Raúl Prebisch.

En el clima político y económico internacional, que se describió sintéticamente en los aspectos relativos al objeto de interés de esta Tesis, se formaron las primeras generaciones de *sanitaristas*. Una disciplina que adquiriría cuerpo en ese momento, sin que esto implique desconocer los aportes anticipados en la etapa anterior por los *higienistas*, y quienes se ocupaban de la llamada *medicina social* durante el período de la revolución industrial. La bibliografía, los proyectos, los documentos políticos y el ejercicio profesional, quedaron impregnados por estos rasgos, que trascendieron hasta la etapa siguiente. Para la percepción de los administradores de salud de esa época, la calidad de su gestión residía esencialmente en la capacidad de *planificar* eficazmente los recursos disponibles, en función de las necesidades de la población.

Para el análisis que aportaba Avedis Donabedian, las propuestas de mejoras en el campo de la salud reflejaban la ecuación básica del sistema: la relación entre el *médico* y el *paciente*. Asimismo, expresado en términos de mercado, la *oferta* y la *demanda*, o bien aplicado al sistema en su conjunto, los *recursos* y las *necesidades* (Donabedian, 1988: 605-755). Desde esta perspectiva, la propuesta de Beveridge también reflejaba el punto de vista del médico, de la oferta o de los recursos, extrapolado al *plano social* del sistema de salud. Es decir, se proponía organizar la totalidad de los recursos del sistema con la mayor racionalidad técnica, que se atribuía entonces al Estado.

Capítulo 5 - Política sanitaria nacional

La organización sanitaria durante la década peronista

Así como en el Capítulo 2 observamos la organización sanitaria argentina durante las primeras décadas del Siglo XX, en este capítulo abordaremos el período simultáneo con la 2ª Guerra Mundial y los eventos posteriores a la conflagración, tal como fueron delineados en el Capítulo 4. Este período, además de coincidir con la presencia del peronismo en el Gobierno argentino, coexistió con una tendencia mundial a la creciente ingerencia del Estado en la planificación y administración de los servicios de salud, así como de otras prestaciones sociales.

Los aspectos metodológicos en los que se basa el análisis, ya fueron ampliamente explicados en la Introducción. Por consiguiente, la caracterización del modelo organizativo que trataremos en este capítulo, se sustenta en los criterios comentados allí (Arce, 1993: 157-190; Katz y col., 1993: 13-30). Pero conviene aclarar que, aunque los comentarios se concentrarán especialmente en el período 1945-1955, que corresponde al predominio en el poder del Gral. Perón, muchos de los hechos determinantes de esa etapa se gestaron en los años previos. En efecto, entre fines de los '30 y principios de los '40 -simultáneamente con el desarrollo de las hostilidades- se fueron adoptando diversas decisiones, que incrementaron la intervención del Estado en la Economía y alentaron un nuevo ordenamiento de las organizaciones sociales, particularmente los sindicatos. Entre 1943 y 1945, los Gobiernos militares de los generales Ramírez y Farrell, se desarrollaron con una marcada influencia de Perón, que precedió su acceso a la Presidencia.

En consecuencia, es razonable ubicar el modelo de organización sanitaria que se abordará a continuación, en paralelo con la 2ª Guerra Mundial y los sucesos posteriores, que dieron forma al escenario internacional de la Guerra Fría, aunque pueda existir un desfase de más de un lustro. Por un lado, porque las etapas que se procura caracterizar, no implican cortes categóricos entre una y otra; por el contrario, admiten *zonas grises* o períodos de transición, en los que los rasgos descriptos en una etapa se van configurando en la precedente, y viceversa, los de esta última persisten en la siguiente. Por otro lado, porque haciendo un paralelismo entre las tendencias de ambos continentes, los fenómenos que se observaban en los escenarios europeos, no se reproducían inmediatamente en América Latina, sino que aparecían en esta parte del mundo unos años más tarde.

Los cambios políticos que signaron el Gobierno peronista

En la Argentina, la mayor ingerencia del Estado en la planificación y administración de los servicios de salud, tuvo en primer lugar expresiones concretas a través de una paulatina elevación de la jerarquía de los organismos estatales que entendían en los problemas sanitarios. En el Capítulo 2 dijimos que en las primeras décadas del Siglo, en los asuntos de salud intervenían dos organismos: el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, en la órbita de la Cancillería.

La revolución del 4 de junio de 1943, derrocó el Presidente nacionalista conservador, Ramón S. Castillo y, tras unos días a cargo del ultramontano Gral. Arturo Rawson, asumió el Gobierno de facto el Gral. Pedro P. Ramírez. Esta rebelión militar era impulsada por un grupo nacionalista de coroneles y otros oficiales de menor grado, denominado Grupo de Oficiales Unidos (GOU), entre los que se destacaba el Teniente Coronel Juan Domingo Perón. Desde ese momento, Perón fue adquiriendo una creciente influencia en el Gobierno nacional y, mediante elecciones democráticas, ocupó la Presidencia por dos períodos consecutivos. Durante la mayor parte de estos años fue acompañado, en funciones de máxima autoridad de Salud, por el Dr. Ramón Carrillo. Entre 1943 y 1949, la representación de la finalidad salud en el Estado nacional, evolucionó desde los organismos mencionados en el párrafo anterior hasta el nivel de Ministerio. Veamos en forma detallada los pasos que determinaron esta evolución.

El 21 de octubre de 1943, mediante el Decreto N° 12.311, se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, en jurisdicción del Ministerio del Interior, integrando el

Departamento Nacional de Higiene, que ya pertenecía a esa cartera, la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, el Instituto Nacional de la Nutrición, la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, el Registro Nacional de Asistencia Social, la Dirección de Subsidios y otros organismos menores. Por el Decreto N° 21.901 del 16 de agosto de 1944 se dispuso que las actividades de beneficencia, hogares y asistencia social pasaran a la órbita de la Secretaría de Trabajo y Previsión, que estaba entonces a cargo del Cnel. Perón y, en consecuencia, la Dirección Nacional limitó sus funciones a Salud Pública solamente. El 23 de mayo de 1946, mediante el Decreto N° 14.807, se creó la Secretaría de Salud Pública dependiendo directamente de la Presidencia, aunque los actos del Secretario debían ser refrendados por el Ministro del Interior. Finalmente, con posterioridad a la reforma constitucional, la Ley N° 13.529 de organización de los Ministerios, promulgada el 8 de julio de 1949, creó el Ministerio de Salud Pública de la Nación (García D., 1983).

Figura N° 5.1: **Proceso de ascenso jerárquico de la autoridad sanitaria nacional.**



Es oportuno llamar la atención sobre un hecho que tuvo repercusión posterior en la configuración del Sistema de Salud argentino. Como se vio ya desde principios del Siglo, en los aspectos relativos a la higiene pública entendía el Departamento Nacional de Higiene, en tanto que en los referentes a la atención médica lo hacía la Comisión Asesora, aunque la pretensión de grandes sanitaristas de ese momento, como Emilio Coni -si bien esto no estaba exento de polémicas-, era reunir bajo una sola jurisdicción ambos componentes (Veronelli, 2004: 306-310). A lo largo de la evolución histórica de la organización sanitaria nacional, se va a encontrar una permanente dicotomía institucional entre las jurisdicciones relativas a la salud pública y las correspondientes a la atención médica. Asimismo las mutuales -al igual que las organizaciones benéficas- se ocupaban de la *asistencia social*, que se expresaba a través de acciones que hoy llamaríamos *asistenciales* o de atención médica. En realidad, existía en la sociedad el concepto de que los problemas de atención médica debían ser resueltos por la sociedad civil: por los propios trabajadores, mediante iniciativas de *socorros mutuos*, o por organizaciones filantrópicas, administrando servicios caritativos subsidiados por el Estado. Puede comprenderse así, que la *nacionalización* de la Sociedad de Beneficencia de la Capital Federal, la más poderosa de todas ellas, para que pasara a formar parte de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, haya sido interpretada como una clara expropiación a las familias patricias.

Esta concepción subyacía en la ambigua asignación de funciones explicada más arriba. La primera medida concentraba bajo una misma conducción la *salud pública* y la *asistencia social*; menos de un año más tarde, la asistencia social -gestionada a través de la Dirección de Subsidios y Registro Nacional de Asistencia Social- pasaba a la Secretaría de Trabajo y Previsión, es decir, el organismo que entendía en los asuntos de las organizaciones sindicales, que además administraban a las entidades mutuales. La misma dicotomía persistió a lo largo del tiempo: las organizaciones gremiales siempre pretendieron que las funciones de regulación de las Obras Sociales -ya fueran por parte del INOS, la ANSal, la SSS y/o la APE-¹³ estuvieran bajo la órbita del Ministerio de Trabajo y no de la cartera de Salud. De hecho, en los períodos en que se optó por esta última alternativa, la Confederación General del Trabajo (CGT) tuvo fuerte influencia en la gestión y los funcionarios del organismo. Aún hoy, aunque la SSS y la APE dependen del Ministerio de Salud, la presencia sindical tiene preponderancia en los organismos reguladores de las Obras Sociales. Pese a estos comentarios, en junio de 1954 se dictó la Ley 14.303 de Organización de Ministerios, por la que la Dirección Nacional de

¹³ INOS: Instituto Nacional de Obras Sociales; ANSal: Administración Nacional del Seguro de Salud; SSS: Superintendencia de Servicios de Salud; APE: Administración de Programas Especiales.

Asistencial Social volvió de la cartera de Trabajo a la de Salud, que así pasó a denominarse Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Pero un mes más tarde Carrillo renunció a su cargo (Veronelli, 2004: 529).

Tal como fue explicado en el capítulo anterior, el concepto de *salud pública* se imponía en todo el mundo, como expresión de la presencia de los problemas sanitarios y sociales entre las áreas de interés de los asuntos públicos, a la vez que resaltando la naturaleza pública de los problemas de salud de la población, por contraposición al carácter predominantemente *privado* de los temas sanitarios en la etapa anterior. La definición de salud de la OMS, que lideraba esta tendencia, resultaba ahora sin embargo insuficientemente explícita porque, al definir *salud* como *completo estado de bienestar*, dejaba sin definición al *bienestar*. No obstante reflejaba la idea-fuerza que prevalecía, al extender su campo de interés no sólo a la *ausencia de afecciones o enfermedades*, sino también al *completo estado de bienestar físico, mental y social*. Esta ambigüedad en la definición debe atribuirse a la necesaria neutralidad ideológica, que requería una definición aceptable para países pertenecientes a diferentes bloques políticos, como los que se reunieron en Ginebra en 1948 para aprobar la Constitución de la OMS. Veamos cómo se manifestaban estos cambios conceptuales en nuestro país, desde el punto de vista jurídico.

Es interesante revisar aquí cómo analizaba Carrillo el problema sanitario en 1949, frente a la inminente reforma constitucional. En primer lugar, señala la necesidad de incorporar el derecho a la salud, como bien social tutelado, ya que no estaba contemplado en la Constitución de 1853. Asimismo promovía a la salud como *derecho* y a la vez *deber* y, en función de esta doble interpretación, fundamentaba la necesidad de ejercer el *poder de policía sanitaria* que, tanto nuestra Constitución de 1853, como la de EE.UU., no mencionaban expresamente. Este poder de policía implicaba -como ya fue comentado- restricciones a las *libertades individuales y a la propiedad*, en función del bienestar prioritario de la comunidad. Al mismo tiempo, el texto de 1853 guardaba silencio, respecto a las facultades del poder central y los de las provincias, para dictar normas y ejercer acciones en materia de salud pública. Al respecto se remontaba a tres tesis de 1900, ventiladas en la Cámara de Diputados de la Nación, a propósito de una ley sobre policía sanitaria animal: la *localista*, defendida por Joaquín V. González, argumentando que cualquier restricción a los poderes de las provincias debía ser expresamente contemplada en la Constitución, y la tesis del poder central, opuesta por el Diputado Quintana, quien consideraba que el poder de policía sanitaria pertenecía absolutamente a la autoridad nacional. Finalmente fue aprobada la tesis intermedia, expuesta por el Diputado Bermejo, quien postulaba que eran atribuciones *concurrentes* de la Nación y las provincias.

Tras una prolongada revisión de la jurisprudencia, Carrillo proponía las innovaciones específicas a introducir en la nueva Constitución. Siguiendo el doble alcance de la definición de la OMS, manifestaba que “no basta la proclamación abstracta de los derechos a la libertad e igualdad -que se inspiraban en los enunciados de la Revolución Francesa- sino que es necesario, además, proporcionar al ser humano las condiciones adecuadas para el ejercicio de esos derechos”. Por consiguiente, debía garantizarse “la protección, conservación y restitución de la salud” y el Estado debería asegurar ese derecho mediante “medidas de sanidad y asistencia médico-social integral”, así como la “protección de la maternidad y la infancia”. En lo referente al federalismo, defendía la competencia del Congreso Nacional “para legislar en materia de política sanitaria”, así como de “dictar el Código Sanitario y la legislación en materia de asistencia social”, sin que esto implicara vulnerar las autonomías provinciales. De hecho, era facultad exclusiva de la Nación actuar en la Capital Federal, los territorios nacionales¹⁴, las zonas fronterizas y vías de tránsito internacional e interprovincial (Carrillo, 1949: 70-87).

El análisis jurídico de Ramón Carrillo reseñado hasta aquí, muestra claramente su punto de partida político para encarar la gestión ministerial. El Estado debía hacerse cargo de la planificación y conducción de todos los asuntos referidos a la atención de las enfermedades de la población y a la protección de su salud. Esto no implicaba una actitud excluyentemente *estatista* en materia sanitaria, o tendiente a desalentar las actividades asistenciales privadas y mutuales. Pero prevalecía el concepto de que el Estado debía ser el prestador de todos los servicios públicos, o de que éstos debían prestarse a través de empresas públicas de servicios. Debe recordarse que durante esa etapa la provisión de agua, electricidad, gas, teléfonos y transportes se hacía por medio de empresas estatales. En el caso de los ferrocarriles -que eran

¹⁴ En ese entonces eran territorios nacionales las actuales provincias de Chaco, La Pampa y las de la Patagonia, incluyendo Antártida e Islas del Atlántico Sur.

explotados por empresas británicas- fueron nacionalizados, y algo similar ocurrió con las diversas compañías telefónicas.

Sin la pretensión de hacer un abordaje profundo de la política económica de esta década, conviene reseñar la información crítica de Cortés Conde, en base a una gran cantidad de datos económico-financieros, a efectos de explorar dicha actitud *estatizante* dentro del marco político general en el que desarrolló la política sanitaria (Cortés C., 2005: 141-212). En primer lugar, sintetiza las circunstancias económicas internacionales en que debía desenvolverse inicialmente la política nacional. La obligada autarquía económica determinada por la situación bélica mundial, por la inexistencia de un mercado internacional de capitales, así como un saldo comercial extremadamente favorable, creó la impresión de que la circunstancial acumulación de divisas provenía de un gran aumento de riqueza. En efecto, la guerra había determinado limitaciones a la importación de manufacturas, junto con una enorme demanda de alimentos que había mejorado los precios internacionales. En realidad, al no poder reinvertir los excedentes comerciales en bienes de capital, el país se estaba descapitalizando. Por otra parte, en la opinión pública existía cierta visión pesimista sobre las posibilidades del comercio mundial para colocar exportaciones argentinas, así como una actitud nacionalista contra las empresas extranjeras.

En este cuadro de situación, los objetivos planteados por la política económica del Gobierno fueron esencialmente tres: a) pleno empleo; b) industrialización con fuerte apoyo e intervención estatal, y c) mejora de la remuneración real de los asalariados. La idea de pleno empleo provenía del temor de empresarios, sindicalistas y militares a que se reiterara el escenario de conflictividad social, que estalló al término de la 1ª Guerra Mundial, y determinó el incremento general de salarios de la década del 20. Esta tendencia incremental fue luego frenada en la década siguiente y complementada con la intención de extender los beneficios de la Seguridad Social a todos los trabajadores, como factor de estabilización. Aunque algunas de estas pautas son coincidentes con las teorías keynesianas, no menciona específicamente que hayan influido en las medidas tomadas aquí. Por otro lado, si se tiene en cuenta el escenario internacional de la posguerra, puede apuntarse que la actitud *estatizante* respecto a industrias estratégicas y servicios públicos era una tendencia mundial. Conviene recordar aquí los comentarios del Capítulo 1 sobre la política económica de Roosevelt y los elogios que recibió del propio Keynes (Pozzi, 2000). Con el fin de documentar la concepción predominante de Estado prestador o productor, es oportuno transcribir un cuadro que exhibe el autor, donde muestra la magnitud de las inversiones en organismos estatales (ver Cuadro Nº 5.1).

Cuadro Nº 5.1: Empresas estatales en la década peronista.

Empresas nacionales	Año de creación y razón
Banco Industrial	1943. Financiar al sector industrial.
Mercado Nacional de Frutas	1944. Concentrar la oferta de frutas para la Capital Federal.
Flota Aérea Mercante Argentina (FAMA) - Zonda-Alfa-Aeroposta Argentina	1945. Atender el tráfico aéreo.
Líneas Aéreas del Estado	1945. Sobre la base de líneas de la aeronáutica militar LANE y LASO. Fomentar la zona patagónica.
Dirección General de Combustibles Sólidos Minerales - Yacimientos Carboníferos Fiscales (YCF)	1945. Sobre la base de la Dirección de Carbón de YPF.
Gas del Estado	1945. Con motivo de la nacionalización de la Compañía Primitiva de gas de Buenos Aires.
Instituto Argentino de Promoción del Intercambio (IAPI)	1946. Promueve el Comercio Exterior.
Empresa Mixta Telefónica Argentina (EMTA) - Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTel)	1946. El gobierno compró la Unión Telefónica (ITT) y en 1948 ocho compañías más. ENTel se crea en 1956.
Instituto Mixto de Inversiones Inmobiliarias	1947. Promover el mercado mobiliario público y privado.

Sociedad Mixta Siderúrgica Argentina (SOMISA)	1947. Recibe impulso recién en 1958. Produce chapa laminada en caliente y en frío, etc.
Agua y Energía Eléctrica	1947. Continuación de la ex Dirección General de Agua y Energía Eléctrica.
Dirección Nacional de Industrias del Estado (DINIE)	1947. Administra el conjunto de empresas de propiedad enemiga (alemana y japonesa). En 1953 el Gobierno decidió comenzar la restitución de esas empresas.
Distribuidora Nacional de Frutos	1947. Pasa al Estado nacional, era un acopiador de fruta de la zona del Valle de Río Negro.
Destilería de Alcohol Anhidrido	1948. Fue expropiada por el Estado y trasferida a la DINIE.
Atanor - Compañía Nacional para la Industria Química, Sociedad Anónima Mixta	1949. Producción de metanol y cloro soda, etc.
Empresa Ferrocarriles del Estado Argentino (EFEA)	1949. Estatización. En 1969 cambia el régimen legal pasando a denominarse Ferrocarriles Argentinos.
Flota Argentina de Navegación de Ultramar (FANU) - Flota Argentina de Navegación Fluvial (FANF)	1949. El gobierno adquiere la Compañía Argentina de Navegación Doderó.
Aerolíneas Argentinas	1950. Atender el tráfico aéreo.
Empresa Nacional de Energía (ENDE)	1950. Formar un <i>holding</i> que agrupara a las empresas energéticas nacionales (YPF, Gas del Estado, YCF, Agua y Energía). No llegó a cumplir enteramente sus finalidades. Disuelta en 1957.
Empresa Nacional de Transporte	1952. Ídem anterior pero para empresas de transportes.
Industrias Aeronáuticas y Mecánicas del Estado (IAME, DINFIA, IME)	1952. Sucesora de la Fábrica Militar de Aviones. Se convirtió en fábrica automotriz.
Astilleros y Fábricas Navales del Estado (AFNE)	1953. Dos plantas, astillero Río Santiago y la fábrica de Azul (pólvora)
Empresas provinciales	Año de creación y razón
Mercado de Frutos "Victoria"	1947. Mercado de Ferrocarriles de Bahía Blanca, donde se comercializa lana, cueros, etc.
Dirección de Energía de la Provincia de Buenos Aires (DEBA)	1947. Se expropiaron pequeñas empresas privadas.
Empresa Provincial de Energía de Córdoba (EPEC)	1952.
<i>En materia legislativa en 1946 se dictó el Decreto Ley 15.349 que creó las Sociedades de Economía Mixta y estableció así el primer régimen jurídico que regló la intervención estatal directa en la economía. En 1949 se dictó la Ley 13.653 que estableció el marco jurídico para las empresas totalmente públicas, a las que desde entonces se las llamó "empresas del Estado".</i>	

Fuente: Ugalde, 1984. Extraído de Cortés C., 2005: 160-161.

El modelo de planificación estatal centralizada del período 1945-1955

La capacidad inversora del Estado Nacional, también se reflejó en el campo de la salud mediante gran cantidad de construcciones en infraestructura asistencial. Pero en este aspecto cumplió un papel muy importante la Fundación Eva Perón que, a pesar de ser una entidad no gubernamental, estaba íntimamente vinculada al poder político y a la gestión del Gobierno. La acción conjunta del Ministerio de Salud y de la Fundación en la construcción de hospitales, posibilitaron la clara hegemonía de la autoridad sanitaria nacional, en el escenario de las actividades e inversiones del Sector Salud, pese a las limitaciones jurídicas del federalismo en el poder de decisión, ya comentadas. En efecto, no sólo la capacidad de trabajo de Carrillo y

sus permanentes innovaciones para extender las acciones de salud del Gobierno a todo el territorio nacional, sino también la disponibilidad de recursos para apoyar sus iniciativas, consolidadas por el respaldo de la Fundación, fortalecieron el liderazgo del Ministerio ante las autoridades provinciales.

Las acciones sociales de María Eva Duarte de Perón -Evita, como la llamaba el pueblo- se iniciaron en 1946, bajo la denominación de Cruzada de Ayuda Social, y estaban dedicadas a contribuir a la construcción de barrios de viviendas económicas, hogares de tránsito y comedores escolares; a la donación de instrumental para hospitales; a mediar en la concreción de obras de salubridad y saneamiento en barriadas precarias; a entregar artículos de primera necesidad a familias cadenciadas; a distribuir juguetes para niños humildes y a proveer trabajo a desocupados. Por la actitud y el carisma de Evita, la solidaridad de la Fundación tenía una marcada diferencia -en la visión de la gente- con la beneficencia de las sociedades de damas pudientes y la caridad de la Iglesia. Su particular posición, actuando fuera de la estructura estatal, pero con acceso a los lugares donde se tomaban las decisiones para emprender obras o proveer inserción laboral, le permitía accionar eficaz y ágilmente, potenciada por una infatigable voluntad de trabajo. Hacia fines de 1947 se hacía evidente la necesidad de contar con una estructura orgánica. El 19 de junio de 1948 se constituyó la Fundación de Ayuda Social “María Eva Duarte de Perón”, que obtuvo su personería jurídica el 8 de julio de ese año. Desde el 25 de septiembre de 1950 fue denominada “Fundación Eva Perón”. El apartado de Acción Social de su biografía, basada en datos del *Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón*, que figura en la Página Web del Partido Justicialista de la Provincia de Buenos Aires, aporta precisiones importantes (Pjbonaerense).

Los fondos y las ayudas en especies provenían de donaciones de empresas y sindicatos. También disponía de fondos de la partida de Obras de Ayuda Social, provenientes del presupuesto del Ministerio de Hacienda, que estaban destinados a la adquisición de ropas, calzado, alimentos y medicamentos, pero excluían sueldos y jornales. Los orígenes de los fondos que manejó la Fundación fueron objeto de polémica. Según una Memoria de 1953, procedían de donaciones en efectivo por parte de sindicatos, particulares y empresas, convenios colectivos de trabajo, impuestos, alquileres, adjudicación de recursos por vía del poder Legislativo, etc., aunque algunas empresas manifestaron más tarde que se lograban mediante donaciones forzosas. Este tipo de operatoria, donde el Estado canaliza fondos por medio de entidades no estatales, también ocurre en la actualidad. Por ejemplo, el Ministerio de Desarrollo Social ejecuta fondos de ayuda social a través de diversas ONG's; asimismo, diversos organismos del área educativa asignan recursos a las cooperadoras escolares. Del igual modo ocurría con las sociedades de beneficencia en las primeras décadas del Siglo, que administraban fondos provistos por el Estado. Entre las dos etapas mencionadas, la Fundación ocupó la función de ejercer ayuda social, sin los obstáculos de la burocracia estatal.

En el campo de la Salud, la Fundación construyó 4 policlínicos en el Área Metropolitana, el de Ezeiza, los establecimientos gemelos de Avellaneda, Lanús y San Martín, y también otros en el interior del país. Asimismo, proveyó equipamiento moderno a otras unidades hospitalarias. Por otra parte, el Tren Sanitario Eva Perón, dotado de los más modernos aparatos, cumplía con la tarea de relevar y proteger la salud de las poblaciones más alejadas del país. En septiembre de 1950 se inauguró la Escuela de Enfermeras, una de sus obras más trascendentes, ya que en ese momento aportó personal calificado que resultaba deficitario, tanto a servicios del país como del exterior¹⁵.

En 10 años se duplicó la capacidad instalada del país en camas de internación, desde aproximadamente 66.000 a más de 130.000, principalmente por el impulso conjunto del Ministerio y de la Fundación. Si bien se realizaron fuertes inversiones desde los Estados provinciales, la mayor parte de ellas eran, en realidad, la ejecución de transferencias de la Nación a las provincias. El Cuadro Nº 5.2 refleja la evolución de la capacidad instalada de las diferentes jurisdicciones.

¹⁵ En materia habitacional, la Fundación emprendió la construcción de viviendas para obreros. En Buenos Aires, pueden mencionarse dos urbanizaciones con diseño similar: el barrio aledaño a la Av. Gral. Paz, en la zona de Saavedra, y Ciudad Evita, en el Camino de Cintura, proporcionando vivienda propia a 25.000 familias. Lindante con el llamado Puente 12 de la Av. Richieri, en Ezeiza, otro barrio de características equivalentes. Allí mismo está el Policlínico y, cruzando la Ruta 205, las colonias de vacaciones para escolares, en el complejo que actualmente se conoce como Piletas de Ezeiza.

Puede observarse en el cuadro el marcado crecimiento de la cantidad de camas de todas las jurisdicciones estatales y, especialmente, las del nivel nacional. Aunque no consta la información precisa, los mismos autores comentan que hacia 1954, la mayor parte de las camas de la Fundación Eva Perón habían sido transferidas al Estado nacional. Simultáneamente, las camas del subsector privado iban perdiendo peso, tanto en términos absolutos como relativos, con lo que se realizaba aún más la magnitud del impulso generado por el Ministerio de Salud Pública. Puede inferirse que adquiriría la condición de planificador hegemónico de los servicios de Salud, aún cuando su función administrativa se limitara a los establecimientos dependientes del Estado. Por otra parte, la fuerza de su capacidad de inversión, extendía este liderazgo al ámbito de las propias autoridades sanitarias provinciales y municipales, ya que éstas resultaban beneficiadas con los emprendimientos nacionales.

Cuadro N° 5.2: Distribución de camas hospitalarias en 1946, 1951 y 1954, según jurisdicción.

Jurisdicción	1946		1951		1954	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Nacionales	15.425	23.3	27.351	23.9	46.602	34.7
Provinciales	8.100	12.2	23.278	20.3	38.296	28.5
Municipales	18.200	27.5	20.877	18.2	21.367	15.9
Universitarias	815	1.2	1.700	1.5	s/inf.	8.3
Fundación Eva Perón			18.130	15.8	s/inf.	
Obras Sociales			2.040	1.8	s/inf.	
Mutuales y privadas	23.760	35.8	21.233	18.5	16.903	12.6
Total	66.300	100.0	114.609	100.0	134.218	100.0

Fuente: Veronelli-Campoamor, 1971.

La magnitud de las inversiones del Estado nacional en salud, era respaldada por la política general del Gobierno, no sólo tendiente al desarrollo de un capitalismo asociado al Estado, sino también a imponer la planificación como componente metodológico indispensable de la gestión de los asuntos públicos. Sin dejar de mencionar, además, el amplio despliegue de trabajo del Ministro Carrillo. En el marco de la planificación instrumentada a través del 1^{er} y el 2^{do} Planes Quinquenales, se consolidó la fuerza orientadora en la ejecución de acciones, del Plan Analítico de Salud Pública de 1947 (SSPN, 1947) y del Plan Analítico 1952-57 (MSPN, 1952), dirigidos por Carrillo. El conjunto de fenómenos descriptos, en forma concurrente, contribuyeron a apuntalar un modelo en el que predominaba la concentración, por parte del Estado Nacional, de la capacidad de planificar y ejecutar en materia de salud.

La expectativa del Ministerio, respecto a conducir integralmente el sistema de salud, se expresó también en la gran cantidad de organismos, creados para atender el amplio despliegue de planes nacionales gestados, a partir del impulso otorgado por Carrillo, en base al principio de *centralización normativa y descentralización administrativa*. Predominaba asimismo en esta reestructuración de la autoridad sanitaria nacional, no sólo la intención de crear una organización con alto poder técnico -que hasta ese momento nunca había tenido-, sino también un ordenamiento *vertical* de los planes que luego deberían ser ejecutados por las provincias y municipios. En el Cuadro N° 5.3 se enumeran estos organismos, dependientes del Ministerio nacional. En la actualidad, una diversificación tal de organismos especializados resultaría desaconsejable, ya que complicaría excesivamente la organización administrativa del Ministerio. En realidad, muchas funciones asignadas a reparticiones especializadas, deben ser realizadas por establecimientos polivalentes y, las directivas del nivel central, es suficiente con que emanen de algunos asesores. Los problemas actuales de hipertrofia burocrática del Ministerio de Salud, son de otra índole y serán analizados más adelante.

Cuadro N° 5.3: Organismos nacionales creados durante la gestión de Ramón Carrillo.

Institutos				Otras reparticiones	
-Instituto	Nacional	de	Enfermedades	- Dirección de Ayuda Médico-Social	

Alérgicas -Instituto de Farmacología y Contralor Farmacéutico -Instituto Tecnológico de Higiene Industrial y Medicina del Trabajo -Instituto de Rehabilitación Médica del Inválido -Instituto Nacional de Endocrinología -Instituto de Luminoterapia y Óptica -Instituto Nacional de Foniatría -Instituto Nacional de Entomología -Instituto Central de Dermatología -Instituto de Higiene Pública -Instituto de Biotipología y Materias Afines -Instituto de Higioteécnica y Meteoropatología -Instituto de Fisiopatología del Deporte -Instituto Central de Medicina Preventiva -Instituto Nacional de Reconocimientos Médicos -Instituto de Clínica Tecnológica -Instituto de Investigaciones Médico Tecnológicas -Instituto de la Población -Instituto de Educación y Propaganda Sanitaria -Instituto de Psicopatología Aplicada -Instituto de Entomología Sanitaria -Instituto Nacional de Cirugía -Instituto de Neoplasias y Dirección de Oncología -Instituto de Puericultura (Córdoba) -Instituto de Investigaciones Brucelósicas del Noroeste Argentino (La Rioja)	- Dirección de Alimentación, Vivienda y Vestido - Escuela Superior Técnica de Salud Pública - Dirección de Climatismo y Termalismo - Dirección de Higiene Pública y de la Vivienda - Dirección de Sanidad de Fronteras y Transportes - Dirección de Asuntos Profesionales - Dirección de Cultura Sanitaria - Dirección de Gemología Sanitaria - Consejo Nacional de Construcciones Sanitarias - Dirección de Higiene Social - Inspección General del Personal - Dirección de Costos y Precios - Centro de Investigaciones de Glaucoma y Enfermedades Oculares Hereditarias - Escuela de Instructoras de Enfermería - Escuela de Enfermería - Comisión Asesora de Medicina Preventiva - Comisión Coordinadora de Gemología Sanitaria - Dirección de Enseñanza Técnica e Investigaciones Científicas - Dirección de Fabricación de Especialidades Medicinales del Estado - Dirección de Cardiología - Dirección de Gastroenterología - Consejo de Medicina Preventiva - Servicio de Informaciones Técnico-Administrativas - Comisión de Estreptomina - Laboratorio de Electroencefalografía - Asesoría Médico-Farmacéutica - Dirección de Centros de Salud y Subsidios - Dirección de Maternidad e Infancia - Servicio de Coordinación de Laboratorios
---	--

Fuente: Veronelli, 2004: 516-522

En esta etapa se mantuvo el carácter pluralista del sistema y la libertad de iniciativas, pero la tendencia a hegemonizar el sistema, mediante el abrupto incremento de la capacidad instalada pública (Capítulo 6) y la intención de *funcionarizar* al médico, fue modelando una organización predominantemente estatal. Los organismos enumerados en el cuadro anterior llevaban a cabo una gran cantidad de programas *verticales*, tal como se denominó después a los recursos asignados a problemas sanitarios específicos que eran aplicados en todas las jurisdicciones, y se procuraba abarcar la totalidad del espectro de factores que podían incidir sobre la salud de la población, a través de una red de centros de salud, destinados a acercar la atención ambulatoria a la población. La idea de pivotar sobre centros de salud y dispensarios insertados en la comunidad, era sustentada por un cuerpo de la doctrina sanitaria, denominado *Medicina Social*. La expectativa de remodelar el sistema de atención médica en base a médicos *funcionarios* del denominado *ejército de salud* -por contraposición al ejercicio individual del médico *francotirador*- y hasta el objetivo de *semisocializar* la Medicina, provocaron un fuerte debate y crisis internas sucesivas, en las organizaciones representativas del cuerpo médico, así como enfrentamientos con las autoridades gubernamentales (Belmartino y col., 1991: 57-97). Obsérvese, sin embargo, la similitud de estos conceptos con los que sustentaron el modelo inglés, a través del Servicio Nacional de Salud.

Dentro de la diversificación de objetivos, que sin duda implicaba el gran despliegue de organismos especializados, instrumentados en el nivel central, es interesante mencionar que en 1953 el Ministerio solicitó la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, con el fin de integrar los servicios de salud a nivel local, en el marco de un Programa de Demostración de Servicio Local de Salud Pública Integral. El Ministerio procuraba concentrar todos los servicios existentes en un ámbito geográfico definido, con núcleos urbanos y rurales, bajo una misma unidad funcional encargada de ejecutar todas las acciones que se planeaban en el orden nacional. En la misma línea impulsaba Carrillo la reorganización de los servicios de salud del Área Metropolitana, cuya gestión ya desde aquel momento estaba dificultada por la marcada superposición de jurisdicciones: nacional, provincial y municipales (Veronelli, 2004: 528 y 530). Llama la atención, desde la perspectiva actual, la similitud conceptual entre esta iniciativa y la de los Sistemas Locales de Salud (SiLoS), que promovió la OPS desde mediados de la década del 80, para implementar la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Conviene detenerse en este punto, para revisar la visión de Carrillo respecto a la salud como problemática universal, porque influyó en la Política Sanitaria de las décadas siguientes, e incluso, la propia organización del Ministerio de Salud tuvo rasgos de ese enfoque hasta la década del 80 (Carrillo, 2004: 267-284). Desde su punto de vista, los planes debían organizarse en torno a 3 ámbitos concéntricos, pivotando alrededor del hombre, en los cuales se generaba la salud y también el riesgo de enfermar: el medio psico-físico individual o *microcosmos*, el medioambiente físico y biológico o *mesocosmos*, y el medio familiar y social o *macrocosmos*, es decir, el ser humano, la naturaleza y la sociedad.

Para cada uno de estos ámbitos, la Salud Pública debía contar con instrumentos específicos: a) la *medicina asistencial* o *arqui-medicina*, esencialmente *pasiva*, actúa sobre el individuo enfermo, es reparadora y su forma de prestación es individual, en base al *binomio* médico-enfermo; b) la *medicina sanitaria* o *paleo-medicina*, es primordialmente *defensiva*, ya que actúa sobre el ambiente biofísico a través del saneamiento ambiental y la profilaxis epidemiológica (vacunaciones y detección precoz de enfermedades), se presta en forma *masiva* sobre el *trinomio* agente patógeno-medioambiente-huésped o enfermo-médico-Estado; c) la *medicina social* o *neo-medicina*, es *activa*, verdaderamente preventiva, actúa sobre los factores indirectos del bienestar (alimentación, vivienda, vestimenta, deportes, trabajo, educación), se presta en forma colectiva y social sobre el *tetranomio* Estado-política social-familia-comunidad o enfermo-médico-Estado-comunidad. Aunque no constan testimonios al respecto, conviene notar la influencia de las denominaciones *filogénicas* de las distintas partes del cerebro y el cerebelo -*arqui*, *paleo* y *neo*-, ya que Carrillo era neurocirujano y, por supuesto, neuro-anatomista. Una cuarta rama, la *medicina formativa* o educación sanitaria, era el instrumento mediante el que se cerraba el circuito del pensamiento científico, devolviendo al pueblo los conocimientos que contribuyó a generar, a través de su historia y su experiencia social. En el Cuadro N° 5.4 se esquematiza este enfoque (Carrillo-a, 1974: 329-344; Alzugaray, 1988, 138-140; Arce, 1993: 75-85).

Cuadro N° 5.4: **Ramas de la Salud Pública y los planes de salud según Carrillo.**

Rama	Medicina Asistencial	Medicina Sanitaria	Medicina Social
Posición histórica	<i>arqui-medicina</i>	<i>paleo-medicina</i>	<i>neo-medicina</i>
Modalidad de acción	pasiva, reparadora	defensiva, profiláctica	activa, preventiva
Sujetos de acción	ser humano	naturaleza	sociedad
Ámbito de acción	psico-físico individual	ambiente bio-físico	familia-comunidad
Esfera de relación	<i>microcosmos</i>	<i>mesocosmos</i>	<i>macrocosmos</i>
Forma de prestación	individual	masiva	colectiva
Medios de acción	recuperación y rehabilitación	saneamiento ambiental, vacunaciones, detección precoz	alimentación, vivienda, vestimenta, deportes, trabajo, educación
Ejes de acción	binomio	trinomio	tetranomio
Actores	individuo enfermo-médico	agente patógeno-medioambiente-huésped o enfermo-médico-	Estado-política social-familia-comunidad o

		Estado	enfermo-médico- Estado-comunidad
--	--	--------	-------------------------------------

Fuente: elaboración propia en base a autores citados.

Simultáneamente -al comienzo desde la Secretaría de Trabajo y Previsión- se impulsaba la formación de entidades mutuales -no estatales- de trabajadores. Éstas eran administradas por los sindicatos que se acercaban al Gobierno, para acogerse a la protección laboral a la que se hacían acreedores, por la condición de *organizaciones libres del pueblo*, que se les adjudicaba. Las antiguas cajas patronales de principios de siglo, constituidas por contribuciones de las empresas en base a un porcentaje del salario, se extendían como modelo -especialmente en los organismos estatales- emulando la experiencia de la Caja Ferroviaria. Las mutuales de empleados públicos ya habían alcanzado suficiente importancia en la década del 30, como para justificar el Acuerdo de Ministros del 26 de septiembre de 1932, por el que se facultaba a las respectivas Direcciones de Administración o a las Tesorerías, a efectuar deducciones en los sueldos a favor de las entidades mutuales que éstos autorizaran (Belmartino y col., 1987). Entretanto, las primitivas mutuales *cosmopolitas* de trabajadores agrupados por su inserción laboral, nacidas en el período anterior (Bunge, 1914), se consolidaban en esta época y mutaban paulatinamente de voluntarias a obligatorias, por su incorporación a los convenios colectivos de trabajo. Así se fueron conformando las entidades que posteriormente tuvieron la denominación de Obras Sociales. No se cuenta con precisiones respecto a los primeros antecedentes legislativos de las convenciones colectivas de trabajo, pero se inició entre fines de los '30 y comienzos de los '40, y se consolidó su instrumentación durante la gestión de Perón, con la Ley 14.250 de 1953.

El Congreso de Mutualidades de 1944, al que asistió el Cnel. Perón, contó con la participación de importantes mutualidades de empleados públicos, como las del personal del Ministerio de Marina, Matadero y Frigorífico Municipal, Mercado de Hacienda, Telégrafos, Policía, Hospicio de las Mercedes, Dirección General de Aduanas, Ministerio de Hacienda, Departamento Nacional de Higiene y División de Impuestos a los Réditos. También estaban presentes otras de personal de empresas privadas, como Cervecería Palermo, Frigorífico La Negra, Talleres Metalúrgicos San Martín, Tamet, Frigorífico Anglo, Corporación Nacional de Granos y Elevadores, Piazza Hnos. y Fábrica de Tejidos Unión (Belmartino y col., 1987).

El papel financiador de servicios de salud por parte de estas entidades, se inició a través del Decreto N° 30.655 del 14 de noviembre de 1944, por el que se creó la Comisión de Servicio Social, encargada de propulsar la implantación de servicios sociales en sindicatos de cualquier rama de actividad, a efectos de proveer -entre otros beneficios- atención médica y farmacéutica "a precio de costo" (Belmartino-Bloch, 1982). Pero también tenían un peso muy importante otras prestaciones sociales como proveedurías, campos deportivos, hoteles de turismo, planes de vivienda o simplemente gestionar descuentos a afiliados en comercios adheridos¹⁶. Aunque la expectativa, desde el ámbito de Salud Pública, era que los hospitales y centros de salud estuvieran abiertos gratuitamente a toda la población, los recursos de aquellos servicios sociales destinados a la atención médica, se canalizaron principalmente hacia sanatorios privados, pero también existía una manifiesta tendencia a la creación de servicios propios, por lo menos de atención ambulatoria. Esta conducta no sólo respondía a la posición de los dirigentes sindicales, sino también a los deseos de sus afiliados. Los trabajadores se sentían "ciudadanos de segunda" cuando concurrían a los hospitales, aún cuando éstos fueran modernos y no tuvieran el carácter filantrópico de los de principio de siglo. Asimismo preferían los servicios propios, porque allí los atendían "como señores" los "médicos del sindicato". Se sentían -y en realidad eran- propietarios de esos servicios, y esto determinaba un fenómeno social que iba más allá de la racionalidad de la planificación sanitaria¹⁷.

Hacia el final de este período, el fenómeno de formación de Obras Sociales, sostenidas mediante contribuciones patronales y aportes de los asalariados en forma obligatoria, se había consolidado y alcanzaba a una buena parte de los trabajadores en relación de dependencia.

¹⁶ Las proveedurías fueron un rubro importante. En Buenos Aires, en la esquina de Florida y Sarmiento, donde actualmente está la casa central del Banco de la Ciudad, estaban los *Grandes Almacenes Justicialistas*, que eran la proveeduría de la Federación de Empleados de Comercio (FEC).

¹⁷ La propia experiencia del autor en el ámbito de las Obras Sociales, y los diálogos con múltiples dirigentes sindicales, permiten aportar estas afirmaciones sobre el comportamiento colectivo de los trabajadores, aunque no existan estudios sociológicos que los confirmen, pero sí resultados fácticos sobre sus preferencias.

Algunas de estas entidades mutuales dedicaron una parte sustancial de sus esfuerzos a la creación de servicios propios. El fenómeno más notable en este sentido fue el de mutual ferroviaria, que provenía de las primeras décadas del siglo y se encontraba entre las denominadas *patronales* (Capítulo 2), dado que había sido creada mediante subsidios de los empleadores del momento: las empresas inglesas propietarias de los ferrocarriles. En realidad, respondían a las tendencias que se estaban desarrollando en su país de origen donde, por la misma época, comenzaban las primeras entidades de Seguridad Social (Capítulo 1). La mutual ferroviaria se dedicó desde el comienzo a crear servicios asistenciales propios. Este comportamiento acompañó a la Obra Social ferroviaria hasta principios de la década del 80, en que debió desprenderse paulatinamente de los establecimientos de su propiedad. En ese momento contaba con 72 establecimientos, entre hospitales y centros de atención ambulatoria, distribuidos en las principales terminales ferroviarias de todo el país.

También otras mutualidades invirtieron en servicios propios asistenciales, incluyendo instalaciones de internación: a título de ejemplo las de los metalúrgicos, electricistas (Luz y Fuerza), textiles y bancarios. Pero no hubo entre los distintos gremios una conducta homogénea: los bancarios, por ejemplo, tuvieron además una importante proveeduría en la Ciudad de Buenos Aires. Las mutualidades de los empleados estatales de Correos y Telecomunicaciones, Obras Públicas y Economía llegaron a contar con importantes establecimientos ambulatorios y de internación, o con áreas de internación en establecimientos privados, contratadas con exclusividad. En su *Teoría del Hospital*, Carrillo identificaba a estos emprendimientos como *hospitales especiales*, correspondientes a los *servicios sociales* de los empleados públicos (Carrillo-b, 1974: 187). Estas mismas entidades también invirtieron en clubes deportivos y hoteles-colonia de vacaciones. En especial, la mayor parte de las entidades sindicales volcaron sus recursos hacia la adquisición de hoteles en las zonas de vacaciones más populares: Mar del Plata, Córdoba y Termas de Río Hondo. Algunas, como Luz y Fuerza, seguros y la de la construcción, alcanzaron a formar importantes redes de hotelería en los principales puntos turísticos del país. En línea con manifestaciones de Perón ante las organizaciones sindicales, las iniciativas sobre servicios propios tendían a fortalecer los vínculos solidarios entre los trabajadores asociados (Veronelli, 2004: 503-504).

Debe destacarse, sin embargo, un comportamiento común a todos estos emprendimientos de mediados de siglo. Quienes creaban servicios propios de cualquier naturaleza -asistencial, turística, deportiva o de proveeduría- lo hacían exclusivamente para los trabajadores y los familiares de sus respectivos gremios. No se pensaba aún en explotar la capacidad instalada ociosa, atendiendo por contrato a beneficiarios de otros gremios. El mismo rasgo administrativo habían tenido las mutuales de comunidades extranjeras; cada una estaba preparada para atender prioritariamente a sus paisanos. Por consiguiente, se manifestaba entre los beneficiarios y los servicios -así como entre los profesionales que allí trabajaban- un sentimiento de pertenencia, que sin duda tuvo un papel fundamental en la consolidación de aquellas instituciones.

En términos micro-económicos, no se expresaba el concepto de desdoblar la manutención de los establecimientos, respecto de costear su funcionamiento. La financiación operativa de los servicios provenía esencialmente de la misma institución que ejercía la titularidad patrimonial de los servicios. En la actualidad ninguna institución podría funcionar de esta manera, salvo que la propia demanda que generan los beneficiarios directos alcance a saturar su capacidad operativa, cosa que excepcionalmente ocurre. Por su parte, los hospitales públicos estaban abiertos a toda la población en forma gratuita y sólo se financiaban con el presupuesto estatal. El eje decisorio parecía estar dado por la posesión de los servicios, antes que por su financiamiento. Incluso en el ámbito privado, prevalecían los *abonos* de las clínicas y sanatorios suscriptos por la clientela local, cuya función principal era la de estabilizar los ingresos y gastos de la atención médica sanatorial (Arce, 1993: 155-190).

Comentarios finales

Con la caída del Gobierno Justicialista en 1955, se desataron un conjunto de fuerzas políticas y sociales, unidas en la intención de desarticular totalmente el aparato de poder construido por Perón, desde la administración del Estado y desde las organizaciones

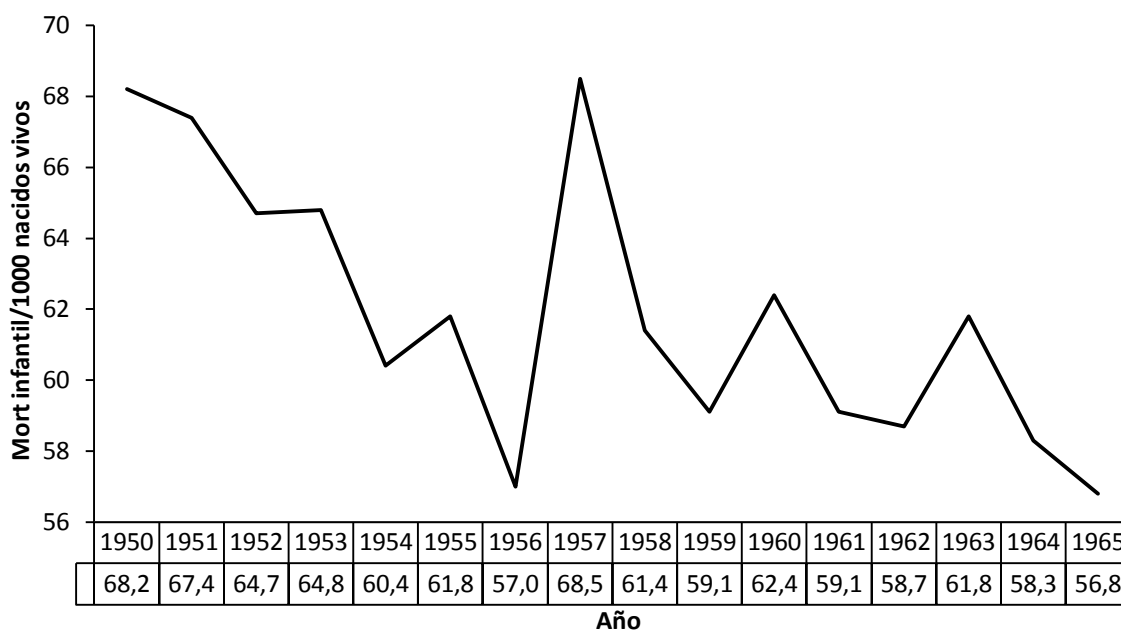
intermedias de la sociedad. La actitud *revanchista* predominó sobre todo análisis acerca de la razonabilidad y viabilidad de las instituciones creadas (Veronelli, 2004: 535-568).

Si se tiene en cuenta el escenario internacional de la posguerra, puede apuntarse que la actitud *estatizante* respecto a industrias estratégicas y servicios públicos era una tendencia mundial. Naturalmente, desde un enfoque ortodoxo -como el citado más arriba de Cortés Conde- surgen conclusiones extremadamente críticas respecto a la política económica de ese período. No obstante, con notable objetividad intelectual, el autor encuentra que gestiones posteriores a 1955 -de signos ideológicos muy diferentes- continuaron aplicando medidas parcialmente coincidentes con aquéllas. Entre los rasgos heterodoxos -y en su opinión, regresivos- de la política económica peronista, señala a título de ejemplo la nacionalización del Banco Central y de todos los depósitos bancarios. De modo que, al actuar como prestamista de última instancia, eximía a los bancos privados del riesgo de desequilibrio entre depósitos y créditos, limitándolos a la función de agentes del Banco Central. Simultáneamente, la reforma de la Carta Orgánica de 1946 posibilitaba que, no sólo ejerciera medidas de regulación del valor de la moneda nacional y de control de la inflación, sino también que prestara divisas al Gobierno para resolver saldos negativos de Tesorería, con lo que resultaba “financiado de la política”.

El mundo empezaba a emerger de tiempos trágicos. En muchos países, tanto de la órbita socialista como capitalista, la política se manifestaba a través de grandes movilizaciones populares, lo que agregaba un componente de democracia directa a las decisiones, paralelo al de las instituciones legalmente constituidas. Desde esta perspectiva histórica, la monstruosa destrucción masiva de personas y bienes, la enorme dilapidación de recursos invertidos en armamentos, así como la furia genocida de exterminio racial, es improbable que se hayan llevado a cabo con recursos genuinos. Finalizada la guerra, se estructuraron organismos internacionales que planificaron las nuevas relaciones entre los países. En esta incipiente globalización, no puede pensarse que los países centrales hayan encarado la normalización de sus economías sin recurrir a medidas extremas y heterodoxas. Más aún, una parte sustancial del costo financiero debe haberse descargado sobre las economías emergentes y subdesarrolladas, como había ocurrido históricamente. Países liberales en su política económica, adoptaron medidas proteccionistas y subsidiaron sectores productivos para mantener su competitividad.

El campo social también vivía momentos de excepción y en la Argentina eran interpretados por sus actores como cambios revolucionarios. Carrillo pensaba en su gestión como un hito fundacional y, siguiendo la inspiración del pensamiento de Perón, imaginaba una estructura sanitaria que transformaría definitivamente el bienestar de la población. Muchos de esos objetivos fueron alcanzados y, de hecho, se reflejaron claramente en indicadores estadísticos de morbi-mortalidad registradas por el Ministerio en ese período. El Cuadro Nº 5.5 muestra parcialmente esos resultados. El avance más notorio se logró con la erradicación del paludismo -endémico en el NOA y epidémico en el NEA-, pero también hubo resultados muy favorables con las enfermedades transmisibles virales mediante programas de vacunación masiva.

Cuadro Nº 5.5: Evolución de la mortalidad infantil entre 1950 y 1965 (por mil nacidos vivos).



Fuente. Elaboración propia según datos de INDEC, 1984: 195-198 ¹⁸.

Por otra parte, en las de origen bacteriano se lograron importantes avances, por la incorporación de las sulfamidas y antibióticos en sífilis, gonorrea, tuberculosis y lepra¹⁹. Pero los cambios fueron menos sustentables y permanentes que lo esperado entonces. Simultáneamente, más allá de la lectura superficial de las intenciones de los protagonistas, un conjunto de fenómenos se estaba desarrollando en el sistema de salud, que tendían hacia la configuración de un nuevo modelo organizativo.

¹⁸ En la ESPUBA, a principios de los '70, se trabajaba sobre series estadísticas de mortalidad infantil extraídas de diversas fuentes. Mostraban un marcado descenso de la mortalidad durante la década peronista, seguido por una notable *meseta* en los años posteriores. En las fuentes disponibles, no fue posible corroborar aquellos datos. Las publicaciones del Ministerio de aquella época mostraban resultados claramente favorables.

¹⁹ Carrillo inauguró la primera planta de fabricación local de penicilina, instalada por la firma norteamericana Squibb, como resultado de avances adquiridos por EE.UU. hacia mediados de la 2ª Guerra Mundial.

Capítulo 6 - Tendencias hospitalarias

Los hospitales de la década peronista

El amplio despliegue de las instituciones sanitarias durante el período de 1945 a 1955, fue acompañado por una multiplicación equivalente de la capacidad instalada asistencial. Como se vio en el Capítulo 3, para algunos autores la 2ª generación de hospitales es coincidente con el período peronista (García Díaz, 1983; Sonis, 1984; Arce, 1993: 123-154), dado que su enfoque es esencialmente sanitario y político. En cambio otros autores, que introducen el enfoque arquitectónico, ubican el comienzo de esta generación en 1925, coincidiendo con la incorporación del hormigón armado a las construcciones en altura (Vera O.-Quaglia, 1984). Estas diferencias no implican contradicciones. En realidad, desde el punto de vista arquitectónico, desde fines de la década del 20 se encaró la construcción de hospitales extendidos en altura, que son característicos de esta etapa. Pero es recién a partir de 1945, cuando se produce una verdadera explosión de construcciones hospitalarias que, en pocos años, multiplica la cantidad de camas del país.

Efectivamente, desde el comienzo del Gobierno de Perón se encararon obras de infraestructura asistencial, con una intensidad inusitada en relación a las construcciones realizadas en las dos décadas precedentes. Esas obras no sólo estaban dirigidas a establecimientos con internación, sino también a centros de salud ambulatorios, insertados en el corazón de los poblados. Pero las innovaciones en la tecnología constructiva incorporadas desde 1925, acompañaban a la vez a una marcada aceleración de los conocimientos médicos. Las técnicas quirúrgicas se habían depurado notablemente, con un particular avance en el cuidado de las condiciones de asepsia de los quirófanos, con lo que se modificó radicalmente el pronóstico de las intervenciones. Al término de la 2ª Guerra Mundial, las sulfamidas y la penicilina empezaban a ser incluidas entre los recursos terapéuticos corrientes. Por otra parte, las vacunaciones ya formaban parte de los instrumentos habituales de prevención con que contaban las autoridades sanitarias. En lo relativo a tecnología de diagnóstico, la radiología y los análisis bioquímicos apoyaban usualmente la práctica clínica.

En este panorama de adelantos tecnológicos, se produce la más formidable concentración de inversiones, bajo la conducción de un Ministro que, como se vio en el capítulo anterior, no sólo exhibía una inquebrantable capacidad de trabajo, sino que además orientaba el proceso de esas inversiones a través de la planificación y del marco teórico en que debían realizarse.

Características de la segunda generación

El objetivo principal de los hospitales de la 2ª generación era el de brindar una atención médica compleja, dentro del espectro de recursos diagnóstico-terapéuticos con que se contaba en ese momento, asistiendo en forma gratuita a toda la población que concurriera espontáneamente por motivos de enfermedad. Esto no implicaba que las acciones preventivas estuvieran excluidas de la práctica hospitalaria pero, en los planes de la organización gubernamental, las funciones de prevención estaban orientadas hacia los centros de salud. Este simple enunciado introduce algunos de los criterios que componían el programa médico de esos hospitales. De la función esencialmente pasiva de aislar a los enfermos, que predominaba en los hospitales de la 1ª generación, se pasaba ahora a un enfoque mucho más activo, estructurado sobre la base de una organización asistencial, que pivotaba alrededor de un cuerpo institucional de médicos. Como se muestra en el Capítulo 5, el Estado había ido interviniendo progresivamente en el manejo de los problemas sanitarios de la población y acrecentado la oferta de establecimientos destinados a actuar como efectores de los planes de Salud Pública.

Pese a que entre las décadas del 20 y el 40 se había avanzado mucho en lo referente a recursos tecnológicos complejos, esta complejidad distaba mucho de la concentración de prestaciones por cada día-cama de internación, propia de los modernos establecimientos asistenciales. De manera que el objetivo de estos hospitales, más que el de brindar una atención médica continuada, dado que no existían modalidades de atención del tipo de las actuales terapias intensivas, era el de mantener a los enfermos a disposición del cuerpo

médico, para su adecuado diagnóstico y tratamiento. Los pacientes se internaban para ser estudiados, para ser discutidos en juntas médicas o ateneos, para recibir tratamientos prolongados, para observar la evolución de su enfermedad y/o durante su convalecencia. Por consiguiente las hospitalizaciones eran prolongadas, promediando un tiempo de estadía intermedio, entre las que actualmente denominamos internaciones de agudos y de crónicos. Rara vez un paciente permanecía internado menos de una semana, incluso las parturientas. Un nacimiento por cesárea implicaba cerca de 2 semanas de internación y lo mismo una colecistectomía. Una internación por cáncer de pulmón requería al menos un mes para hacer el diagnóstico, discutirlo en ateneo y, si era quirúrgico, extirparlo. Los pacientes con lesiones tuberculosas no volvían a su domicilio hasta que se negativizaran sus cultivos y, si sus condiciones sociales eran precarias, permanecían internados hasta 6 meses.

En este acelerado proceso de adelanto tecnológico por el advenimiento de nuevos recursos de diagnóstico y tratamiento, el hospital adquiría características de organización asistencial compacta. Los que ahora designamos como servicios *intermedios* y *de apoyo*, empezaban a constituir piezas fundamentales de la estructura funcional y por ende se centralizaban en su conducción y administración. La administración central anexa a la Dirección reemplazaba a la secretaría del pabellón; los servicios centrales de mantenimiento y maestranza supervisaban las tareas de todo el personal afectado a estas tareas; aunque las enfermeras funcionaban en cada sala, un Departamento de Enfermería planificaba la distribución del personal y supervisaba su desempeño. El archivo central de historias clínicas procuraba desplazar la habitual tendencia de los servicios a apropiarse de la documentación de sus pacientes. El Laboratorio central y el servicio central de Radiología comenzaban a concentrar los recursos tecnológicos más avanzados y a aventajar a los servicios de las salas. Respecto a la atención ambulatoria, los consultorios externos se concentraban en un ámbito cercano al acceso del público. Por último, la Guardia de Emergencias adquiría el carácter de servicio especializado, para atender a los pacientes que asistían fuera de los horarios matutinos, efectuar las operaciones de urgencia o no programadas y utilizar el quirófano *sucio* para heridas contaminadas o traumáticas.

La centralización de servicios de los hospitales entre las dos generaciones, no estuvo exenta de conflictos ya que, fuera de la lógica del funcionamiento y optimización del uso de los recursos, implicaba resignar cuotas de poder por parte de los antiguos pabellones o salas. Los jefes de cada especialidad tenían ahora que coordinar con los servicios centrales, mientras que antes tenían dependencias descentralizadas bajo su control. En consecuencia, como remanente de la organización hospitalaria de la generación anterior, competían -a menudo en forma superpuesta- servicios centrales con servicios descentralizados. Así, el Archivo Central con historia clínica única competía con archivos autónomos de las salas, el Laboratorio central con pequeños laboratorios de sala, Radiología central con los aparatos de rayos X distribuidos en las salas y la oficina central de Admisión y Egresos con las secretarías de las salas. Esta conflictividad por espacios de autonomía, entre los servicios especializados hospitalarios, podría parecer de carácter anecdótico y transitorio. Sin embargo, en las expectativas implícitas de la mayoría de los jefes de servicio, se van a encontrar aún hoy aspiraciones por construir una suerte de instituto autónomo, en el interior de la organización del hospital. En algunos grandes hospitales, incluso, ciertos servicios cuentan con cooperadora propia o fundaciones para atender sus necesidades.

Junto a la diversificación organizativa del hospital, también se complicaban las funciones de sus recursos humanos y, las antiguas actividades auxiliares casi indiferenciadas, fueron adquiriendo perfiles propios con atribuciones y capacitación específicas. La enfermera consolidaba y acrecentaba su papel dentro de la estructura, continuando un proceso que ya ocurría en los hospitales más *modernos* de la 1ª generación. Asimismo se consolidaba la partera y aparecían la instrumentadora de quirófano, el kinesiólogo, el técnico radiólogo, el técnico de laboratorio, la visitadora social, la dietista y otros. Es probable que inicialmente, los técnicos auxiliares mencionados hayan tenido una formación empírica, a partir de personal administrativo o de enfermería asignado a esos servicios; la capacitación específica por medio de *tecnicaturas* recién aparecería más tarde. Los uniformes seguían siendo blancos en su gran mayoría, pero algunos innovadores introdujeron otros colores para diferenciar, por ejemplo, a la enfermera de quirófano de la instrumentadora. Del mismo modo, las damas voluntarias *ad honorem* solían vestir guardapolvos color rosa.

Un breve comentario sobre las visitadoras sociales. Conviene destacar que durante este período se formaron una gran cantidad de *visitadoras sociales*, cuyo nivel de calificación correspondía a estudios secundarios. Cumplían una tarea destacada y aún hoy necesaria, porque concurrían efectivamente al domicilio de los pacientes, y evaluaban las condiciones del grupo familiar *in situ*, cosa que las actuales *asistentes sociales* -con nivel de calificación universitario- suelen resistirse a hacer. Asimismo se incorporaban al complejo hospitalario los servicios odontológicos, las Farmacias y la Bioquímica especializada del Laboratorio central, de tal modo que los planteles profesionales se ampliaban con los respectivos odontólogos, farmacéuticos y bioquímicos, que hasta esa época se desempeñaban exclusivamente en forma privada y extra-hospitalaria. En síntesis, el hospital se había *profesionalizado* en todas sus áreas. Un hecho interesante es que, hasta que se organizó la carrera universitaria de Farmacia y Bioquímica, los encargados de laboratorio eran médicos dedicados a esta tarea y que, los profesionales de las primeras camadas, eran fármaco-bioquímicos. Por este motivo era frecuente en aquellos años, encontrar que los Laboratorios de Análisis Clínicos privados, estaban anexos a las Farmacias y pertenecían a un mismo dueño.

En una corriente de profesionalización como la descripta, agregaba un factor de contraste que un servicio -la Guardia- conservara el *amateurismo* de la generación anterior. En efecto, habitualmente los planteles estaban constituidos por estudiantes de Medicina adelantados, bajo la denominación general de *practicantes*. Y entre éstos existía una escala jerárquica: practicante *externo*²⁰, practicante *menor* y practicante *mayor*, lo cual constituía una línea de adiestramiento informal, complementaria de la educación sistemática que proporcionaban las facultades. Por este camino los estudiantes aprendían procedimientos, que en general las facultades no enseñaban: inyecciones, curaciones, sutura de heridas, pequeñas cirugías, anestias superficiales y tratamientos sintomáticos de dolencias menores. Todas las Guardias, sin embargo, contaban con uno o más médicos -los *internos*-, que actuaban como profesionales de segunda instancia. En realidad, en la organización del hospital la función esencial de la Guardia, era la de actuar como servicio de admisión fuera del horario convencional de atención matutina; las que actualmente consideramos emergencias graves, en aquel momento eran a menudo casos perdidos, ya que no existía una modalidad de atención equivalente a la de las Terapias Intensivas.

El personal técnico y profesional, excepto los practicantes de Guardia y los médicos concurrentes, pasaron a revistar en calidad de asalariados. Sin embargo, los planteles médicos remunerados fueron siempre escasos y una buena parte de los profesionales concurrían en forma honoraria. Aquellos hospitales eran totalmente gratuitos y abiertos a toda la población, de tal modo que no facturaban sus servicios en ningún caso, ni cobraban arancel alguno por las tareas que realizaban. Incluso los medicamentos, mientras estuvieron bien sustentados por los respectivos presupuestos, eran provistos en forma gratuita. Por consiguiente, todos los recursos financieros del hospital provenían del presupuesto del Ministerio de Salud de la jurisdicción de la cual dependían. Dado que muchos establecimientos dependían de la jurisdicción nacional, aunque estuvieran emplazados en provincias distantes de la Capital, los trámites administrativos de provisión de insumos por licitación, con frecuencia resultaban excesivamente lentos y las provisiones llegaban tardíamente²¹ (Carrillo, 1974).

A menudo recibían subsidios y donaciones, ya sea de la Fundación Eva Perón, de otras entidades benéficas o de organismos del Estado. Asimismo, funcionaban en todos los hospitales las cooperadoras, procurando la adhesión voluntaria de los usuarios a través de bonos-contribución. Sin embargo, aunque estos aportes eran voluntarios, ejercían cierto grado de presión sobre los pacientes, aún los de escasos recursos. Este fenómeno no es exclusivo de esa época; acompañó la evolución de los hospitales a lo largo de su historia moderna y aún persiste. Es funcional a la operatoria presupuestaria del hospital, ya que permite a los directivos adquirir bienes de consumo y equipamiento que, si los compraran empleando la vía administrativa convencional, tardarían mucho tiempo en recibir, dado que deberían contar con la conformidad de los funcionarios superiores y la afectación de las correspondientes partidas.

²⁰ Un hecho del lenguaje coloquial, es que a los practicantes *externos* se los llamaba "perros", lo que parece remedar cierta jerga de las guardias *imaginarias* militares. En realidad, solía haber un trato autoritario de los médicos y practicantes de mayor jerarquía hacia los recién llegados.

²¹ Algunos de estos hechos fueron mencionados por Carrillo en la introducción de su *Teoría del hospital*, pero fueron reiterados en diversos discursos, recopilados en sus libros *Política Sanitaria Argentina* (2 tomos, 1951) y *Contribuciones al conocimiento sanitario* (EUdeBA, 1974). Por otra parte, el autor recogió múltiples testimonios orales de profesionales, que vivieron personalmente esos momentos de transición en la organización hospitalaria.

Tal como se señaló en el Capítulo 5, durante esta etapa se acrecentó la oferta de camas hospitalarias, esencialmente por iniciativa del Estado nacional. Aunque los hospitales estaban abiertos a toda la población -no sólo a los de escasos recursos- de modo totalmente gratuito, en la cultura corriente de los trabajadores se evitaba depender del hospital público. Ya vimos en el capítulo anterior que este sentimiento era admitido por el Ministro Carrillo y, que el mismo Perón alentaba que los trabajadores tuvieran sus propios establecimientos dentro de las mutuales. Sin embargo, en los planes del Ministerio la oferta de camas públicas debía alcanzar hasta cubrir totalmente las necesidades de la población. Carrillo había establecido una meta de una cama cada 100 habitantes, proporción que parece hoy excesiva, aún teniendo en cuenta la mayor extensión de los plazos de estadía de entonces²². Así como estaban abiertos a toda la población, no existía una delimitación clara de su área de influencia, o área programática, como hoy la denominamos (Molinero, 1979).

La construcción de establecimientos hospitalarios fue intensiva. Más de la mitad de las camas existentes en la actualidad, pertenecientes a todas las jurisdicciones estatales, se deben a iniciativas de ese período. Resultaría tedioso intercalar en este texto la gran cantidad de establecimientos y de acciones educativas realizadas durante la gestión de Carrillo. Por consiguiente, en el Apéndice de este capítulo se presentará en forma cronológica, el listado detallado de las inversiones realizadas entre 1946 y 1953 (Alzugaray, 1977 y 1988). Sólo se presentará en este punto los datos cuantitativos sobre la magnitud de estas inversiones en términos de establecimientos y camas (Cuadro N° 6.1).

Cuadro N° 6.1: Cantidad de establecimientos y camas creados al 31 de diciembre de 1953.

Jurisdicción	Nosocomios	Camas
Capital Federal	507	31.777
Buenos Aires	1.049	41.432
Catamarca	77	917
Córdoba	531	14.936
Corrientes	109	2.763
Entre Ríos	150	6.200
La Pampa	42	1.003
Jujuy	163	1.561
La Rioja	84	638
Mendoza	170	4.318
Chaco	73	1.442
Salta	156	2.422
San Juan	56	1.388
San Luis	92	790
Santa Fe	449	10.681
Santiago del Estero	122	1.185
Tucumán	171	3.567
Comodoro Rivadavia	19	385
Chubut	31	369
Formosa	21	219
Misiones	59	722
Neuquén	23	444
Río Negro	32	611
Santa Cruz	16	160
Tierra del Fuego	7	50
Total	4.229	130.180

Fuente: Alzugaray, 1988: tomo 2, 231.

²² La meta de Carrillo de 1 cama cada 100 habitantes, seguramente estaba influenciada por la proporción que establecía el NHS británico, como veremos en el Capítulo 7. Acostumbraba a tomar las referencias de otros países, para proponer las metas propias, como hizo por ejemplo, con los consumos esperados de los distintos alimentos por habitante/año, comparándolos con los de EE.UU., cuya alimentación corriente no constituiría hoy precisamente un ejemplo a emular.

Como ejemplo emblemático de la arquitectura del momento y de la visión de Carrillo sobre la *ciudad-hospital*, deben citarse en el Gran Buenos Aires los policlínicos gemelos de los partidos de Avellaneda, Lanús y San Martín. Debe tenerse en cuenta que en ese momento, respondiendo a la concepción con que según Carrillo debían emplazarse los grandes hospitales, esos establecimientos estaban ubicados en la periferia de las áreas pobladas, aunque hoy hayan sido absorbidos por la irrefrenable expansión urbana del Área Metropolitana. Como tantos otros, su construcción fue financiada por la Fundación Eva Perón.

También conviene destacar aquí, a otros hospitales típicos de la 2ª generación, pero que corresponden a iniciativas anteriores al gobierno peronista. Por ejemplo, el Hospital Central de Mendoza y los Hospitales Juan R. Fernández y Cosme Argerich de la Ciudad de Buenos Aires. Un caso particular es el del Hospital de Clínicas José de San Martín, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires (UBA). Curiosamente, su creación fue propuesta al Congreso Nacional por el Diputado Eliseo Cantón en 1906, con una dotación de 1.500 camas, unos 25 años después de la inauguración del *viejo* Hospital de Clínicas, en tiempos de la 1ª generación (Cantón, 1921: tomo 4, 593). Su construcción se inició a fines de la década del 50, con un diseño arquitectónico de gran magnitud, típico de los hospitales de la 2ª generación. La enorme inversión que implicaba y las dificultades para completarla, determinaron que recién se habilitara en 1970 mediante un crédito del BID, coincidiendo con la etapa que aquí caracterizaremos como de la 3ª generación (Arce, 1987; Arce-Roncoroni, 1987). Actualmente tiene serios problemas de funcionamiento, ya que insume alrededor del 20 % del presupuesto de la UBA; la mayor parte de sus ascensores no funcionan -para un edificio de más de 10 pisos- y las camas habilitadas son menos de 300. El viejo Hospital de Clínicas fue demolido en 1971²³.

En términos espaciales los hospitales de este período se extendían en altura en general, como las construcciones de la época. Arquitectónicamente respondían al modelo de *edificio vertical* o de *monobloque en peine*, es decir, una nave central a cuyos lados se ubicaban transversalmente las salas -como *dientes* de un peine- y esta matriz básica se repetía en varios pisos. Cada uno de estos *peines* transversales alojaba unidades de 30 a 40 camas compartimentadas en habitaciones de 2 a 12 camas; son las salas o *pisos* de la jerga hospitalaria, que pasaron a constituir ahora la unidad funcional principal del establecimiento, como anteriormente lo fue el pabellón. Estas camas estaban distribuidas en las especialidades básicas de Toco-Ginecología, Pediatría, Cirugía y Clínica Médica, y a su vez, éstas podían diferenciarse en subespecialidades como Cardiología, Gastroenterología, Traumatología, etc. Respetando la matriz básica mencionada, la altura de cada nosocomio dependía del tamaño previsto, de su complejidad y de su ubicación geográfica. En realidad, desde el punto de vista de la planta física, entre la distribución de la 1ª y la de la 2ª generación se había introducido un único cambio, pero substancial: los pabellones aislados por jardines habían sido unidos por una nave central. Es decir, las unidades semi-autónomas de los pabellones, se habían limitado ahora a la función asistencial y compartían los servicios intermedios y de apoyo. El gráfico siguiente esquematiza esa evolución en la planta física hospitalaria.

Gráfico Nº 6.1: **Patrones comparados de plantas físicas de 2 generaciones de hospitales.**



²³ El predio está ubicado frente al actual Hospital de Clínicas y las Facultades de Ciencias Médicas y de Ciencias Económicas de la UBA. Fue transformado en una plaza (entre Av. Córdoba, Uriburu, Paraguay y Junín) y sólo se conservó la capilla del viejo hospital. Las autoridades militares del momento, preocupadas por las frecuentes movilizaciones estudiantiles, aprobaron un extraño diseño de la plaza -con exceso de cemento y escasos canchales verdes- tendiente a obstaculizar los desplazamientos de manifestaciones masivas.

Conviene recordar las diversas denominaciones asignadas al hospital de 2ª generación por los diferentes autores. García Díaz lo caracterizaba como hospital *abierto*, aludiendo a su naturaleza pública, para diferenciarlo del hospital de *beneficencia* destinado a menesterosos (García D., 1983). En cambio, Vera Ocampo y Quaglia lo identificaban como hospital de la *enfermedad*, con el fin de diferenciarlo del hospital de la *salud* de la 3ª generación, haciendo hincapié en que atendían a la población enferma que acudía espontáneamente o por derivación (Vera O.-Quaglia, 1984). Carrillo, por su parte, hablaba de una estructura asistencial basada en dos grandes tipos complementarios de instituciones: el *centro de salud* y la *ciudad-hospital*. El primero era ambulatorio, estaba geográficamente dentro de comunidad, muy accesible y con amplio desarrollo de actividades preventivas, educativas y profilácticas. El segundo estaba destinado a las internaciones, a enfermos derivados desde los centros de salud periféricos, estaba geográficamente ubicado en áreas suburbanas y podía o no tener consultorios externos (Carrillo-a, 1974: 329-403). Como se ve, la misión del *centro de salud* de Carrillo, se parecía bastante a la puerta de entrada de la actual *estrategia de Atención Primaria de la Salud* (APS), promovida por la Organización Mundial de la Salud desde 1978 (OMS, 1978). En base a esta concepción, el hospital de este período se proyectaba generalmente sin consultorios externos. De modo que será frecuente encontrar que las instalaciones de los consultorios, aparecen como adaptaciones posteriores al proyecto original, naturalmente a expensas del confort de los ambientes y la funcionalidad de los espacios.

El marco teórico de los establecimientos de este período

La formidable expansión de la capacidad instalada asistencial que se produjo durante la década peronista, no fue producto de una espontánea explosión de iniciativas, sino que estaban encuadradas por un marco teórico, a través del cual Carrillo procuraba dotar a los servicios del sistema de salud de un ordenamiento sistemático y racional. Debe recordarse que también los hospitales de la 1ª generación, se basaban en una teoría sólidamente fundada, conocida como *pabellón de planta francesa*. Por consiguiente, Carrillo se proponía replantear el concepto de hospital y centro de salud, a partir de una nueva visión general sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, así como de un nuevo ordenamiento de la organización de la Salud Pública (revisados en el Capítulo 5). Las ideas sobre el desarrollo de la infraestructura hospitalaria, fueron volcadas en su libro *Teoría del Hospital* (Carrillo-b, 1974). Los dos instrumentos básicos de la organización sanitaria -el centro de salud y el hospital- eran a su vez, según su enfoque, los ejes de ejecución de otros dos componentes de la Salud Pública: desde el centro de salud se articulaban las acciones asistenciales, profilácticas y sociales; el hospital era el principal ejecutor de la Medicina Asistencial.

Veamos las funciones asignadas a los centros de salud y los atributos con que los definía: “es la institución que integra la asistencia médico-ambulatoria, médico-sanitaria y médico-social, que actúa sobre el individuo y su familia, su medioambiente biológico, bio-fisiológico y social, con el objeto de habilitarlos física, intelectual y moralmente frente a las contingencias posibles o actuales de la enfermedad, todo dentro de un radio y núcleo determinado de población”. Es decir, que era el efector del Sistema de Salud integrado en la comunidad, en el que convergían todos los componentes del sistema para actuar sobre el individuo y su familia. En función de la magnitud de la población que tenían bajo su responsabilidad, identificaba 6 tipos de centros de salud con características claramente definidas.

De acuerdo a su planificación preliminar, los diversos tipos debían tener los siguientes recursos (Carrillo, 2004: 56-69):

- Tipo 1. Constituido por un médico, un enfermero, una visitadora social y un empleado administrativo-estadígrafo. Unidad sanitaria mínima para cumplir el contralor sanitario de una población de 1.000 a 2.000 habitantes.
- Tipo 2. Constituido por un médico sanitario y uno asistencial, 2 visitadoras sociales, 2 enfermeros, un estadígrafo y un empleado administrativo. Podía abarcar una población de 2.000 a 10.000 habitantes.
- Tipo 3. Debía contar con un médico sanitario para enfermedades infecciosas y profilaxis vacunatoria, un médico asistencial para la atención ambulatoria y un médico higienista para orientar los problemas sociales y de higiene pública. Además, una farmacia básica, 4

- enfermeros, 4 visitadoras sociales, 2 estadígrafos y 2 empleados administrativos. Tenía un área de influencia de 10.000 a 20.000 personas.
- Tipo 4. Debía contar con radiología, laboratorio y farmacia. Cubría una población de 20.000 a 40.000 habitantes. Estaba integrado por 3 secciones.
 - o Medicina asistencial: un jefe, 2 médicos generalistas y una sala de enfermería.
 - o Medicina Sanitaria: un jefe y 2 médicos para tuberculosis, venéreas e higiene social.
 - o Medicina Social: un jefe higienista, sub-secciones de educación sanitaria, higiene pública y laboral, 6 a 8 visitadoras sociales, sector de estudios epidemiológicos y demográficos.
 - Tipo 5. Similares componentes que los del tipo anterior, claramente delimitados. Además, secciones de higiene social, epidemiología y endemias, maternidad e infancia, medicina escolar y laboral. Un departamento de salud mental con psiquiatra, psicólogos y sociólogos. Servicio de asistencia social, catastro radiológico, coordinación y transporte. Estaba destinado a poblaciones de 40.000 a 50.000 habitantes.
 - Tipo 6. Debía contar con todos los componentes del tipo anterior, con mayor organicidad en sectores claramente diferenciados. Debían estar representados todos los programas técnicos del Ministerio, incluyendo los administrativos, así como auditorías técnicas y administrativas. Abarcaba poblaciones de 50.000 a 70.000 personas.

En esta sintética caracterización de los centros de salud, puede apreciarse la importancia que asignaba Carrillo a los aspectos sanitarios y sociales. Todos prevén apoyo estadístico, epidemiológico, acciones de higiene comunitaria, prevención de enfermedades transmisibles y visitadoras sociales. Es evidente que no limitaba la misión del centro de salud al 1^{er} nivel de atención, sino que le atribuía un papel mucho más activo de profilaxis, prevención e inserción comunitaria. Puede observarse también la importancia que asignaba a la dotación de *visitadoras sociales* ya que, no sólo el centro de salud debía estar inserto en la comunidad, además la población correspondiente debía ser visitada en su domicilio.

La otra gran vertiente en materia de establecimientos, es la referente a los hospitales propiamente dichos. Excedería largamente el alcance de este capítulo, resumir todos los conceptos volcados en su *Teoría del Hospital*. En consecuencia, se procurará rescatar algunos conceptos, con el fin de mostrar el enfoque con que abordaba, la que él consideraba una etapa liminar en la evolución de los hospitales²⁴.

Sus primeras observaciones se referían a los hospitales rurales de 14 y 18 camas que, tras un análisis técnico-administrativo, evidenciaban requerir tanto presupuesto e infraestructura de apoyo, como los necesarios para atender 30 camas. Incluso el espacio necesario 32 m² por cama, no variaba mucho al pasar a 30 camas. Partiendo entonces de que el prototipo hospitalario mínimo debía ser de 30 camas, planteaba que la planta física debía tener la forma de una U, con una dotación de 2 médicos, 4 enfermeras y personal de maestranza, con lo que se obtenía la más óptima relación costo/rendimiento. En base a la unidad de eficiencia óptima de 30 camas, los establecimientos de mayores dimensiones debían ser múltiplos de 30: 60, 90, 120, etc., hasta 480 camas, para hospitales generales de agudos o policlínicos. De la forma de inicial de U, se podía pasar a formato de H, en *peine* o en *cruz*. En cambio, para los hospitales de crónicos la unidad mínima debía ser de 120 camas.

El análisis del concepto de hospital lo divide en dos grandes aspectos: las leyes morfológicas, o *Estática del Hospital*, y las leyes funcionales, o *Dinámica del Hospital*. Respecto a la Estática del Hospital, formula 6 leyes referentes a la magnitud y la distribución de los espacios físicos.

- 1ª regla. Debe calcularse un terreno de una hectárea (ha) cada 30 camas en hospitales para agudos y una cada 15 camas en los hospitales de crónicos. Esta norma preveía espacio para futuras ampliaciones, sin excluir los espacios verdes. Los hospitales de agudos debían estar ubicados en zonas suburbanas y los de crónicos en zonas rurales, aunque bien provistos de infraestructura de servicios. El consumo de agua se estimaba en 750 litros por día-cama.
- 2ª regla. A medida que el emplazamiento de los hospitales se trasladaba de la periferia al centro de las ciudades, debía calcularse una superficie menor por cada cama, pero sin

²⁴ De los diversos resúmenes encontrados sobre los postulados teóricos de Carrillo en lo referente a hospitales, la de Alzugaray es a la vez fidedigna y expone sintéticamente sus extensos fundamentos técnicos. Por consiguiente, la síntesis presentada aquí se basa preferentemente en el autor citado (Alzugaray, 1988: 208-218).

reducirla nunca a menos de la mitad, es decir, 1 ha cada 60 camas de agudos. En el caso de los hospitales de crónicos la pendiente era inversa: a medida que se alejaban de los suburbios hacia las áreas rurales, debía aumentarse la superficie en 5 ha cada 15 camas por cada 5 Km de alejamiento.

- 3ª regla. Cada hospital debía tener 4 sectores básicos:
 - o Servicios Externos: administración, consultorios externos, laboratorio, radiología y farmacia (los 3 últimos los denomina servicios intermedios A).
 - o Servicios Internos: salas de internación y aislamiento, área quirúrgica, comedor, departamento de médicos internos, biblioteca, sala de estar, etc. (los 4 últimos los denomina servicios intermedios B).
 - o Servicios Generales: maestranza, lavadero, usina, talleres, garage, tanque de agua, morgue, servicios sanitarios, etc.
 - o Servicios Anexos: viviendas del personal estable y del director, hogar de enfermeras, caminos, teléfonos y medios de comunicación, ambulancias y transportes.
- 4ª regla. La forma del hospital podía ser variable -en U, en H, en peine o en cruz- en tanto se respetara la presencia de los 4 sectores nombrados y, el diseño arquitectónico previera su ulterior crecimiento y la diferenciación de los servicios.
- 5ª regla. Los sectores debían guardar determinadas proporciones de la superficie total, dentro de ciertos límites aproximados, según su naturaleza: los servicios intermedios debían ocupar del 60 al 75 %, y los servicios externos del 10 al 18 %; los servicios generales del 15 al 22 %. La magnitud de los servicios anexos dependería de que el hospital fuera rural, urbano o suburbano.
- 6ª regla. Los sectores no debían imbricarse entre sí. Si este aspecto no era tenido en cuenta por los arquitectos, podrían entrecruzarse las circulaciones de público, pacientes, médicos, enfermeras, camillas, operarios, proveedores, carros de curaciones, etc., entorpeciendo los desplazamientos y comprometiendo la higiene del hospital.

Respecto a la Dinámica del Hospital, formulaba un conjunto de leyes, tendientes a favorecer el normal desenvolvimiento de los sectores técnicos y administrativos. Conviene sintetizarlas tal como fueron enunciadas, aunque actualizando algunas denominaciones, ya que muchos aspectos conservan su vigencia y permiten comprender los criterios empleados en la organización de los hospitales construidos en esa época.

1. Ley de la independencia funcional de los sectores. Cada sector debe ser una unidad funcional con acceso propio, evacuación y circulación, sin interferencia o proximidad con otros sectores.
2. Ley cualitativa de la circulación interna. La naturaleza de los objetos y personas que circulan por cada sector deben considerarse incompatibles, por lo que no puede haber cruces entre ellos. Los cruces sólo pueden ser para elementos de una misma naturaleza.
3. Ley cuantitativa de la circulación interna. La mayor densidad circulatoria durante mayor tiempo se produce en los servicios externos, cuya circulación no está regulada, y puede estimarse en el orden de 5 personas por cama. En los servicios internos circulan 0,25 personas por cama, que aumentan a 3 personas por cama en horarios de visita. En un hospital general de agudos circulan alrededor de 0,25 empleados por cama; a éstos deben sumarse 8 personas más entre visitas, proveedores y otros. Los servicios externos, que tienen la mayor movilidad, deben estar aislados del resto, con fácil acceso y evacuación, en planta baja y cerca de la puerta principal.
4. Ley del tránsito horizontal. Debe procurarse el tránsito horizontal y evitar las circulaciones verticales, salvo en los centros urbanos.
5. Ley del circuito cerrado. El tránsito del área quirúrgica y de los equipos radiológicos debe ser un circuito cerrado, con un único acceso.
6. Ley de la economía funcional de la construcción. La economía del hospital depende de las respectivas economías de espacio, materiales, personal y tiempo, con el fin de lograr un prototipo óptimo para el máximo rendimiento.
7. Ley de la unidad funcional. El hospital debe considerarse un conjunto de *unidades funcionales de asistencia o servicios*. Éstos están integrados por un grupo de enfermos diferenciados o no, una planta física, un equipo de personal con su jefe, un funcionamiento semi-autónomo, cierta dotación de materiales y gastos fijos.

A estas leyes de la Dinámica del Hospital, Carrillo agregaba otras dos, agrupadas bajo el concepto de *Genealogía del Hospital*. Conviene reseñarlas porque permiten completar su visión general sobre la evolución hospitalaria.

1. Ley de previsión hospitalaria. Todo hospital debe ser concebido y construido, de modo que pueda crecer como un árbol, armónica y proporcionalmente al crecimiento y necesidades de la población circundante.
2. Ley de descendencia genealógica de los prototipos. Los prototipos hospitalarios deben derivar unos de otros, desde formas más pequeñas y simples, hasta las formas más grandes y complejas, por medio de un crecimiento lógico y orgánico. Es decir, la unidad mínima de 30 camas debería tener forma de U, evolucionando hacia la forma en H y luego en sucesivos peines, a medida que se incorporan nuevas unidades de 30 camas.

Esta sintética descripción de los criterios con que Carrillo fundamentaba la arquitectura y la administración, que debían tener los nuevos emprendimientos hospitalarios, muestran que percibía que la Salud Pública entraba en una nueva época. A menudo acompañaba sus textos con ingeniosos neologismos, que hoy han sido reemplazados o desechados, pero esbozaba con propiedad una novedosa concepción, que se proponía revisar todo lo que hasta ese momento era considerado apropiado en el diseño y el funcionamiento asistencial (Carrillo, 1951).

A modo de síntesis

El impacto de la 2ª Guerra Mundial y la catástrofe económico-social provocada, fueron tan dramáticos que determinaron un punto histórico de inflexión en el campo de los servicios sociales. A partir del término de la Guerra se replantearon los sistemas de salud, en la mayor parte de los países, y se reorganizaron las relaciones políticas y económicas internacionales de acuerdo a los resultados de la conflagración.

En la Argentina ese punto de inflexión, determinado por las circunstancias posteriores a la Guerra, fue coincidente con la década gobernada por el peronismo y tuvo una especial repercusión, debido a los aportes teóricos y ejecutivos del Ministro de Salud. Ambos planos de análisis -el internacional y el nacional- muestran una tendencia significativa, que repercutirá posteriormente en el modelo de *Estado de Bienestar*, de los países europeos (ver Capítulo 8), y en el modelo de *regulación descentralizada*, que se configuró en la Argentina (ver Capítulo 9).

En el curso de la transición descrita, se llevó a cabo en nuestro país la más importante inversión en infraestructura asistencial de la historia del Sistema de Salud. En el ámbito de la organización sanitaria, las características de esa etapa del Gobierno nacional, así como la influencia de los modelos predominantes en el mundo, condicionaron un período de características particulares, que se diferenció claramente de la configuración predominante del Sector Salud, antes y después de ese período.

Apéndice del Capítulo 6

Inversiones hospitalarias y educativas realizadas durante la gestión de Ramón Carrillo.

Año	Inversiones	Inversiones
1946	- Río Cuarto (Córdoba) - Ojo del Agua (Santiago del Estero) - Hospital de Roque Sáenz Peña (Chaco) - Hospital de Jobson-Vera (Santa Fe) - Hospital de Pinto (Santiago del Estero) - Hospital de Puerto Iguazú (Misiones) - Hospital de Chos Malal (Neuquén) - Hospital de Valcheta (Río Negro) - Hospital de Cruz del Eje (Córdoba) - Pabellón de Infecciosas en el Hospital de Santa Rosa (La Pampa) - Nuevo pabellón en la Colonia de	- Hospital de Gonzales Chaves (Buenos Aires) - Sociedad de Bomberos Voluntarios de Lomas de Zamora (Buenos Aires) - Hospital de Concepción del Uruguay (Entre Ríos) - Centro Materno-Infantil de Aimogasta (La Rioja) - Centro Materno-Infantil de La Rioja - Hospitales de Allen, General Conesa y Guardia Mitre (Río Negro) - Hospital de Ushuaia (Tierra del Fuego)

	- Alienados de <i>Open Door</i> (Buenos Aires) - Puestos Sanitarios de Cerro Azul, Cerro Corá y Campo Viera (Misiones) - Institutos de Gastroenterología, Hemoterapia y Dermatología (Capital Federal) - Instituto de Odontología Infantil de Rosario (Santa Fe) - Servicios Odontológicos en Instituto de Alergia (Capital Federal) - Dispensario de Vías Respiratorias, Zona Este (Capital Federal) - Centro de Salud de Berisso (Buenos Aires) - Hospital Dubarry de Mercedes (Buenos Aires) - Centro de Salud de Azul (Buenos Aires) - Centro de Salud de Chilecito (La Rioja)	- Centro de Higiene Social de Avellaneda (Buenos Aires) - Centro Materno-Infantil de Mercedes (Corrientes) - Centro de Salud de Santo Tomé (Corrientes) - Centro de Salud Materno-Infantil de Santiago del Estero - Centro Infantil de Mendoza - Centro Materno-Infantil de Zapala (Neuquén) - Oftalmología y Tracoma en Hospital de Río Cuarto (Córdoba) - Hospital de Quequén (Buenos Aires) - Hospital de Rafaela (Santa Fe) - Asistencia Pública de Resistencia (Chaco)
1947	- Hospital de Tartagal (Salta) - Hospital de Quequén (Buenos Aires) - Hospital de Clorinda (Formosa) - Hospital Ángela Iglesia de Llano (Corrientes) - Pabellón para Laboratorio y Consultorios Externos en Hospital de General Güemes (Salta) - Pabellones para Maternidad, Infecciosos y Consultorios Externos en Hospital de Resistencia (Chaco) - Pabellón para Infecciosos en Hospital de Río Gallegos (Santa Cruz)	- Pabellón para Niños y Consultorios Externos en Hospital de Rafaela (Santa Fe) - Pabellón para Consultorios Externos en Hospital de Concepción del Uruguay (Entre Ríos) - Pabellón para Maternidad y Servicios Especializados en Asistencia Pública de Resistencia (Chaco) - Pabellón para Consultorios Externos, Farmacia y Laboratorio en Hospital de Allen (Río Negro) - Hospital de Río Grande (Tierra del Fuego)
1948	- Leprosario de Diamante (Entre Ríos) - Hospital de Ibarreta (Formosa) - Hospitales de Villa Berthet, Charaday, Machaday, Taco Pozo, Pampa del Infierno, Presidente Roca, Basail, Colonia Castelli, y Quitilipi (Chaco) - Hospitales de Oberá y Puerto Rico (Misiones) - Hospitales de Quemú-Quemú, Rolón, Calefú, Eduardo Castex, Catriló, La Maruja, Ingeniero Luiggi y Telén (La Pampa) - Hospitales de Loncopué, Bata, Ranquío, Cutralcó, Picún-Leufú y Colonia Centenario (Neuquén) - Hospitales de Comillo, Sierra Colorada, Cipolletti e Ing. Huergo (Río Negro) - Servicios Central de Sangre y Oncología en Hospital de Río Cuarto (Córdoba) - Instituto de Hemoterapia (Córdoba) - Centro Sanitario de Tucumán	- Servicio Odontológico en Institutos de Reconocimientos Médicos e Higiotécnicos (Capital Federal) - Instituto Central de Cardiología (Capital Federal) - Institutos Regionales de Oncología en Tucumán, Santa Fe y Santiago del Estero - Unidad Sanitaria de Villa Lugano (Capital Federal) - Centro de Vías Respiratorias (Córdoba) - Dispensario Dermatológico de Concordia (Entre Ríos) - 34 Centros Materno-Infantiles en el interior del país - Servicio de Psiquiatría Infantil y Laboratorio de Electroencefalografía en Hospital de las Mercedes (Capital Federal) - Centro Cardiológico de Mercedes (Buenos Aires)
1949	- Hospital en San Vicente (Buenos Aires) - Hospital Tisiológico en Villaguay (Entre Ríos) - Hospital en Ing. Jacobacci (Río Negro)	- Nuevos pabellones en Colonias Neuropsiquiátricas de <i>Open Door</i> y Torres (Buenos Aires) y Oliva (Córdoba) - Instituto Neuropsiquiátrico de Norte

	- Hospital de Apóstoles (Misiones, nacionalizado) - Hospital de El Dorado (Misiones) - Hospital de Río Grande (Tierra del Fuego) - Hospitales de Comodoro Rivadavia, Puerto Deseado, Lago Buenos Aires, Río Mayo, Río Senguel, Colonia Las Heras, Caleta Olivia y Sarmiento (transferidos por Gobernación Militar de Comodoro Rivadavia) - Centro Cardiológico de Santiago del Estero - 20 Centros Materno-Infantiles en diversas localidades del interior	(Salta) - Hospital "Beato Roque González" (Capital Federal - expropiación a la Sociedad San Vicente de Paul) - Hospital de Victoria (La Pampa) - Servicio Central de Hemoterapia (Catamarca) - 50 Puestos Sanitarios en Jujuy, la mayoría cercanos a la frontera con Bolivia - Centro Sanitario de Salta - Instituto de Hemoterapia Mesopotámico de Concepción del Uruguay (Entre Ríos) - Instituto de Cardiología de Rosario (Santa Fe)
1950	- Hospital de Esperanza y San Cristóbal (Santa Fe, nacionalizado) - Hospital San Juan Bautista (Catamarca, nacionalizado) - Hospital de Comandante Piedrabuena (Santa Cruz) - Colonia de Alienados de Guaymallén (Mendoza, parcial) - Nuevas obras en Colonia Neuropsiquiátrica de Oliva (Córdoba) - Servicio Nacional de Quemados y Brigada de Emergencias - Guardia Central Sanitaria - Servicio Central de Playas (Vicente López, Buenos Aires) - Centro de Salud de Mataderos (ex Hospital de Tuberculosos, Capital Federal) - Centros de Higiene Social de Ibarreña (Formosa) y Río Cuarto (Córdoba) - Centro Psiquiátrico de Río Cuarto (Córdoba) - Servicio Médico del Sindicato de Obreros Curtidores y Peladores de Cueros Laneros de Avellaneda (Buenos Aires)	- Servicio Nacional de Hemoplasmodioterapia - Centro de Bronco-esofagología de Urgencia (Capital Federal) - Servicio de Traumatología y Ortopedia en Colonia de Retardados de Torres (Buenos Aires) - Servicio Médico de la Confederación Argentina de Deportes (Capital Federal) - Servicios de Recuperación y Reintegración Psico-física en Colonias de Neuropsiquiatría de <i>Open Door</i> y Torres (Buenos Aires) y Oliva (Córdoba) - Centro de Salud de la ciudad de Santa Fe - Centro Sanitario de la ciudad de San Juan - Centro Sanitario de Mendoza - Instituto de Asistencia Médico-Climática Hidrotermal (Capital Federal) - Centro Sanitario de Salta - Centro Sanitario de Jujuy - Servicio de Psicometría en Hospital Nacional de Neuropsiquiatría - Farmacia Central de Salud Pública - Instituto de Prevención y Profilaxis de la Sordera
1951	- Hospitales (nacionalizados) de Bella Vista (Corrientes), General Pico (La Pampa), Junín (Buenos Aires), El Maitén y Paso de Indios (Chubut), Concepción de la Sierra, Bonpland y en Monte Carlo (Misiones) - Obras en Hospital de Neuropsiquiatría (Capital Federal) y en Colonias de <i>Open Door</i>, Torres, Oliva y Guaymallén. - Centro Sanitario de Rosario (Santa Fe) - Instituto de Terapéutica Inhalatoria y Profilaxis Toxicológica (Capital Federal) - Servicios de Neurocirugía en Colonias Neuropsiquiátricas de <i>Open Door</i> y Torres (Buenos Aires) y Oliva (Córdoba) - Servicio de Traumatología y Ortopedia	- Laboratorio de Anatomía Patológica en la Colonia Neuropsiquiátrica de <i>Open Door</i> - Servicio de Gastroenterología en Hospital de Posadas (Misiones) - Centro Sanitario de la ciudad de Corrientes - Centro Sanitario del Chubut Oeste - Centro Sanitario de La Rioja - Centro Sanitario de Santiago del Estero - Centro Sanitario de Catamarca - Centro Sanitario de Paraná (Entre Ríos) - 10 Unidades Odontológicas en barrios de la Capital Federal - Instituto de Hemoterapia del Litoral (Rosario, Santa Fe)

	- en el Hospital Nacional de Neuropsiquiatría - Puesto Sanitario de Colonia 25 de Mayo (La Pampa) - Instituto Médico de Paidofrenia - Centro Sanitario de Formosa	- Sanatorio para el Personal de Salud Pública de la Nación (Capital Federal) - Consultorio en Bahía Margarita, Base Gral. San Martín (Antártida Argentina)
1952	- Reserva de Sangre "Eva Perón" (sangre donada por personal del Ferrocarril Nacional Gral. Manuel Belgrano) - Servicio de Transfusión de Sangre y Hemoterapia de Mercedes (Buenos Aires) - Hospital Rural de Monte Buey (Córdoba) - Centro de Salud "Eva Perón" de Jaime Prats (Mendoza)	- Estación Médico-Sanitaria del Barrio Lacarra (Capital Federal) - Centro de Salud de Puerto Nuevo (Capital Federal) - Laboratorio Sanitario de Zona en Departamento de Higiene Experimental de la Facultad de Higiene de Santa Fe
1953	- Laboratorio Sanitario de Zona (Córdoba) - Comisión Permanente de Reglamento Alimentario - Filiales del Servicio Nacional de Extensión Hospitalaria en Centros de Salud de Villa Soldati (Capital Federal), Gualeguaychú (Entre Ríos), San Luis, Rosario y Santa Fe - Comisión para la Lucha Antihidatídica (Tierra del Fuego) - Administración Zonal de Concepción del Uruguay (Entre Ríos) - Escuela de Enfermeras y Visitadoras Sanitarias de Resistencia (Chaco) - Escuelas de Enfermería en todos los Hospitales de Salud Pública (nacionales) - Servicio de Gastroenterología en Instituto Nacional de la Nutrición (Capital Federal) - Cursos de Reumatología en Departamento de Enseñanza Técnica e Investigación Científica (Capital Federal) - Servicio de Psicocirugía en Colonia Vidal (Oliva, Córdoba)	- Escuela de Cocina de la Salud - Centros de Salud de Jáchal y Desamparados (San Juan) - Hospital Rural de Bandera Bajada (Santiago del Estero) - Servicio de Otorrinolaringología en Hospital Vecinal de San Carlos de Bariloche - Servicio de enfermos crónicos y de Heine Medin en Hospital de Villa Ester (Santa Fe) - Comisión Nacional de Lucha contra la Enfermedad de Heine Medin - Tren Sanitario Justicialista "Eva Perón" (Santiago del Estero) - Jornadas de Hidatidosis y Rabia en Santa Fe, Rosario y Paraná - Instituto de Investigaciones del Origen del Cáncer - Servicio de Oncología de Rosario (Santa Fe) - Primera Conferencia Nacional de la Enfermedad de Chagas

Fuente: modificado de Alzugaray, 1988: tomo 2, 220-230.

Tercera parte

Los '60, '70 y '80, décadas del Estado de Bienestar y la Guerra Fría

Capítulo 7 - Política social internacional:

El predominio del Estado de Bienestar

Capítulo 8 - Política sanitaria nacional:

La expansión de la Seguridad Social en la Argentina

Capítulo 9 - Tendencias hospitalarias:

**Los hospitales del período de
expansión de la Seguridad Social**

El predominio del Estado de Bienestar

Una vez pasados los años inmediatamente posteriores a la 2ª Guerra Mundial, se habían consolidado los organismos internacionales que garantizarían el nuevo equilibrio universal, en base a la distribución de áreas de influencia por parte de los victoriosos resultantes de la contienda global. Aniquilada la capacidad ofensiva de los países del Eje, naciones Aliadas de diferentes signos ideológicos se encontraron sin el enemigo común al que combatían. Por consiguiente se fue instalando una nueva polaridad, que determinaría el marco en el que habría de desenvolverse la nueva etapa de Guerra “Fría”: Es decir, en un contexto estratégico defensivo de confrontación permanente, diversos conflictos circunscriptos, evitaban alcanzar hostilidades totales.

La polarización ideológica vigente, no impidió sin embargo una tensa convivencia internacional, sustentada en una despiadada carrera armamentista y una feroz competencia por el predominio tecnológico. Las intermitentes situaciones de conflicto, alentaban una continuada estrategia de inversiones bélicas en ambos bandos en pugna. Determinados enfrentamientos locales, motivaban inmediatos alineamientos entre los dos extremos de la confrontación mundial, suscitados no sólo por afinidades políticas, sino también por la necesidad de los grandes proveedores de tecnología ofensiva e industrial, de mantener un escenario global conflictivo para alentar el acopio y consumo de armamento. Algunos de estos conflictos tuvieron profunda repercusión y llegaron a poner en peligro la política orientada hacia la *coexistencia pacífica*. La Guerra de Corea, la Revolución Cubana y el episodio de los misiles soviéticos, la Guerra “de los 6 días” en Medio-Oriente y la Guerra de Vietnam, son los exponentes más relevantes de estas circunstancias.

La consolidación del Bienestar como política de Estado en los '50 y '60

En ese clima de enfrentamiento político, en el que los países de la órbita socialista exhibían notorios avances en la provisión de servicios sociales por parte del Estado, las reformas tendientes a extender los servicios educativos y sanitarios a toda la población, alcanzaban el nivel de los grandes temas de las agendas nacionales e internacionales. No sólo se trataba de implementar las reformas estructurales, que ya habían sido iniciadas en las etapas anteriores (ver Capítulos 1 y 4), sino también de demostrar que el capitalismo estaba en condiciones de ofrecer una sociedad razonablemente equitativa -aunque no igualitaria-, dentro de un sistema político de convivencia democrática, con pleno goce de las libertades individuales.

El modelo de atención estatal, única y universal de los servicios de salud, implantado en el Reino Unido desde 1948, el *Nacional Health Service* (NHS), se había consolidado y se había extendido en primer lugar a los países de la *Commonwealth*, aunque respetando la configuración y los antecedentes salientes que en cada uno tenían previamente, como eran los casos de Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Pero también otros países europeos adoptaron sistemas similares, basados en servicios universales financiados por los impuestos generales del Estado, como Holanda, España e Italia. Por su parte, el modelo de Seguridad Social estatal iniciado en la Alemania de Bismarck, financiado mediante tributaciones específicas y obligatorias aportadas por el Estado, los empleadores y/o los trabajadores, se había extendido a una gran parte del continente europeo, a partir del Tratado de Versalles.

En el continente americano, asimismo se habían desarrollado cambios trascendentes (ver Capítulo 4). En EE.UU., el *New Deal* de Roosevelt en 1935, fue el precedente político para que Johnson creara en 1965 el *Medicare* y el *Medicaid*, los programas estatales de cobertura para jubilados, discapacitados y trabajadores de bajos ingresos. En Canadá se implantó el Seguro Nacional de Salud en 1966, después de un prolongado proceso de reformas parciales. En América Latina la mayor parte de los países implementaron sistemas estatales de Seguridad Social, que se desarrollaron paralelamente a los servicios públicos destinados a la población sin cobertura. Sólo Chile adoptó en 1952 un modelo equivalente al del Servicio Nacional de Salud británico, pero a partir de 1980 se introdujeron entidades privadas de medicina prepaga. En cambio en el Río de la Plata, Uruguay y Argentina posibilitaron la expansión de

organizaciones mutuales no estatales que, complementando la acción de los servicios públicos, constituyeron la base de sus sistemas de Seguridad Social. En suma, entre los '50 y los '60 los países occidentales habían estructurado y alcanzado el pleno funcionamiento de sus respectivos sistemas de protección sanitaria de la población (Hobsbawm, 2011: 225-250).

Esa sucesión de reformas, en un entorno de *coexistencia pacífica* y Guerra Fría, fueron emergentes institucionales de la tendencia internacional predominante en las décadas del 50 al 80, caracterizada como *Estado de Bienestar* o *Welfare State*. La consigna circunstancial, que los laboristas habían logrado instalar mientras Churchill se ocupaba de los asuntos de la guerra, por contraposición fonética al *Warfare State* de Hitler, se habían extendido a todo Occidente, bajo la inspiración de la doctrina keynesiana. Las inversiones estatales en los sectores sociales, constituirían en adelante la modalidad de ahorro público, que contribuiría a sostener el consumo en las etapas recesivas de la Economía, introduciendo fundamentalmente un factor *anticíclico*. El efecto *distributivo* en sentido *progresivo* del Gasto Público Social, sería una consecuencia, ya que el objetivo fundamental de esta política era antes la *estabilidad* macroeconómica, que la *equidad* social. Se buscaba mantener el pleno empleo, con el fin de apuntalar el nivel de la demanda y atenuar el deterioro de la situación social durante los períodos de recesión (Hobsbawm, 2003: 105-107; Burgo, 2005; De Pablo, 2006; Frenkel, 2006).

El proceso de consolidación en algunos ejemplos nacionales

Tras esta breve enumeración descriptiva de la extensión del concepto de Bienestar Social como política de Estado, y del modo particular en que cada región concretó estas reformas, conviene detenerse especialmente en el análisis de algunos modelos nacionales. Se los podría caracterizar como *emblemáticos*, no sólo porque la particularidad de sus rasgos permite utilizarlos para tipificar los principales modelos observados, sino también porque han tenido un cierto carácter ejemplar sobre los demás países.

Sin duda el Sistema de Salud emblemático de los '50 había sido el del **Reino Unido**, por la profundidad de su reforma. Es importante entonces detenerse en el análisis de su organización inicial, porque tuvo una marcada influencia en el pensamiento sanitario de la época. El sistema se basaba en una modalidad de contratación mediante pago *por capitación*, donde el Estado tenía un poder monopólico por el control financiero centralizado. El 1^{er} nivel de atención era provisto por médicos generalistas y clínicas de atención ambulatoria; los costos estaban fuertemente controlados, en lo referente a servicios médicos, de enfermería y medicamentos, en tanto el Estado era el único comprador de servicios. La administración directa de la red asistencial, estaba a cargo de Consejos Ejecutivos, que controlaban la atención ambulatoria y liquidaban los pagos a los generalistas. La asignación de pacientes *capitados* promediaba los 3.500 por médico al comienzo y 2.200 más tarde. La cobertura odontológica se limitaba a algunos procedimientos y la forma de pago era *por prestación*. Al comienzo la cobertura de medicamentos era completa y se pagaba al farmacéutico mediante una fórmula modulada por el consumo; posteriormente, se introdujeron *coseguros* y más tarde un *vademecum* de medicamentos recomendados.

Los servicios hospitalarios estaban organizados en Juntas Regionales, que eran 15 en total. Tanto los hospitales públicos, como los privados sin fines de lucro y los confesionales, fueron nacionalizados, con los que se incorporaron al sistema 2.700 establecimientos con 480.000 camas. Las regiones hospitalarias abarcaban en promedio unos 3 millones de habitantes con una dotación de camas de alrededor de 30.000²⁵. Para administrarlos, las Juntas Regionales designaban comisiones de gestión en los hospitales más grandes, los de 1.000 a 2.000 camas, a las que asignaban los fondos que recibían del Gobierno central. Las autoridades sanitarias locales, ya existentes antes de la creación del NHS, quedaron a cargo de los servicios preventivos, la salud materno-infantil y las inmunizaciones.

A partir de los '60, el sistema empezaba a mostrar un fuerte peso en el PBI, ya que del 3,6% de 1958, había pasado a 4,6% en 1968. Entre las causas de ese marcado incremento, se señalaron la remuneración de los profesionales y el permanente aumento de los costos de la atención médica, los que a su vez determinaron demoras en la ejecución del plan de

²⁵ Recuérdese la meta de Carrillo de 1 cama cada 100 habitantes, comentada en el Capítulo 6, que era igual a ésta.

construcciones hospitalarias. Por estos motivos, a partir de la década del 70 se ampliaron las redes asistenciales locales, a otras más amplias de alcance zonal, a las que también se les transfirió parte del riesgo de incremento financiero. De tal modo que el sistema quedó organizado con una estructura piramidal, con 3 niveles de creciente responsabilidad y riesgo: zonal, regional y central (Roemer, 1980: 165-183; López, 2005).

Otro modelo emblemático fue el de Alemania, cuya Seguridad Social se había iniciado en 1883 (Capítulo 1), con el objetivo de garantizar la distribución de los servicios necesarios para el bienestar de la población, sin que quedaran limitados por los eventuales efectos *regresivos* de la economía de mercado. En el sector del país que quedó en la órbita de Occidente al término de la 2ª Guerra Mundial, **Alemania Federal**, cuya organización constitucional se basaba en 10 Estados federados, el Gobierno central asumió la responsabilidad de las decisiones políticas generales del sistema y de definir los servicios de que debía disponer toda la población. Por otra parte, cada Estado miembro debía responsabilizarse de aprobar y compatibilizar la legislación general con las leyes locales, a través de sus órganos de Gobierno, y de garantizar que los servicios llegaran a la población. También debía encargarse de supervisar a las Cajas de Enfermedad (*krankenkassen*), a las organizaciones intermedias de médicos que las administraban, el desenvolvimiento de los hospitales de su jurisdicción, así como ajustar el plan de inversiones en cada uno de los nosocomios. Esta estructura no se modificó sustancialmente hasta 1990, en que se produjo la unificación. En cambio, en los Estados que quedaron bajo la órbita soviética, que constituyeron **Alemania Democrática**, el sistema fue centralizado tanto en el financiamiento, como en la provisión de servicios, con alcance a la totalidad de la población.

Algunos autores caracterizaron este modelo como Seguro Social de Enfermedad, pero éste es un tema controvertido, como se verá en el apartado siguiente. Independientemente de su interpretación, el sistema era obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia, hasta un cierto nivel de ingresos; más allá de ese nivel podían ingresar voluntariamente. En consecuencia, en Alemania Federal el 75% de los trabajadores habían ingresado al seguro en forma obligatoria y el 13% en forma voluntaria, que conformaban el 88% de los trabajadores y sus respectivos familiares a cargo. En el componente *asegurador* del sistema, la organización era normativamente centralizada, pero administrativamente descentralizada en cada Caja de Enfermedad, brindando servicios en establecimientos públicos y privados. Por otra parte, en el componente *prestador*, las asociaciones de médicos, tanto las que agrupaban a los que atendían sus consultorios, como a los pertenecientes a hospitales, tuvieron siempre una participación protagónica en la operatoria y el control del sistema.

El origen y la naturaleza de las Cajas de Enfermedad eran muy variados, aunque todas eran organizaciones sin fines de lucro, y hacia fines de los '80 había más de 1.100 entidades. La mayor parte provenía de iniciativas locales, que representaban alrededor del 40% de los trabajadores; otras eran de origen federal, diferenciaban a obreros de empleados, y constituían el 27% de los trabajadores. Las de origen empresario -para grandes empresas- comprometían al 12% de la fuerza laboral, y otro 12% correspondían a las provenientes de iniciativas gremiales. En suma, alrededor del 86% de la población estaba cubierta por Cajas de Enfermedad, en forma voluntaria u obligatoria. Por otra parte, un 11% de la población contaba con aseguradores privados y un 2,6% se beneficiaba con fondos de asistencia social o de entidades caritativas.

El financiamiento del seguro -con recaudación centralizada- provenía de la contribución por partes iguales de empleadores y trabajadores, en alícuotas de entre 9 y 16% según el nivel de retribución, lo que implicaba en promedio el 12,8% de la nómina salarial. Con estos fondos se financiaban todas las prestaciones a los beneficiarios, se atendía a los discapacitados, a los jubilados y a los agricultores. Hasta 1960 predominó la modalidad de pago por capitación, pero más tarde, la modalidad contractual predominante fue por presupuesto o pago por prestación, en tanto la magnitud del gasto no excediera la base financiera formada por la contribución de los beneficiarios. A partir de 1987, la Asociación de Médicos de Atención Ambulatoria, que actuaba como intermediaria en el circuito administrativo, liquidando los pagos trimestralmente, decidió jerarquizar a los médicos de familia respecto de los especialistas, al mismo tiempo que implementó guías de atención clínica para el manejo de las patologías crónicas (López, 2005).

El caso de **Estados Unidos** resulta emblemático, por ser diferente al de todos los modelos europeos y tener el más alto costo asistencial del mundo. En 1956 se sancionó un seguro por *invalidez*, para trabajadores afectados por enfermedad o accidente laboral. Como ya se dijo

(Capítulo 4), en 1965 se iniciaron los programas estatales de *Medicare* y *Medicaid*. Por otro lado, alrededor del 90% de los asalariados formales eran cubiertos por el sistema de Seguridad Social, mediante aportes por partes iguales de empleadores y trabajadores. Los diferentes Estados se hacían cargo además del sostén de los establecimientos públicos, para la población sin cobertura. Por su parte, el Gobierno federal financiaba diversos proyectos con objetivos específicos y aportaba fondos para contribuir al sostenimiento de *Medicare* y *Medicaid*. Pero esta cobertura no era integral: en general los beneficiarios de *Medicare*, complementaban su cobertura con seguros adicionales, p.ej. para gastos de internación excedentes de 60 días, para servicios de enfermería o consultas ambulatorias (Roemer, 1980: 439-447).

Alrededor del 85% de los habitantes de EE.UU. tenían algún tipo de cobertura, ya fuera a través de los seguros estatales o privados. Para los trabajadores activos la forma de acceso habitual era el empleo. Los empleadores proveían seguros privados a los trabajadores, en general, mediante previos acuerdos con el sindicato de la correspondiente rama de la producción. Estos aseguradores privados se denominaban *Health Maintenance Organizations* (HMO) y el costo de sus pólizas dependía de la cantidad y calidad de los servicios comprendidos. Frecuentemente, las empresas de menor magnitud no alcanzaban a afrontar esos costos en las cargas laborales, por lo que sus empleados se quedaban sin acceso a la cobertura. Cada HMO organizaba su red de servicios, contratando a los prestadores privados mediante distintas modalidades de pago, pero a la vez establecían diferentes barreras administrativas para el acceso a los servicios por parte de los usuarios. Otra modalidad frecuente era la *estratificación* de la cobertura, a través de diversos planes escalonados, como: internación, atención ambulatoria, servicios odontológicos, rehabilitación, enfermedades *catastróficas* (baja frecuencia y alto costo) y otros.

Las HMO's podían ser de dos tipos: a) *sin fines de lucro*, en las que los excedentes se redistribuían a los beneficiarios por medio de nuevos servicios, como *Blue Cross*, *Blue Shield*, *Kaiser Foundation*, etc., y b) *con fines de lucro*, de carácter comercial, en las que las utilidades se repartían entre los accionistas, salvo decisiones de inversión (p.ej. *Metropolitan Life*). Además de los asociados directos en forma voluntaria, o mediante contratación de póliza por parte del empleador, las HMO's podían actuar como intermediarios de riesgo entre los programas estatales y los beneficiarios. En esos casos, el *Medicare* por ejemplo, acordaba con la HMO una asignación de fondos por cada beneficiario que la hubiera elegido como proveedora de servicios. Hacia fines de la década del 80, el 35% de los servicios hospitalarios, el 46% de los servicios médicos y el 45% de los servicios odontológicos, estaban cubiertos por seguros privados. Antes de la creación de *Medicare* y *Medicaid*, la participación del Estado en el gasto global en salud era del orden del 24%. A partir de la década del 70, esa participación se incrementó al 40%. A los programas mencionados se agregaban los hospitales para veteranos y los hospitales públicos estaduales.

La forma de pago predominante en estos programas era la de pago por prestación (*fee for service*). En algunos establecimientos se acordaron pagos por capitación, pero ésta fue una modalidad poco frecuente. En la década del 80 empezó a utilizarse una modalidad de pago modular, denominada DRG (*diagnosis related groups*), consistente en incluir dentro de un mismo arancel, a las patologías cuyos tratamientos tuvieran similares procesos de diagnóstico y tratamiento. Esta modalidad de pago se difundió rápidamente e incluso se extendió a Europa (Fetter y col., 1991; Closos, 1991). En la misma época también alcanzó amplia difusión la modalidad de Atención Gerenciada o *Managed Care*, debido al incesante incremento de los costos de la atención médica. Las organizaciones que adoptaron esta forma de contratación, se caracterizaban por asumir los riesgos financieros de la atención, mediante un control estricto del proceso de atención a través de médicos generalistas (*gatekeeper*). Establecían contratos por un monto determinado, abonado por adelantado, y se hacían cargo de los gastos asistenciales de la población asignada, en un modo equivalente a la *gestión de contratos de riesgo* (Enthoven, 1980). Dentro de esta tendencia se desarrollaron dos variantes: a) las HMO's con una red de prestadores cerrada y obligatoria, y b) las PPO's (*Preferred Provider Organizations*), en las que el usuario tenía la posibilidad de seleccionar la red de servicios preferida (López, 2005).

Otro caso que merece un análisis particular es el de **Canadá**. Ya en 1958 todas las provincias habían adoptado el Seguro de Hospitalización. En 1968, a través de la Ley de Atención Médica, la Administración Federal asumió una parte de los costos de los seguros de enfermedad, con lo que en 1972 todas las provincias habían adherido al sistema y contaban

con su propio seguro. La participación del Gobierno Federal le permitió uniformar las prioridades y orientaciones en la gestión de los seguros por parte de las provincias, con lo que hacia la década del 80 se había consolidado el modelo en todo el territorio nacional. Se había ampliado la cobertura de servicios y también la utilización por parte de los usuarios; como consecuencia, se extendieron los plazos de espera de turnos para operaciones y prestaciones de distinto tipo. Simultáneamente, los crecientes costos asistenciales obstaculizaban la actualización del equipamiento, motivo por el que el descontento de la población iba en aumento. La provincia de Québec creó la “Comisión Rochón”, para estudiar las dificultades del sistema, que recomendó políticas específicas sobre salud, así como la regionalización administrativa y un enfoque centrado en el usuario. En 1984, la Ley de Salud consolidó las medidas legislativas anteriores sobre hospitalización y seguros de enfermedad, y estableció pautas nacionales para que las provincias pudieran acceder a la contribución económica del Gobierno Federal.

El Sistema de Salud de Canadá se fue configurando en base a un Seguro Nacional de Salud de alcance universal, que garantizaba las prestaciones básicas a toda la población, independientemente de su capacidad de contribución al sistema. Estaba organizado en varios niveles de responsabilidades escalonadas. Los municipios y departamentos regionales eran responsables del saneamiento ambiental y la higiene pública, incluyendo la provisión de agua potable y cloacas, disposición de residuos, salubridad de los alimentos, inmunizaciones y campañas preventivas. Los Gobiernos provinciales y territoriales debían garantizar los servicios médicos y hospitalarios, incluyendo la regulación de honorarios y remuneraciones de los profesionales, determinación de presupuestos y planes de inversiones, así como la adopción de normas operativas. Por último, la administración federal, que retuvo el ente recaudador, compensaba los desniveles que se producían entre las diferentes jurisdicciones, en la ejecución de los programas de salud, bienestar y servicios básicos. Por otra parte, a través del Ministerio de Salud y Bienestar Social, administraba en forma directa los programas nacionales de protección de la salud y de seguridad del ingreso mínimo y, al mismo tiempo, asistía con un significativo apoyo financiero los programas sanitarios y sociales de las provincias. Naturalmente, también se reservaba el poder de *policía sanitaria*, en la fiscalización de normas de salubridad, código alimentario, vigilancia farmacológica e instrumental médico.

El caso emblemático en América Latina, ha sido sin duda el de **Chile**. A partir de 1952 se había creado el Servicio Nacional de Salud (SNS), con una amplia concentración del poder de decisión en el Ministerio de Salud nacional, que se propuso brindar atención a toda la población por medio de la red asistencial pública. El sostenimiento del sistema se basó en una ley que estableció un seguro obligatorio de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, inspirado en el modelo inglés y que unificaba bajo su dependencia a todos los organismos que prestaban servicios. A fines de los '60 se creó el Servicio Médico Nacional (SerMeNa), que introdujo la posibilidad de elegir libremente al prestador preferido para los empleados y sus familiares, mediante un aporte adicional. Por otra parte, el Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (SATEP), fue organizado en forma paralela y bajo una dependencia diferente de la SNS. Con la Reforma Administrativa de 1973, se inició un proceso de descentralización del sistema, que se fue consolidando progresivamente a lo largo de Gobiernos de distinto signo.

El cambio más significativo se introdujo en 1980, con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y del Fondo Nacional de Salud (FoNaSa), mediante el que se mantuvo concentrado el financiamiento del sistema, pero se avanzó en la descentralización de la prestación de servicios. La definición de políticas para el FoNaSa, así como la orientación general del Sector Salud, quedaron en la órbita del Ministerio de Salud. La organización administrativa de la red de servicios públicos se desconcentró en 27 Zonas Sanitarias autónomas y, a su vez, los servicios ambulatorios fueron transferidos a la órbita municipal. Su anterior posición hegemónica quedó condicionada por la delegación de facultades -inherente a la regionalización de servicios- y la introducción de aseguradores privados en la operatoria del sistema. Por otra parte, se posibilitó mediante nuevas leyes la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISaPre's), que actuarían como operadores privados del sistema nacional de Seguridad Social, a través de aportes adicionales a los universales del FoNaSa. Los afiliados de las ISaPre's, en tanto contribuyentes al Fondo mantuvieron sus derechos, mediante la cobertura subsidiaria del FoNaSa para prestaciones de alta complejidad. De este modo, el sistema público actuó reduciendo los riesgos de los operadores privados y favoreciendo su

crecimiento. A fines de los '80 el subsector privado alcanzaba a alrededor del 30% de la población (Mills y col., 1990: 60-69; FeMeBA, 1993; Roemer, 1980: 106-130).

Los casos reseñados, sin que supongan una revisión amplia de las estructuras de protección sanitaria y social consolidadas en este período, representan los principales modelos de Sistemas de Salud existentes. La mayor parte de los sistemas vigentes, reprodujeron estos rasgos o combinaron varios de ellos.

Caracterización de los modelos de organización sanitaria

Los diferentes autores no coinciden en la identificación de los modelos de Seguridad Social y otras denominaciones, ya que introducen sesgos ideológicos a la caracterización de los sistemas de protección social implementados en los distintos países.

Un ejemplo de arbitrariedad conceptual es el del prestigioso sanitarista brasileño Milton Terris que, durante la década del 70 en varios eventos y trabajos, exponía su tesis de la existencia de 3 modelos de sistemas de atención médica: a) Asistencia Pública; b) Seguro de Salud, y c) Servicio Nacional de Salud. El primero predominaba en Asia, África y América Latina, que representaban alrededor del 49% de la población mundial, en países donde predominaban economías precapitalistas, principalmente agrícolas. El segundo predominaba en Europa Occidental y Norteamérica, cubriendo alrededor del 18% de la población mundial, en países de economía capitalista. El tercero era predominante en países socialistas y alcanzaba al 33% de la población mundial, proporcionando cobertura universal a través del financiamiento de fondos públicos (Terris, 1977, 1980 a-b). Lo arbitrario de este análisis consistía a atribuir relaciones de causalidad entre el sistema político-económico y el modelo de organización sanitaria. Por ejemplo, el modelo de Servicio Nacional de Salud se encuentra en países monárquicos de economía capitalista, como el Reino Unido, Suecia, Holanda, España o Japón, y también en Chile, donde se mantuvo durante los '70, hasta que la dictadura militar introdujo la medicina prepaga. Hacia 1980, la Unión Soviética ya tenía servicios privados, además del sistema público (Chazov, 1988). Muchos otros ejemplos podrían contradecir esas afirmaciones.

Un análisis más profundo es el que realizaba Milton Roemer. Al tipificar los diferentes modos de financiar los servicios, los relacionaba con las formas en que éstos eran administrados, entre los que distinguía 6 tipos (Roemer, 1980: 36-45), que se sintetizan más abajo. Posteriormente, describía minuciosamente los rasgos de las organizaciones existentes en la mayor parte de los países del mundo, así como la historia reciente y la evolución que sufrieron (op. cit.: 49-391).

- Pago personal. Erogaciones con recursos personales o *gasto de bolsillo* para la adquisición de servicios privados. En muchos países se pagaba parcial o totalmente la atención médica ambulatoria, la odontológica y los medicamentos. Cuando la cobertura era parcial, el resto era cubierto por seguros voluntarios, por la Seguridad Social o por fondos públicos.
- Caridad. Aunque tuvo su apogeo en la época preindustrial, actualmente es casi inexistente. Se mantenían por legados o donaciones, aunque desde el siglo XVIII contaban frecuentemente con subsidios estatales. En América Latina las organizaciones caritativas derivaron de las culturas española y portuguesa, y estuvieron vinculadas a la Iglesia Católica. Predominaba la intención de socorrer piadosamente a los pobres, más que prevenir sus enfermedades.
- Industria. Es la provisión de servicios sanitarios mínimos a los trabajadores, a expensas de la rentabilidad de las empresas. Se desarrollaron en los países más industrializados, especialmente EE.UU., pero no fue un modelo muy extendido.
- Seguro voluntario. Fue uno de los modelos más importantes de financiamiento en Europa, entre los siglos XVIII y XIX. Surgieron como fondos de enfermedad, sociedades de amigos y asociaciones de socorros mutuos, sobre una base ocupacional, geográfica o patronímica, para pagar gastos de atención médica extra-hospitalarios. Estas entidades mutuales fueron los antecedentes del seguro social o Seguridad Social. En el transcurso del siglo XX, en la mayoría de los países europeos, los seguros voluntarios fueron integrados a la Seguridad Social.
- Seguro Social o Seguridad Social. Es la protección requerida por ley para prestar determinados servicios asistenciales a un sector predeterminado de beneficiarios. En

general comenzó con la cobertura de los empleados de la industria y luego se extendió a todos los trabajadores

- Fondos públicos. La protección se financia mediante impuestos sobre las ventas y servicios, implementados por autoridades municipales, provinciales o nacionales. Los servicios no se restringen a los contribuyentes, sino que alcanzan a toda la población. Distingue 3 formas: a) con antecedentes de Seguro Social que luego pasaron a fondos públicos, como Gran Bretaña, Chile y Nueva Zelanda; b) se cubre la mayor parte de la atención a través de centros de salud y hospitales estatales, aunque coexiste con alguna forma de Seguro Social, como en Asia y África, y c) se cubre el 100% de las prestaciones con fondos públicos, como la URSS y -con algunas modificaciones- Checoslovaquia, Hungría, Polonia, Yugoslavia y Cuba.

En una línea de análisis similar, Evans distinguía dos grandes tipos de sistemas: a) público, de carácter obligatorio, y b) privado, voluntario. Además consideraba 4 formas de pago a los prestadores, que contribuyen a configurar el ordenamiento predominante (citado en López, 2005):

- Pago directo de bolsillo por parte del consumidor del seguro.
- Pago directo de bolsillo por parte de los consumidores sin seguro.
- Pago indirecto por un tercer pagador mediante contratos.
- Pago indirecto por un tercer pagador, bajo la modalidad de presupuesto o de salarios dentro de organizaciones integradas.

Por su parte Londoño y Frenk, recorrían algunos de los modelos de organización sanitaria predominantes en América Latina, para fundamentar su recomendación de un modelo al que denominaban de *pluralismo estructurado*, como forma de convergencia entre los demás modelos existentes. Para caracterizar los modelos vigentes en la Región analizaban los componentes esenciales de los Sistemas de Salud, que actúan intermediando la relación entre la generación de los recursos y la población beneficiaria: la *modulación* -a la que atribuyen un sentido más amplio que la *regulación*-, la *financiación*, la *prestación* y la *articulación* entre las dos últimas (Londoño-Frenk, 1997, 1999). En base al funcionamiento de estos componentes identificaban 4 modelos:

- Modelo público unificado: donde la regulación, el financiamiento y la prestación están articulados por la dependencia del sistema de una conducción unificada.
- Modelo de contrato público: en el que la regulación y el financiamiento responden a una misma legislación, que ordena la articulación del sostenimiento económico del sistema, pero la prestación está fragmentada en diversas instituciones.
- Modelo segmentado: donde coexisten diversos subsistemas que articulan el financiamiento con las prestaciones, bajo una regulación unificada; pueden existir problemas de articulación entre financiamiento y prestación.
- Modelo privado atomizado: bajo una regulación general, tanto las instituciones financiadoras como las prestadoras se encuentran fragmentadas y, en consecuencia, existen dificultades de articulación entre unas y otras.

Como puede observarse, las categorías de análisis empleadas por los autores citados, difieren no sólo en la identificación de los modelos de organización sanitaria, sino también en los aspectos en los que hacen hincapié para caracterizarlos. Terris procura una relación de causalidad entre ideología política y organización sanitaria. Roemer describe las diversas modalidades de financiamiento de los servicios de salud, sin establecer en general juicios de valor sobre cada modelo, sino señalando las diferencias entre unos y otros. Evans los diferencia a partir de las formas de pago a los prestadores. Por último, Londoño y Frenk profundizan en los modos mediante los cuales se articulan los distintos componentes del sistema, con el fin de proponer la estructuración de un modelo armónico. La diversidad de interpretaciones también se encuentra al analizar el concepto de Seguridad Social.

Evolución del concepto de Seguridad Social

Para introducir el análisis conceptual de la Seguridad Social (SeS), se tomará como apoyo en algunos casos, materiales reproducidos para un taller de estudio de 1980, y no en las fuentes bibliográficas originales. El objeto de este tramo, no es la comparación jurídica entre distintas definiciones, sino tomar algunos conceptos vigentes en las décadas posteriores a la 2ª

Guerra Mundial, en momentos en que se consolidaban los sistemas de protección de la salud en el mundo. La intención es ilustrar y fundamentar una definición que procure ser abarcativa de la diversidad de visiones existentes en esa época.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en la década del 70, la SeS era el conjunto de medidas tomadas por la sociedad, y en primer lugar por el Estado, para garantizar a todos los individuos, los cuidados médicos necesarios y asegurarles los medios de subsistencia, en el caso de reducción o pérdida ponderable de los medios de vida, debido a circunstancias independientes de su voluntad (AMR, 1980). De la definición de la OIT creo conveniente destacar algunos elementos. Hacía un especial hincapié en el papel del Estado como iniciador de los sistemas de SeS, que es la configuración que tienen en la mayor parte de los países que adoptaron esta modalidad. Los objetivos de estos sistemas no eran sólo proporcionar atención médica, sino también medios de subsistencia, ante el deterioro de los recursos vitales de los individuos. Es decir, además de los servicios asistenciales, estaban comprendidos los subsidios por incapacidades ocasionadas por riesgos del trabajo, así como los beneficios jubilatorios. Estos beneficios estaban justificados en tanto las causas de este deterioro fueran *ajenas a la voluntad* del trabajador. Este aspecto es significativo, porque durante mucho tiempo se excluyeron de la cobertura de la SeS en muchos países, el alcoholismo, las drogadicciones y las lesiones a consecuencia de intentos de suicidio, considerando que estos problemas no eran *ajenos a la voluntad*. Los riesgos que merecían ser cubiertos por la SeS, eran los relacionados con las condiciones de vida laboral; por consiguiente, los beneficios se limitaban a los trabajadores formales en relación de dependencia y sus familias.

En el mismo documento se citaba a Duperaux que, en lo referente a la cobertura específica de los riesgos laborales -accidentes de trabajo y enfermedades profesionales- estaba contenida dentro del concepto de *seguro social*. En este sentido, para el autor el objetivo del *seguro social* era garantizar la satisfacción de las necesidades vitales de cada ciudadano, no sólo por su situación laboral, sino por el solo hecho de su condición de ciudadano. En consecuencia, extendía el alcance de la cobertura de los riesgos de salud a la totalidad de los habitantes, independientemente de su condición laboral. Este concepto, en realidad expresa que para fines de la década del 70, tanto los sistemas que se habían iniciado como Servicio Nacional de Salud, como los que se configuraron como Seguro Social o como Seguridad Social, habían alcanzado a toda la población. Un aspecto diferencial que introducía el autor, es que la SeS sólo podía organizarse en base a la intervención del Estado, en tanto que el Seguro Social admitía la participación de organizaciones de la sociedad civil, con lo que adquirirían una mayor heterogeneidad en la oferta y utilización de los beneficios.

Otro autor mencionado en ese trabajo es Guy Perrin, para quien existían 3 modelos representativos de los sistemas de SeS: a) el modelo nacional unitario; b) el modelo profesional unitario, y c) el modelo profesional pluralista o múltiple. El primero se caracterizaba por la generalización de la protección a toda la colectividad nacional, sin distinciones respecto a la inserción laboral de los beneficiarios, con uniformidad tanto en las prestaciones otorgadas como en las estructuras administrativas del sistema. El *modelo profesional unitario* también tenía propósitos de universalidad, aunque limitados a la población activa y a su grupo familiar, por lo que lo vinculaba con la modalidad de protección de los seguros sociales. Por último, incluía dentro del *modelo profesional pluralista* a los sistemas destinados a la población activa, mediante múltiples regímenes administrativos y financieros, que limitaban su alcance a un principio que podría caracterizarse como *universalidad calificada*. Naturalmente, el prototipo ideal de SeS para Perrin, estaba más cercano al primer modelo. Por su parte, el prestigioso sanitarista chileno Hernán San Martín, definía a la SeS como una rama de la política, que trata de producir una redistribución parcial más equitativa de la renta nacional entre las clases sociales, es decir, en sentido *progresivo*. De este modo, introducía en el análisis de la SeS su función macroeconómica: la redistribución de la riqueza.

Más allá de la recorrida por algunos conceptos de diferentes autores para describir los sistemas de protección social instrumentados por los países, el estudio evolutivo de la SeS como fenómeno universal, permite establecer etapas y rasgos generales, que distinguen los procesos ocurridos en cada lugar, con el fin de establecer tramos definidos que identifiquen su evolución. En aquel trabajo, Sergio Bronstein distinguía 4 etapas principales (Bronstein, 1980):

- a) Comenzó con la creación de la SeS bismarckiana, a la que se clasifica como *seguro social*, que implicaba la utilización de la técnica actuarial para estimar la magnitud financiera del riesgo amparado. Lo característico de aquella legislación era:
 - la obligatoriedad o compulsión de los aportes para todos los asalariados;
 - la modulación del aporte como un porcentaje del salario;
 - se limitaba sólo a la población asalariada hasta un nivel determinado de ingresos.
 - b) Se imitó la experiencia alemana en otros países con las mismas pautas, adoptando el modelo bismarckiano después de la 1ª Guerra Mundial; en general estaban orientados a proteger a los asalariados industriales.
 - c) Atribuía la formulación de la doctrina de la SeS, especialmente al denominado Informe Beveridge, que se basaba en los siguientes principios:
 - un seguro nacional que comprendía todos los riesgos sociales y amparaba a la totalidad de la población por su sola condición de habitar el territorio;
 - se financiaba con aportes uniformes y los beneficios prestacionales, que eran también uniformes, no tenían relación con el nivel salarial del aportante;
 - la protección de la salud se gestionaba a través de un Servicio Nacional de Salud, que estaba separado de la administración financiera de la SeS, y preveía una atención médica integral y gratuita.
- A partir de la 3ª etapa identificaba el desarrollo de dos vertientes. Por un lado, el Sistema “beveridgeano” o Atlántico, con cotizaciones uniformes, bajo la única condición de residencia, prestaciones en dinero y de salud uniformes, así como unidad de gestión. Por otro lado, el Sistema Continental, de base profesional, con prestaciones en dinero, aportes proporcionales al ingreso, y diferentes regímenes jurídicos según la actividad productiva.
- d) La 4ª etapa es la que estaba ya en curso en los '80, a través de la conciliación de los sistemas Atlántico y Continental. Las características de este proceso eran las siguientes:
 - una creciente participación del Estado en el financiamiento de la SeS;
 - entre el 90 y el 100% de la población quedaba protegida de todos los riesgos sociales;
 - una progresiva unificación de los regímenes, bajo una administración centralizada;
 - una tendencia a establecer un doble sistema de beneficios. Prestaciones básicas y uniformes, garantizadas por el Estado a todos los habitantes, y prestaciones complementarias proporcionales a los ingresos, según grupos profesionales.

A través de esta evolución, puede observarse que el modelo bismarckiano introdujo un incipiente enfoque actuarial, sin que hubiera experiencia suficiente como para definir una precisa dimensión y distribución de los riesgos, en función de la magnitud de la siniestralidad esperada. Sin embargo, subyacía una lógica de carácter *asistencialista*, en la que los derechos adquiridos -por la condición de dependencia laboral o de habitante de un territorio- predominaban sobre la viabilidad financiera del sistema. Los modelos se fueron diseminando según las posibilidades y la cultura predominante en cada país, financiando los sistemas de protección social con contribuciones tributarias generales o con deducciones específicas como porcentaje del salario. Al comienzo, los modelos inspirados en la SeS, se limitaron a la cobertura de riesgos laborales y sanitarios de los trabajadores y sus grupos familiares. Posteriormente, todos convergieron hacia la universalidad de la cobertura a toda la población, de modo que en la última etapa las diferencias entre una y otra modalidad, quedaron limitadas a rasgos particulares dependientes de la legislación y la organización de cada país. En algunos casos, la organización permaneció unificada bajo un único organismo recaudador y regulador, en otros, intervinieron organizaciones de gestión del riesgo financiero, que actuaban como intermediarios entre el ente recaudador y las redes de servicios de salud. En algunos países que optaron por el modelo de Servicio Nacional de Salud, coexistieron coberturas privadas para sectores de la población con altos ingresos.

A la idea-fuerza de *salud pública* de los años cercanos a la creación de la OMS, entre los '50 y los '60 se fue incorporando en documentos y trabajos un objetivo operativo, compatible con la organización de todos los sistemas de salud, independientemente de su configuración: proveer a la totalidad de la población una *atención médica accesible, oportuna, integrada e integral*, donde la entrada por cualquier punto del sistema, permitiera acceder a todos los niveles y servicios disponibles, según las necesidades de cada caso. En esta definición se admitía en forma implícita, que podían existir modalidades alternativas a la del *servicio único estatal* y, que todas eran válidas, en tanto cumplieran con este propósito estratégico.

Las décadas del 70 y el 80.

Fuera por el modelo británico de Medicina *socializada*, por el de SeS unificada y universal, o por un Seguro de Salud que admitiera la fragmentación institucional de la organización del sistema, en toda Europa occidental se había consolidado alguna estructura estatal de protección social, como base financiera y garantía del *Estado de Bienestar*. La conducta general de las naciones, fue la expansión de los respectivos organismos estatales, interviniendo en forma directa en la administración de los servicios sociales. Pero, en última instancia, la organización final de estos sistemas desembocaba en que fueran gerenciados por entes descentralizados estatales o no estatales, según las características de cada país.

En el modelo británico, que se financiaba con las *rentas generales* del Estado, la administración directa de las prestaciones fue paulatinamente transferida a territorios más circunscriptos e, incluso, la forma de contratación mediante la modalidad de pago por *capitación*, implicaba una transferencia del riesgo financiero hacia el efector último de los servicios asistenciales (Glennester, 1998, 2000). Por el contrario, en aquellos que dependían de *aportes específicos* estatales, patronales y/o del trabajador, el riesgo fue transferido a organizaciones profesionales de distinto tipo, que asumieron el riesgo financiero entre los recursos asignados a la atención médica y la magnitud de la demanda de la población, como ocurrió en Francia y Alemania Occidental. Sea por uno u otro camino, el problema central de los sistemas de protección social, consistió en racionalizar los propósitos iniciales de cobertura irrestricta, interponiendo por diversos mecanismos algunas barreras a la utilización ilimitada de los servicios, así como haciendo participar a los prestadores directos de la necesidad de contener los costos crecientes de los gastos asistenciales.

Junto a la lógica que caracterizamos como *asistencialista*, de la administración de los sistemas de aseguramiento de la atención médica, coexistía un principio general de *reparto* en los sistemas jubilatorios. Es decir, en lugar del predominio irrestricto de los *derechos adquiridos*, se establecía un límite a la expansión de la base tributaria del sistema: la magnitud de los beneficios estaría limitada por la masa de fondos disponibles para *repartir*, de modo que el balance del sistema se equilibrara. De esta manera, simultáneamente con los criterios *asistencialistas* predominantes en el campo de la salud, en los sistemas previsionales, los beneficios a percibir por las generaciones anteriores, quedaron sujetos a la capacidad de contribución de las generaciones de trabajadores activos, configurándose un principio de *solidaridad intergeneracional*, que introducía incipientes límites *actuariales* en la gestión de una parte de la Seguridad Social. Después de la 2ª Guerra, junto con la incorporación masiva de los antibióticos, las vacunaciones y los adelantos tecnológicos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, se había producido un fenómeno nuevo: en pocas décadas la expectativa media de vida de la población se había incrementado en unos 20 años. Esto obligó a replantear la sustentabilidad de los sistemas provisionales, que se basaban en que la población económicamente activa (PEA) financiaría los haberes jubilatorios de la clase pasiva, que crecía a un ritmo mayor que la población general.

Pese a estos cambios, que anticipaban dificultades futuras, en la década del 90, dos destacados analistas socio-políticos observaban retrospectivamente, a los que denominaban "los 30 gloriosos años" -las décadas del 60, 70 y 80- de predominio del Estado de Bienestar. Pronosticaban que habían terminado definitivamente, ya que la *globalización* obligaba a las economías nacionales a reducir sus costos laborales, con el fin de obtener mayores *ventajas competitivas* para sus productos, en el comercio mundial (Fitoussi-Rosanvallon, 1998). La vertiginosa incorporación de adelantos tecnológicos, había determinado un marcado incremento en la concentración de capitales, en las escalas económicas de producción y en los requisitos de calificación del personal. La consecuencia universal de estos fenómenos, había sido una acelerada *expulsión* de mano de obra y la *exclusión social*, para las que no se habían encontrado caminos alternativos. El propósito central de la Política Social había pasado entonces, de extender el derecho a la Seguridad Social -predominante en esas décadas- a evitar la *exclusión* del mercado de trabajo, es decir, a garantizar el derecho a la *pertenencia social*. Estas transiciones fueron luego acompañadas por enormes corrientes migratorias, desde países en desarrollo hacia países industrializados, frente a las que estos últimos no atinaron a hacer otra cosa, que ensayar medidas defensivas anti-invasoras, con escasos resultados favorables.

Un nuevo paradigma en la cuestión sanitaria

Se dijo más arriba que entre las década del 50 y 60 las expectativas sobre la *salud pública* se habían ampliado a proveer una *atención médica accesible, oportuna, integrada e integral* a la totalidad de la población, que posibilitara acceder a cualquier punto del sistema, según las necesidades de cada caso. Se había admitido que lo fundamental era preservar los propósitos últimos del sistema, independientemente de la forma que se adoptara para alcanzar esos objetivos. Que la atención médica fuera *accesible*, implicaba que estuviera al alcance de toda la población, evitando las barreras geográficas, administrativas y/o culturales, es decir, que las puertas de entrada a la red de servicios de salud se encontraran cercanas al lugar de residencia de los usuarios, mediante centros de salud comunitarios, dispensarios o consultorios médicos, barriales o rurales. Que fuera *oportuna* significaba que pudiera llegar con los recursos necesarios, para resolver las situaciones de riesgo con la premura suficiente que el caso requiriera. Que la atención proporcionada fuera *integrada*, se refería a que el ingreso por cualquier puerta de entrada, permitiera el acceso a todos los recursos del sistema, aún los distantes del domicilio del paciente. Por último, que los servicios fueran *integrales* estaba relacionado con que los distintos niveles de atención -ambulatoria, internación aguda o crónica y alta complejidad- se encontraran vinculados entre sí, de modo de garantizar la continuidad del seguimiento de cada paciente.

Del 6 al 12 de septiembre de 1978, en Alma-Atá, Capital de Kazakhstan -una de las repúblicas soviéticas-, durante una Conferencia Internacional organizada en forma conjunta por la OMS y UNICEF, se dio a conocer una declaración que postulaba una meta ambiciosa, *salud para todos en el año 2000*, y una estrategia para alcanzarla, la *atención primaria de la salud* (APS). Esta declaración era resultante de una serie de documentos previos, elaborados durante la década del 70, en los que se anticipaban los cambios que se estaban produciendo en el Sector. A diferencia de la *salud pública* del 48, vinculada al modelo de conducción estatal de un sistema único, la estrategia de APS admitía la existencia de sistemas pluralistas, donde efectores públicos y privados, con o sin fines de lucro, compartían el objetivo de privilegiar las acciones preventivas y de promoción de la salud (OMS-UNICEF, 1978). La formulación de la estrategia de APS, tuvo la habilidad de reunir bajo un único cuerpo de doctrina, una serie de componentes que habían sido expresados con anterioridad, como orientaciones para optimizar la utilización y eficacia de los recursos de salud.

Estos componentes comprendían:

- a) recuperar la prioridad de las acciones de *prevención y promoción*, así como del *1^{er} nivel de atención* en la planificación de los servicios de salud;
- b) la *planificación estratégica*, como medio para organizar los recursos de la comunidad con objetivos comunes;
- c) la *cobertura* y la *accesibilidad* de la totalidad de la población a los servicios de salud;
- d) la *tecnología apropiada*, como criterio de distribución de los recursos de diagnóstico y tratamiento en la proporción y desarrollo adecuados, según las necesidades de la población;
- e) la utilización plena de todos los *recursos humanos*, tanto los profesionales, como los curanderos tradicionales, los colaboradores de la comunidad y la propia población;
- f) la integración en una *red de servicios* de todos los recursos asistenciales de la comunidad;
- g) la *participación comunitaria* en las decisiones estratégicas, a fin de determinar sus necesidades y expectativas prioritarias, y
- h) la *descentralización administrativa* como criterio operativo de la administración del sistema.

La estrategia de APS encontró una rápida y favorable acogida en los organismos ministeriales de todos los países, ya que posibilitaba recuperar -a través de una idea-fuerza motivadora- una serie de postulados sostenidos por los administradores sanitarios desde la década del 60. Pero pese a que desde el comienzo fue formulada como una estrategia integral, tendiente a establecer un nuevo paradigma en la organización de los servicios de salud, la interpretación de la APS, por parte de la mayoría de los actores del Sector Salud, distorsionó el propósito inicial. En efecto, se privilegió el primer componente de la estrategia -es decir prevención, promoción y *1^{er} nivel de atención*- focalizando su ejecución en los centros ambulatorios, en desmedro de los servicios hospitalarios y el resto de los componentes que

integraban el enunciado. Una expresión de esta inadecuada interpretación, fue la creación de dependencias ministeriales denominadas “atención primaria de la salud”, dedicadas a la administración del 1^{er} nivel de atención. En realidad, un abordaje integral como el formulado mediante la APS, no podía limitarse a una dependencia subalterna, ya que -en tanto *estrategia*-debía formar parte de la política general de la autoridad sanitaria. En el fondo subyacían interpretaciones contradictorias, entre los que enfatizaban en los aspectos de *equidad* y *accesibilidad* de la APS, y los que hacían hincapié en la *participación* e *integración* de la totalidad de los recursos de salud.

Estas diferencias también se reflejaron en la OPS, como oficina regional de la OMS, dado que en la mayor parte de los países de la Región se observaba la tendencia descripta. En virtud de esta realidad postuló, a principios de la década del 80, una *táctica* particular para aplicar la estrategia de APS en el continente americano, los *Sistemas Locales de Salud* (SiLoS). Los SiLoS implicaban la delimitación de ámbitos geográficos de planificación, en los que participarían los líderes sectoriales. Los SiLoS partían de un instrumento central, la *planificación estratégica*, a través de la concertación entre los referentes de las instituciones del Sector Salud, tanto públicas como de la SeS y privadas, fueran de naturaleza solidaria o lucrativa, representando a la autoridad sanitaria o a la sociedad civil. Estos actores deberían acordar principios y propósitos comunes, así como criterios operativos que permitieran la articulación entre los efectores. Entre los objetivos a implementar por los SiLoS, se preveía la recuperación de la función nuclear de los hospitales, sin que sus actividades compitieran con las acciones preventivas y del 1^{er} nivel de atención. Además, la articulación de todos los efectores en *redes* de servicios de salud, con el fin de brindar al conjunto de la población un sistema que protegiera integralmente su salud, y no sólo respondiera a la demanda espontánea (OPS/OMS, 1990).

Para la OPS, la adopción de este modelo de gestión local implicaba un propósito adicional de carácter estratégico. En tanto organización intergubernamental, los alcances de sus propuestas y planes, sólo alcanzaban a los Gobiernos y los servicios públicos estatales de los países de la Región. Dependía de la voluntad de éstos, que logran involucrar a instituciones no gubernamentales, igualmente protagonistas del Sector. Asociaciones de prestadores privados, entes de Seguridad Social con autarquía respecto al Ministerio de Salud nacional, operadores de la Seguridad Social de distinto tipo, medicina prepaga privada y organismos sanitarios provinciales en países de estructura federal, constituían actores fundamentales del Sector Salud, cuya participación y apoyo resultaban esenciales para el éxito de todo plan, que pretendiera producir transformaciones en el Sistema de Salud en su conjunto. De tal modo que los SiLoS también procuraban ampliar el alcance de los cambios que se esperaban en el sistema, aplicando la estrategia de APS. Gran cantidad de encuentros, cursos, publicaciones y documentos fueron promovidos con esta finalidad (OPS, 1990).

La estrategia de APS, pese a ocupar el centro de la escena en el pensamiento y los fundamentos de las iniciativas de las autoridades sanitarias de la mayoría de los países del mundo, y especialmente en los países en desarrollo, no logró sin embargo los resultados esperados. Una idea-fuerza de consenso, con la que se identificaban la casi totalidad de los funcionarios del Sector, no alcanzó a extenderse más allá de un espacio reivindicativo de la prevención y la atención médica básica, tradicionalmente desvalorizadas frente a la atención hospitalaria y de alta complejidad. Menos aún, pudo cumplir la ambiciosa meta de *salud para todos en el año 2000*, ni encausar al personal de salud detrás de una inspiración común. De tal modo que las reformas de los sistemas de salud en la década del 90, recurrieron con frecuencia a instrumentos diferentes, acuciadas por las tendencias y presiones provenientes de las necesidades político-económicas del imperioso fenómeno de la globalización. Sin embargo, como componente favorable del balance histórico de la aplicación de la estrategia de APS, puede computarse que logró redimensionar la importancia del 1^{er} nivel de atención en la organización general de los sistemas de salud, especialmente en países en los que este escalón asistencial, había sido subsumido por el predominio de la atención hospitalaria y de alta complejidad (OPS, 2007).

La expansión de la Seguridad Social en la Argentina

En el Capítulo 5 se hizo la descripción y análisis del alto grado de concentración alcanzado en las decisiones sanitarias -al igual que en las inversiones- por el Ministerio de Salud Pública, durante la década de Gobierno peronista. El período que se inicia en 1955, muestra el progresivo dismantelamiento de la enorme estructura organizada por Ramón Carrillo, con una actitud signada por la *revancha* política, más que por criterios de racionalidad administrativa. Simultáneamente, se desarrollaba una paulatina desconcentración de los factores de poder y decisión hacia otras jurisdicciones estatales, así como hacia instituciones no estatales. De este modo, al término de las 3 décadas comprendidas en este período, la mayor parte de las decisiones de la autoridad sanitaria nacional, estaban condicionadas por las autoridades estatales provinciales, por las múltiples entidades que integran la Seguridad Social y por las igualmente diversificadas organizaciones intermedias de prestadores privados.

Naturalmente, el hito que dio comienzo a este período debe situarse en el golpe militar de septiembre de 1955, autodenominado *Revolución Libertadora*, ya que fue la circunstancia político-institucional que determinó los hechos en el campo de la Salud, que configuraron posteriormente el modelo de organización sanitaria cuya evolución trataremos. El otro extremo del período debe localizarse en la explosión hiperinflacionaria de 1989, que motivó la renuncia anticipada del Dr. Raúl Alfonsín, y el rebrote de 1990 que, ya bajo la Presidencia del Dr. Carlos Menem, creó las condiciones para el Plan de Convertibilidad, que se llevaría a cabo desde abril de 1991. Los efectos destructivos de las relaciones económicas e institucionales del Sector Salud -desencadenados por la hiperinflación- fueron de extrema gravedad, ya que alteraron profundamente la operatoria del sistema. De modo que a partir de ese momento, se produjeron una serie de fenómenos condicionantes de un nuevo ordenamiento en la organización sectorial.

En la Introducción caracterizamos los rasgos organizativos, desarrollados a lo largo de este proceso, como *Modelo pluralista de regulación descentralizada*, abarcando el tramo histórico que va desde 1955 a 1989/90. Dentro de este tramo identificamos 3 etapas, equivalentes a las de una estructura institucional que se va conformando, en primera instancia, que luego se ordena y consolida, y que, finalmente, declina y entra en su crisis terminal. Por consiguiente, el plan de trabajo de este capítulo estará orientado por el ordenamiento siguiente:

- Período de 1955 a 1989/90: *Modelo pluralista de regulación descentralizada*
 - o 1955 a 1970: etapa de *formación*
 - o 1970 a 1977: etapa de *institucionalización*
 - o 1977 a 1989/90: etapa de *crisis distributiva*

El dismantelamiento del aparato sanitario nacional

Tras un breve lapso el Gral. Eduardo Lonardi fue reemplazado, en noviembre de 1955, por el Gral. Pedro E. Aramburu. La Confederación General del Trabajo (CGT), que había realizado una huelga general en apoyo a Lonardi, fue enseguida disuelta, y el Partido Justicialista, proscripto. El nuevo Gobierno solicitó al Dr. Raúl Prebisch, ex Presidente del Banco Central durante la Presidencia de Ramón Castillo, que por entonces había alcanzado prestigio internacional como Secretario Ejecutivo de la CEPAL²⁶, una evaluación de la situación económica nacional. El informe y las recomendaciones de ese estudio, conocido como "Plan Prebisch", destacaba la caída de las reservas, una marcada inflación atribuida a aumentos masivos de los salarios sin incrementos en la productividad, una reiterada intervención del Estado en la economía y excesivas facilidades crediticias a los industriales, no respaldadas por el crecimiento productivo. Como consecuencia de estos hechos, señalaba el informe un casi nulo crecimiento del PBI en 10 años (3,5%). Entre los hechos mencionados por Prebisch, hacía especial hincapié en la hipertrofia del aparato estatal en todas sus áreas, no solamente en lo específicamente económico (Cortés C., 2005: 213-220).

²⁶ CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, organismo regional dependiente de la ONU.

En el marco de un achicamiento de la organización del Estado, promovida por el Plan Prebisch, en lo relativo específicamente a los aspectos sanitarios, el Gobierno decidió acudir al asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El pedido fue transmitido por el Subsecretario de Salud, Dr. Francisco Elizalde, al Representante de Zona de OPS/OMS, en diciembre de 1955. Dado que era uno de los primeros pedidos de esta naturaleza que recibía la OPS, se constituyó una *Comisión de Expertos* presidida por el Subdirector de OPS, Dr. Carlos L. González (Venezuela), e integrada por el Dr. Paulo Antúnez y el Ing. Abel Wolman (EE.UU.). El primer informe específico sobre el sistema hospitalario, fue realizado por el sanitarista brasileño, Dr. Odair Pedroso, y entregado al Ministro en septiembre de 1957. Recomendaba transferir la responsabilidad de los establecimientos nacionales a las respectivas provincias, coincidiendo con los objetivos generales de la Revolución Libertadora. Un segundo informe del Dr. Hugo Enríquez Fröden (Chile), proponía el sistema de atención médica recomendado. Como consecuencia del informe de Pedroso, el Gobierno decidió transferir los hospitales casi de oficio, sin el correspondiente soporte técnico y financiero, por lo que se produjo un rápido deterioro de los establecimientos. En función de las recomendaciones del informe de Enríquez, por el Decreto N° 2.245/56 se creó la Comisión Nacional del Seguro Nacional de Enfermedad, integrada por representantes de los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Previsión (Veronelli, 2004: 537-551).

Es interesante rescatar algunos de los conceptos vertidos por los consultores de la OPS, porque reflejan tendencias de ese momento. Pedroso manifestaba que los establecimientos hospitalarios debían pertenecer y ser administrados en general por entidades no estatales, con una función subsidiaria del Estado en lo relativo a la adquisición de bienes y equipamiento. Destacaba el carácter técnico de la administración de los nosocomios y criticaba las habituales designaciones políticas de los Directores. Entendía los establecimientos hospitalarios como empresas públicas productoras de servicios, cuya administración debía ser descentralizada, con el fin de evitar actitudes del personal propias de *empleados públicos*. Le llamaba la atención la total gratuidad de los hospitales, así como que los centros de salud fueran en realidad clínicas de atención ambulatoria, que efectuaban pocas acciones preventivas, pese a que habían sido creados con ese objetivo. Enríquez, por su parte, señalaba el excesivo número de subdivisiones en las estructuras ministeriales, donde cada oficina entendía en un único tema, con limitado poder de decisión, y superponía una parte de sus actividades con las de otras dependencias. Al mismo tiempo criticaba los *programas verticales* o las *grandes luchas*, proponiendo que fueran integrados a las tareas generales de las dependencias principales. Finalmente, mencionaba la necesidad de capacitar específicamente en Salud Pública al personal de los organismos sanitarios (Veronelli, 2004: 554-568).

Las transferencias hospitalarias se basaban en el concepto de *centralización normativa y descentralización operativa*, que ya se empleaba desde la época de Carrillo, pero en las particulares circunstancias históricas en que se llevaban a cabo, tenían como finalidad principal la desarticulación del aparato hegemónico del Ministerio nacional. Sin embargo el proceso resultó tortuoso y oscilante. Por los Decretos-Leyes N° 1.371 del 8 de febrero y 1.156 del 25 de septiembre de 1957, se crearon los instrumentos para posibilitar las transferencias, que se ejecutaron durante 1958, previos convenios con cada una de las provincias y municipios. De los 1.772 hospitales existentes en el país en 1957, 230 dependían del Ministerio nacional, así como 204 de los 2.052 centros de salud. Hasta mayo de 1958 se habían firmado convenios para transferir nosocomios con Córdoba, Corrientes, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán. Se transfirieron así un total de 272 establecimientos.

Una vez que accedió Arturo Frondizi a la Presidencia, se dispuso reintegrar los servicios transferidos a la jurisdicción nacional, ante la notoria incapacidad de las provincias para afrontar su manutención, mediante la Ley 14.475 del 25 de septiembre de 1958. Esta misma ley promovía nuevas medidas legislativas tendientes a una descentralización ordenada de los servicios. Por el Decreto N° 8.569 del 22 de septiembre de 1961 se estableció la necesidad técnica de volcar al ámbito provincial los establecimientos asistenciales, lo cual fue instrumentado mediante la Ley 16.432 de Presupuesto del Ejercicio 62. Los traspasos debían llevarse a cabo mediante convenios de reciprocidad y asignaciones presupuestarias; sin embargo, al término del ejercicio fiscal, sólo se habían convenido las transferencias con Santa Cruz y Formosa, así como otras derivaciones parciales a Tucumán y Córdoba. A lo largo de las

gestiones de Héctor Noblía (1958-62) y Arturo Oñativia (1963-66), Ministros de Salud de Frondizi e Illia, respectivamente, se mantuvo una actividad prudente respecto del equilibrio entre centralización y descentralización, por lo que el resultado -en términos de transferencias concretadas- fue escaso (Veronelli, 1975: 71-78).

La tendencia al achicamiento del Estado, no debe interpretarse como un fenómeno exclusivo de la Argentina. El enorme crecimiento del gasto estatal y del Gasto Público Social, determinado por la 2ª Guerra Mundial y la etapa inmediata de reconstrucción, indujo -en las décadas siguientes- a que muchos países descentralizaran la administración de sus sistemas de protección social. De modo que organismos de Seguridad Social, que anteriormente estaban en manos del Estado, pasaron a constituir entes autárquicos autofinanciados. La misma tendencia se produjo en la prestación de servicios públicos, como gas, electricidad, telefonía y transportes, cuya producción y distribución fue transferida a operadores privados. El Estado mantuvo distintos grados de ingerencia; desde sociedades de capital mixto hasta la simple regulación de las concesiones, en general preservando la pertenencia pública de los bienes patrimoniales. Seguramente las causas fueron múltiples y estaban vinculadas a la recomposición de la economía mundial, por lo que puede inferirse que las recomendaciones del Plan Prebisch y de la Comisión de Expertos de OPS, acompañaban conceptos económicos generales del momento, además de las motivaciones políticas circunstanciales ya comentadas.

Otro componente importante de esta etapa, es el crecimiento del poder de negociación de los médicos organizados gremialmente. Durante la década peronista se habían producido reiterados conflictos entre los médicos que apoyaban al Gobierno y los que defendían su independencia política y su poder de negociar aranceles. El enfrentamiento también se expresaba institucionalmente: los primeros se agrupaban en la Corporación de Médicos de la República Argentina (CMRA), que había recibido el reconocimiento gremial de la Secretaría de Trabajo y Previsión; los segundos, conformaban la Confederación Médica de la República Argentina (CoMRA). Obviamente, la CMRA fue proscripta por el Gobierno de la Revolución Libertadora, y los médicos identificados como peronistas, cesanteados de sus puestos de trabajo. Entre junio y septiembre de 1958, durante la Presidencia de Frondizi, la CoMRA encabezó una huelga médica nacional, esencialmente orientada a confrontar con las organizaciones sindicales, que administraban las Obras Sociales. Quienes se opusieron a esa huelga, fueron los médicos desplazados en 1955, agrupados en el Centro Médico de Buenos Aires. En el fondo, subyacía a este conflicto dentro de la profesión médica, una controversia ideológica respecto a la naturaleza de la profesión: la visión de la CoMRA había enfrentado la visión del *médico funcionario*, promovida por el Gobierno peronista y, más tarde, defendía la independencia de los médicos para el ejercicio *liberal* de la profesión. Pero también reivindicaban el derecho de los médicos agremiados para intervenir en la gestión administrativa de la Seguridad Social (Belmartino y col., 1991: 272-281).

Un personaje destacado en el proceso reseñado en el párrafo anterior, fue sin duda el Dr. Sergio Provenzano. Como dirigente de la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FeMeBA), Provenzano advertía hacia 1959, las dificultades progresivas para que pudiera mantenerse un subsector público -para la población de bajos recursos- y un subsector privado de ejercicio netamente liberal. Suponiendo que la tendencia del país se orientaba hacia el creciente protagonismo de la Seguridad Social, descartaba la posibilidad de un Servicio Nacional de Salud financiado exclusivamente por el Estado, y proponía "socializar la medicina privada", para estructurar un Seguro de Salud con financiamiento tripartito Estado-empleador-trabajador. Basado en estos fundamentos, logró la creación del Instituto de Obra Médico-Asistencial (IOMA) para la cobertura de los empleados estatales de la Provincia de Buenos Aires, y asumió como su primer Presidente. Esta posición, aunque fue luego predominante, no estaba exenta de polémicas: desde la Federación Médica de la Capital Federal, el Dr. Bernardo Kandel defendía el ejercicio privado y la libre competencia (Bermartino y col., 1991:222-231). Unos años más tarde fue convocado por Oñativia al ámbito sanitario nacional, designándolo en 1965 como Interventor del Consejo Nacional de Asistencia Social. Éste era el organismo encargado de acordar con los actores de las incipientes iniciativas de Seguridad Social, la conformación de un proyecto de consenso que desembocara en la cobertura universal de la población (Veronelli, 2004: 610-616).

A través de hechos como los mencionados aquí, a partir de 1955 comienza a consolidarse un protagonismo de las organizaciones gremiales médicas, que determinaría en el futuro su participación como intermediarios administrativos del circuito de facturación y cobranzas de la

Seguridad Social, a medida que se fueron consolidando las Obras Sociales sindicales y las provinciales, como cimientos de la organización del sistema.

Las gestiones ministeriales de la década del 60

La gestión de Noblía, pese a la brevedad impuesta por el período presidencial truncado, estuvo signada por decisiones trascendentes. Es significativo que, al igual que Ramón Carrillo, tenía la aspiración de completar su mandato con la sanción de un Código Sanitario. Se inició con la ya mencionada Ley 14.475, por la que se dio marcha atrás con las transferencias compulsivas a las provincias, para luego reiniciarlas en forma ordenada. También asignó importancia a las luchas contra las patologías infecciosas, como Chagas y tuberculosis. Apoyó decididamente el proyecto del Gobernador de San Juan, Américo García, para crear un Servicio Provincial de Salud. Asimismo, apoyó en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires - gobernada entonces por Oscar Alende, con el Ministerio de Salud a cargo del Dr. Osvaldo Mammoni- una experiencia breve pero trascendente, denominada *Hospitales de Reforma*, mediante la cual se descentralizaba la administración hospitalaria y se procuraban fuentes alternativas de financiamiento diferentes de la presupuestaria (será tratada en profundidad en el Capítulo 9). Preocupado por el gasto en medicamentos, encargó a un grupo de médicos prestigiosos, la preparación de un Repertorio Terapéutico Nacional. Por último, debe señalarse su preocupación por la formación de los recursos humanos que administraban el Sector Salud. Por este motivo, acordó a fines de 1958 con la Universidad de Buenos Aires, dirigida entonces por el Prof. Risieri Frondizi, la creación de la Escuela de Salud Pública, en el ámbito de la Facultad de Medicina, dado que la creada por Carrillo se había desactivado después de su renuncia. Asimismo, inició el sistema de residencias médicas hospitalarias.

Arturo Oñativia llegó al Ministerio con expectativas de realizar una gestión integral. De prolongada militancia política radical en su provincia natal, Salta, contaba además con la visión del médico compenetrado de las necesidades prioritarias de la población carenciada. Por haberse especializado en Endocrinología y Nutrición, tenía un profundo conocimiento de la situación alimentaria y epidemiológica del NOA. Fue acompañado en sus tareas -entre otros- por los Dres. Bernabé Cantlon y Plácido Nosiglia. Una de sus primeras preocupaciones fue la ambigüedad de las atribuciones de la autoridad sanitaria nacional, ya que se había anulado la reforma constitucional de 1949, sin que Carrillo hubiera logrado la sanción del Código Sanitario. Por esta razón, a efectos de fortalecer el papel de los Delegaciones Sanitarias Federales, creó en 1964 un Oficina Coordinadora (Decreto N° 2.083), asignándoles la representación del Ministerio en las provincias. Hacia fines de 1964 inició gestiones ante el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para el financiamiento del Plan Nacional de Abastecimiento de Agua en Zonas Rurales. Una vez aprobado el crédito se creó dentro del Ministerio, el Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural. Debe destacarse la amplitud de su visión sanitaria, al atribuir carácter prioritario a la provisión de servicios de saneamiento que, por sí solos, contribuyen a la salud de la población con mayor alcance que el que suelen lograr los servicios asistenciales.

Entre 1964 y 1965 se realizó el Catastro Nacional de Recursos y Servicios en Salud, que arrojó una dotación total de camas de internación de 141.869. En 1965 se decidió reorganizar la Dirección de Estadística y Economía Sanitaria que, con un importante apoyo de la OPS, procuró la uniformidad de la información estadística de todo el país, mediante convenios con las provincias, a fin de formular el Plan Nacional de Estadísticas Sanitarias. Este plan tuvo continuidad posterior y dio lugar al Estudio sobre Salud y Educación Médica llevado a cabo en 1969 (SS-AFM-OPS, 1969-71). Un estudio conjunto entre la OEA, el BID y la CEPAL efectuado en 1963, sobre "Incidencia de los gastos en medicina en los presupuestos familiares" había mostrado que, en los grupos de menores ingresos, el gasto en medicamentos alcanzaba más del 62% del gasto en salud de los hogares. Estos antecedentes, además de objetivos políticos planteados por el Gobierno desde su asunción, determinaron la formación de una Comisión Consultiva de Medicamentos, integrada por profesionales de reconocido prestigio. Después de intensas y tortuosas gestiones, se logró la sanción parlamentaria de las Leyes 16.462 -sobre los aspectos económicos- y 16.463 -sobre los aspectos técnicos- de la producción, importación y comercialización de medicamentos, que motivaron fuertes presiones políticas por parte de los

intereses afectados. Al ordenar la reinscripción de las especialidades medicinales, el número de productos registrados se redujo de unos 33.000 a 17.832 (Veronelli, 2004: 598-618).

Comentarios de diversos observadores del campo sanitario, especialmente en la década del 80, consideraban a las leyes de medicamentos como principal factor desencadenante de la caída del Presidente Illia. Aunque la influencia internacional de la industria farmacéutica era de gran magnitud, la historia política que precedió a los sucesos de 1966, así como el sinuoso desarrollo posterior del Gobierno militar, permiten suponer que es improbable que esta causa haya sido el factor determinante. No obstante, debe destacarse el alto grado de determinación política por parte del Gobierno radical, que implicaba una decisión tan trascendente. Un análisis detallado de los planes, recursos y resultados de la gestión, fueron volcados por Oñativia en una publicación que coordinó personalmente, rescatando las acciones que consideraba positivas de las gestiones anteriores y continuando la actitud de planificar e informar, que había mostrado Carrillo (MASSP, 1966).

A partir del golpe militar de junio de 1966, las Fuerzas Armadas designaron en la Presidencia de la Nación al Gral. Juan C. Onganía, uno de los líderes del sector *azul*, triunfante en el enfrentamiento interno del Ejército en 1962, conocido como *azules vs. colorados*. Si bien la "Revolución Argentina" no tuvo una orientación política homogénea, predominó la tendencia a favorecer la participación de las corporaciones sindicales y de prestadores en la gestión de los servicios de salud. Además, una parte importante de los cuadros de Gobierno fueron reclutados entre sectores conservadores, provenientes del movimiento católico *cursillista*. Los ministerios y secretarías de los sectores *sociales* fueron reestructurados, con el fin de reducir el gasto administrativo y facilitar la supervisión por parte de la Presidencia. La Secretaría de Trabajo fue asignada al Ministerio de Economía, mientras que las Secretarías de Seguridad Social y Vivienda, y la de Salud Pública, junto con una Secretaría de Promoción y Asistencia de la Comunidad creada entonces, fueron incorporadas al nuevo Ministerio de Bienestar Social (MBS). Los temas relacionados con la regulación económica de los medicamentos quedaron en la órbita de Economía.

En la Secretaría de Salud Pública fue designado el Dr. Ezequiel Holmberg, investigador de prestigio, quien fue acompañado como Subsecretario por el Dr. Alberto Mondet, que ya venía actuando en el Ministerio desde la gestión de Oñativia. Estas circunstancias, sumadas a la calidad intelectual de los funcionarios, determinaron una cierta continuidad técnica con las decisiones adoptadas durante la gestión radical. En lo referente a los establecimientos que quedaban en la jurisdicción nacional, durante esta gestión se eliminaron muchos de los institutos especializados creados por Carrillo. Consideraban que la clave del Sistema de Salud consistía en ordenar la red de establecimientos asistenciales, a efectos de que -a través de vías de derivación adecuadamente programadas- pudieran afrontarse con solvencia todos los problemas, que demandaran las necesidades de la población. Por otra parte, volvió a insistirse en la descentralización administrativa, no sólo a través de las transferencias de establecimientos a las provincias por convenios de reciprocidad, mediante la Ley 18.586, sino también mediante la participación de la comunidad en la administración de los hospitales, sancionando la Ley 17.102 (será tratada en el próximo capítulo). Lo mismo ocurrió con la lucha contra la enfermedad de Chagas donde, aunque se continuó el impulso dado al problema por Oñativia, se transfirió la responsabilidad ejecutiva a las provincias.

Las condiciones políticas *de facto*, en las que tanto los interventores de las provincias como sus ministros, fueron designados con acuerdo del Gobierno nacional, posibilitaron paradójicamente una significativa coherencia de la Política Sanitaria. Más allá del atropello al *federalismo* de la Constitución Nacional que implicaba, dichas circunstancias permitieron que accedieran a funciones ministeriales en las provincias, sanitaristas bien capacitados en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ESPUBA), a cargo en ese momento de Abraam Sonis. Asimismo, en la Provincia de Jujuy fue designado Ministro de Salud Pública, el Dr. Carlos A. Alvarado, que había dirigido con notable éxito el programa de erradicación del paludismo durante la gestión de Carrillo. Partiendo de su prolongada experiencia, el Dr. Alvarado llevó a cabo un programa de salud rural, en base a un cuerpo de agentes sanitarios especialmente formados, que visitaban periódicamente a la población en sus propios domicilios. Probablemente se inspiraba en las visitadoras sociales de la época de Carrillo, pero estos agentes tenían una formación específica para detectar, registrar y educar a los hogares en los problemas sanitarios. Posteriormente, este modelo de extensión sanitaria fue reproducido en otras provincias (Veronelli, 2004: 631-636).

Uno de los aspectos importantes de esa gestión fue el proceso de ordenamiento de las Obras Sociales, por aproximaciones sucesivas. La primera medida fue la creación de la Comisión Coordinadora de Obras Sociales Sindicales, mediante el Decreto N° 2.318/67, en la que se reunieron representantes de las Secretarías de Trabajo, Salud Pública y Promoción y Asistencia de la Comunidad. A través de una encuesta se registraron unas 400 Obras Sociales. Por la Ley 17.230 del mismo año, pasó a ser la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales, en la órbita del MBS. El informe de esta Comisión fue la base de la Ley 17.850 de agosto de 1968, que estableció normas operativas y arancelarias de regulación del sistema. Por otra parte, la Ley 18.045 de diciembre de ese año, normatizó las condiciones de reciprocidad que regularían los convenios entre proveedores y compradores de servicios. Más tarde, la Ley 18.483 de diciembre de 1969 fijó aranceles obligatorios para todos los convenios. Por último, a comienzos de 1970 se sancionó la Ley 18.610, que estableció la obligatoriedad de los aportes del empleado y las contribuciones patronales para todos los trabajadores en relación de dependencia, a efectos de contar con la cobertura de la Obra Social -ya existente o a crearse- de la propia rama de la producción. Asimismo, se creaba el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), como ente regulador dependiente del MBS (Katz-Muñoz, 1988: 41-43; Arce, 1993: 167-170).

A través de este proceso culminó la etapa de desarrollo de la cobertura social de los trabajadores, a la que se denominó *voluntarista* -o mejor *voluntaria*- para abrir paso al período *obligatorio*. El Ministro de Bienestar Social era entonces Carlos Consigli y el Secretario de Promoción y Asistencia de la Comunidad, Santiago de Estrada, que se ocupó de la puesta en marcha del INOS. También intervino el Secretario de Trabajo, Rubens San Sebastián. Parece contradictorio que haya sido este Gobierno el que más fortaleció las organizaciones sindicales y profesionales. En efecto, se sancionó en 1970, la Ley de Asociaciones Profesionales, que recuperaba el principio de una sola entidad gremial por rama de la producción y una sola central sindical. Esto posibilitó la *normalización* de la CGT y la elección de José Rucci, como Secretario General. Pero al mismo tiempo esa ley favoreció el ordenamiento de las organizaciones empresarias, que se agruparon en dos sectores, esquemáticamente caracterizados como: los pequeños y medianos empresarios, nucleados alrededor de la Confederación General Económica (CGE), y los grandes empresarios, adheridos a la Unión Industrial Argentina (UIA).

También en el Sector Salud, se otorgó personería gremial a las asociaciones de 3^{er} grado, de alcance nacional: la CoMRA ya mencionada, la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (ConfeCliSa), la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA), la Confederación Única de Bioquímicos de la República Argentina (CUBRA) y la Confederación Farmacéutica Argentina (CoFA). Como se ve, la lógica del Gobierno de *facto* conllevaba la necesidad de contar con una sola organización disciplinada por cada sector, como interlocutora en el tratamiento de las cuestiones sociales. La misma legislación establecía la jurisdicción de los distintos niveles gremiales: 1^{er} grado para las entidades locales, 2^{do} grado para las provinciales y 3^{er} grado para las de alcance nacional. Asimismo, reforzando el carácter corporativo de las asociaciones, permitía la reelección indefinida de sus dirigentes. Cabe apuntar que, en el campo previsional, ya desde 1967 se había agrupado a los trabajadores en 3 grandes cajas: la de Industria, Comercio y Actividades Civiles (CICAC), la del Estado y Servicios Públicos (CESP) y la de Trabajadores Autónomos (CTA). La configuración de las asociaciones profesionales, tal como fue descripta, tuvo dos consecuencias posteriores: por un lado, posibilitó interlocutores representativos para negociar condiciones estables de funcionamiento del sistema de Seguridad Social; por otro lado, permitió que esos dirigentes se eternizaran al frente de sus organizaciones y fueran partícipes al mismo tiempo de todo tipo de corruptelas.

Durante la gestión de Holmberg y Mondet se consolidaron diversas fuentes de datos técnicos, necesarios para una toma racional de decisiones. En primer lugar, sobre la base de la Dirección de Estadísticas y Economía Sanitaria, creada por Oñativia en 1965, se formó la Dirección Nacional de Información Técnica, integrada por los Departamentos de Estadísticas y de Economía Sanitaria. En este organismo se nuclearon un conjunto de sanitaristas formados en la ESPUBA, bajo la dirección del Dr. Carlos Ferrero. Mediante el patrocinio compartido entre la Subsecretaría de Salud Pública, la Asociación de Facultades de Medicina y la OPS, diseñaron, planificaron e implementaron en 1969 un extenso estudio de encuestas y de análisis estadístico, destinado a conocer el peso de los distintos componentes del sistema en el gasto

en salud de las familias, así como el verdadero nivel de utilización de servicios médicos por parte de la población. El trabajo, denominado Estudio sobre Salud y Educación Médica, procuraba estudiar el comportamiento de la población respecto a la atención de su salud, abarcando los aspectos que escapaban al control del Estado (SESP-AFM-OPS, 1969-71). Otro estudio técnico trascendente se llevó a cabo con el apoyo de las provincias, a través del Consejo Federal de Inversiones (CFI). Tenía por finalidad ordenar los establecimientos públicos dependientes de las diferentes jurisdicciones, articulándolos en redes integradas de complejidad creciente. Con este fin se desarrollaron los *perfiles de complejidad hospitalaria*, para *categorizar* los nosocomios y determinar niveles de atención (Barrenechea y col., 1968). Será comentado con mayor extensión en el Capítulo 9.

Cambios en el comportamiento económico del Sector hasta 1970

Además de la evolución del comportamiento corporativo de los médicos ante los cambios que se producían en la organización del Sistema de Salud, es importante analizar cómo evolucionaba su comportamiento económico, a través de los criterios adoptados en la regulación de los aranceles profesionales. Durante la década peronista, se firmaron los primeros convenios de asistencia médica entre Obras Sociales y gremios médicos de las provincias de Santa Fe y Buenos Aires -en los años 1948 y 1949-, que establecían un rudimentario listado de prestaciones, basado en los aranceles de las compañías de seguros. Esta modalidad arancelada fue ratificada más tarde en los Congresos Médico-Gremiales de la CoMRA de Mar del Plata-1954 y San Luis-1957. Una de las consecuencias de esta tendencia a uniformar los aranceles, fue el denominado *Libro Verde* de FeMeBA de 1958. Este catálogo arancelario reglamentaba solamente las prácticas quirúrgicas -en general las consultas clínicas no estaban cubiertas- e incluía un anexo para sanatorios y laboratorios, que en su mayor parte eran propiedad de los médicos. Poco después aparecieron el *Libro Rosa* -de aranceles sanatoriales- y el *Nomenclador Bioquímico*.

La edición de 1961 del *Libro Verde* de FeMeBA llevó el título de "Aranceles mínimos para asistencia y prácticas médicas", con lo que determinaba el *piso* del costo de los convenios, pero admitía acuerdos por costos mayores. En esa oportunidad incluía también aranceles para las consultas y visitas, síndromes clínicos principales y prácticas especializadas. Llevaba la aspiración explícita de que constituyera una nomenclatura tipo para todo el país y se basaba en 3 principios del ejercicio profesional: a) libertad de elección recíproca entre el médico y el paciente; b) aranceles mínimos aprobados por las entidades gremiales médicas, y c) convenios profesionales colectivos a través de las mismas entidades. Aquel nomenclador clasificaba las prestaciones por especialidades, patología y tipo de intervención, les asignaba una codificación, estipulaba aranceles en pesos y fijaba algunas normas rudimentarias de procedimientos administrativos. En 1963 se publicó otra edición, donde se modificaba la codificación, adaptándola a la clasificación de enfermedades de la OMS, y se introducía un cuerpo normativo más extenso. La expectativa de que fuera tomado como base contractual para todo el país, logró concretarse en los hechos. La edición de 1966, conservaba la estructura del anterior, pero introducía la unidad *galeno* para los honorarios médicos y, la de *gasto sanatorial*, para el componente institucional. Además introducía por primera vez el concepto de Auditoría Médica, como elemento de vínculo racional entre los signatarios del contrato. Hasta que se establecieron aranceles obligatorios mediante la Ley 18.483/69, estos nomencladores fueron la base de casi todos los contratos (Reale y col., 1978).

La profusa producción de instrumentos normativos para los contratos entre prestadores y Obras Sociales, mostraba la preferencia de estas últimas por los prestadores privados, no sólo por su flexibilidad en las contrataciones, sino también porque éstas eran las expectativas de sus asociados, que aspiraban a que su Obra Social les evitara concurrir a servicios públicos. De tal modo que se desarrolló intensamente en esta etapa, la capacidad instalada privada con y sin fines de lucro, a la vez que se desactivaron una significativa cantidad de camas estatales. La inversión estatal en recursos físicos se tornó prácticamente nula. Durante el tramo 1966-69, se cerraron varios institutos nacionales de atención especializada; entre otros, los de Nutrición y de Endocrinología, junto con las transferencias de hospitales nacionales a sus respectivas jurisdicciones de asiento. La reducción de la participación estatal en el gasto en Salud, favoreció la expansión del sistema de Obras Sociales en la financiación de la atención médica,

a expensas de una paulatina reasignación de recursos en el interior de las entidades de origen sindical, que se habían afianzado en el período anterior.

Las anteriores mutuales gremiales, habían transitado de la voluntariedad a la obligatoriedad, mediante su incorporación a los términos de los Convenios Colectivos de Trabajo de la respectiva rama de la producción. En algunos casos se dictaron leyes especiales, para sectores del trabajo de gran significación política y poblacional, a través de un proceso que se prolongó desde el Gobierno peronista hasta 1969. Sin embargo, este cambio no fue lineal y dio lugar a una gran diversidad de formas jurídicas, organizativas y de población cubierta. Ambas tendencias expansivas, la de la capacidad instalada -privada y mutual- y la de la capacidad financiadora de las Obras Sociales, se retroalimentaron recíprocamente, favoreciendo el desarrollo de un sistema prestador/ financiador de atención médica, paralelo a la oferta estatal de servicios, que fue neutralizando progresivamente la hegemonía alcanzada por el subsector público durante la década peronista. Debe mencionarse, no obstante, que en el ámbito de la Seguridad Social, las Obras Sociales de empleados de organismos estatales, cumplieron en esta etapa un papel preponderante como modelos institucionales de organización. Como ejemplos pueden mencionarse las de los Ministerios de Economía, de Bienestar Social, de Obras Públicas y de los Ferrovios.

Como resultado de los cambios que se estaban produciendo en el Sector, se fue instalando con claridad el concepto de *desdoblar* las fuentes de financiamiento de los establecimientos, respecto de su posesión patrimonial. En los hospitales públicos se procuraban fuentes alternativas de financiamiento -diferentes del presupuesto- mediante convenios con la Seguridad Social, a través de modelos que se comentarán con más detalle en el capítulo siguiente, como los hospitales de *reforma* de la Provincia de Buenos Aires y los de *comunidad* o SAMIC de la Ley 17.102/77. Los hospitales mutuales de comunidades extranjeras -por su carácter privado- mostraron una mayor flexibilidad para adaptarse a este fenómeno. Por otra parte, los sanatorios privados, que ya desde principios del Siglo XX habían gestado sistemas financiadores comerciales, por medio de *abonos* locales, ampliaron los límites de la venta de sus servicios, integrados en redes gremiales de prestadores que celebraban contratos con Obras Sociales sindicales. Los sanatorios y hospitales sindicales fueron curiosamente los más resistentes a abrir sus puertas a otros beneficiarios: los metalúrgicos, los ferroviarios, los textiles y otros, sólo atendían a los miembros de su actividad. En otros casos contrataban pisos o sectores de sanatorios con exclusividad, para lograr una atención preferencial. Antes de esta etapa, la idea de contar con un *servicio propio* exclusivo para los beneficiarios de la entidad, presidía los propósitos de todo emprendimiento, incluso en los hospitales de comunidades extranjeras.

El concepto de *desdoblamiento* entre la financiación del funcionamiento y la posesión patrimonial, implicaba un cambio sustancial en la dinámica de gestión de los nosocomios. Las instituciones privadas tenían que maximizar la utilización de su capacidad instalada, ya que una capacidad ociosa permanente comprometía su viabilidad económica. En los hospitales públicos, los presupuestos eran crónicamente deficitarios y, en general, repetían los ejercicios anteriores con algunos ajustes inflacionarios, por lo que la expectativa de reforzarlos con recursos adicionales se extendía rápidamente. Los hechos concurrentes relatados hasta aquí, determinaron una dispersión de los centros de decisión y planificación, no sólo territorialmente hacia las provincias, sino también hacia compartimentos no estatales, ya fueran solidarios o lucrativos. La transferencia de los hospitales hacia las jurisdicciones donde estaban emplazados, la mayor ingerencia relativa de las asociaciones de prestadores en la Seguridad Social, la mayor participación de las Obras Sociales en el financiamiento de la atención médica y el incremento de los establecimientos privados, fueron otras tantas oportunidades de transmisión de resortes decisivos hacia otros protagonistas.

Conviene resumir estas circunstancias. La situación de hegemonía del Estado nacional durante la década peronista, fue paulatinamente desmontada, ya sea racionalizando la cantidad de establecimientos públicos, eliminando organismos especializados que se habían creado en aquel momento de expansión estatal, así como transfiriendo los hospitales a las provincias. En los hospitales, diversas iniciativas promovían la descentralización administrativa y la procuración de fuentes alternativas de financiamiento provenientes de la Seguridad Social. A partir de 1955, se requirió a las Obras Sociales sindicales una mayor participación en la financiación de la atención médica, no sólo como parte de la voluntad de sus directivos, sino también como exigencia creciente de las autoridades. Las organizaciones gremiales de

prestadores fueron adquiriendo carácter protagónico, tanto como representativas de sus asociados ante las autoridades, cuanto como intermediarias corporativas en el circuito contractual entre prestadores y Obras Sociales. Para ejercer este protagonismo, ordenaron sus condiciones arancelarias y estructuraron sus mecanismos administrativos para hacerse cargo de estas funciones. Los establecimientos privados, fueran con o sin fines de lucro, también se preparaban para saturar su capacidad operativa, buscando el mayor rendimiento de sus instalaciones. Esta adecuación comercial, junto con la voluntad de los trabajadores sindicalizados de ser atendidos en instituciones propias o particulares, promovió el crecimiento relativo del subsector privado.

Cuadro N° 8.1: Distribución de las camas de internación entre 1954 y 1969, por jurisdicción.

Subsector	1954		1964		1969	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Estatat	(a) 114.315	85.2	107.495	75.9	97.688	73.0
Obras Sociales	(b) 3.000	2.2	4.957	3.5	4.977	3.7
Privado	16.903	12.6	29.175	20.6	31.182	23.3
Total	134.218	100.0	141.627	100.0	133.847	100.0

Fuente: elaboración propia en base a datos de Veronelli-Campoamor, 1971 y registros catastrales de la Secretaría de Estado de Salud.

(a) Estimado, incluyendo hospitales universitarios y de la Fundación Eva Perón.

(b) Estimado.

En el Cuadro N° 8.1 se refleja esta evolución de la capacidad instalada nacional con datos cuantitativos. En noviembre de 1971 la Secretaría de Salud Pública promovió la sanción de la Ley 19.337, que apresuraba la descentralización administrativa de los hospitales remanentes en la jurisdicción nacional y los autorizaba a establecer convenios con las Obras Sociales. Tal como mostraban los datos cuantitativos presentados, el subsector público asistía a una progresiva pérdida de peso relativo, debido a múltiples factores: reducción de las inversiones estatales en salud, dificultades presupuestarias en las diferentes jurisdicciones para mantener sus hospitales, ineficiencia en las normas administrativas para adaptarse a las reglas de juego de la Seguridad Social, crecimiento de la incorporación de tecnología compleja a los establecimientos privados e incremento de la proporción de población cubierta por Obras Sociales, que prefería usar establecimientos privados.

Las reformas en la Seguridad Social de la década del 70

Al sancionarse la Ley 18.610 en febrero de 1970, el mensaje de elevación estaba firmado por el Ministro de Bienestar Social, Carlos Consigli, y el Secretario de Promoción y Asistencia de la Comunidad, Santiago de Estrada. No puede dejar de mencionarse en la negociación que desembocó en este instrumento legislativo, la influencia del Secretario de Trabajo, Rubens San Sebastián, ya que era el principal operador de las relaciones entre el Gobierno y la CGT normalizada, cuyo Secretario General era José Rucci. En realidad, junto con la Ley de Asociaciones Profesionales, formaron parte de un marco normativo satisfactorio para los sindicalistas, en el que recobraron definitivamente su capacidad de presión frente a las autoridades, así como la conducción de las Obras Sociales, que se habían formado en el seno de las organizaciones gremiales. Con el primer instrumento, la totalidad de los trabajadores formales en relación de dependencia, pasaron obligatoriamente a un régimen de cobertura financiado con aportes del trabajador del 1% y contribuciones del empleador del 2% sobre la nómina salarial. Los gremios que ya contaban con Obra Social lograban el encuadramiento compulsivo de todos los trabajadores de su actividad; los que no la tenían pasaron a recaudar para organizarla. Las entidades así constituidas debían destinar el 70% de sus ingresos a proveer servicios de atención médica. Mediante el segundo instrumento se aseguraba un único sindicato por rama de la producción y una sola central de trabajadores, criterios que eran compatibles con las expectativas predominantes en el Gobierno.

A mediados de 1970 la cartera de Bienestar Social pasó a manos de Francisco Manrique, ex marino con destacada actuación en la Revolución Libertadora, periodista en la vida civil y

funcionario con vocación política. En diciembre de ese año se sancionó la Ley 18.912, que unificó los anteriores libros *verde* y *rosa*, poniendo en vigencia el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales en todo el país. Este nuevo cuadro arancelario introducía requisitos mínimos para autorizar la realización de algunas intervenciones quirúrgicas, diferenciándolas de las “sin requisitos”, y determinaba criterios de evaluación para los incipientes servicios de Terapia Intensiva²⁷. Durante este período se puso en funcionamiento el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), como ente estatal regulador del sistema, financiado por el Fondo de Redistribución, que se constituía por aportes solidarios efectuados por las Obras Sociales, en carácter de régimen compensador para entidades deficitarias. En mayo de 1971, como resultado de la histórica puja entre la CGT y el Sector Salud sobre la jurisdicción de las Obras Sociales, el INOS pasó a la órbita del Ministerio de Trabajo.

Desde su ubicación en la cartera de Trabajo, el INOS promovió la sanción de la Ley 19.710 en junio de 1972, que adquirió una mayor trascendencia regulatoria, por su carácter de concertación multilateral a través de la Comisión Paritaria Nacional (CPN), también conocida como *Gran Paritaria Nacional*. Los actores de esta concertación fueron la CGT, como representantes de 3^{er} grado de los beneficiarios del sistema, las organizaciones de 3^{er} grado de los prestadores (CoMRA, ConfeCliSa, CORA, CUBRA y CoFA) y el INOS, representando a las Obras Sociales, pero donde predominaban funcionarios vinculados a la CGT. En términos de puja distributiva las discusiones se polarizaron desde el comienzo entre *prestadores* y *prestatarios*, ya que el objetivo formal de la CPN era la concertación de convenios tarifarios de aplicación obligatoria en los servicios de atención médica. Pero sus actividades se extendieron más allá y aportaron durante muchos años el marco operativo de las relaciones entre prestadores privados y Obras Sociales. Además del acuerdo arancelario sobre la modalidad preferida de *pago por prestación*, con *libertad de elección* recíproca entre médico y paciente, se acordó la vigencia del Nomenclador que había establecido la Ley 18.912. Como hecho novedoso, en 1975 los prestatarios aceptaron la representatividad de las organizaciones de prestadores, legitimadas para inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores (RNP), como proveedores *mayoristas* -y también monopolísticos- de la oferta de servicios al sistema (Mera-Bello, 2003: 97-98). También en el marco de la Comisión se acordaron *requisitos mínimos* para los prestadores sanatoriales, que constituyeron un precedente de normas de calidad para los servicios a prestar, cuando aún no se hablaba de Acreditación Hospitalaria en el país.

Estos acuerdos fueron cancelados por el golpe militar de 1976 y no llegaron a ponerse formalmente en vigencia, pero siguieron funcionando en la práctica corriente del sistema, incluyendo el Nomenclador utilizado hasta 1977, aunque los convenios no pudieran ser homologados por el INOS. Es curioso que las propias organizaciones de prestadores hayan enarbolado el *pago por prestación* y la *libertad de elección*, como principio *cuasi* ético en su relación con las Obras Sociales. Dado que, al mismo tiempo, incorporaban al sistema a todos los profesionales y emprendimientos que deseaban operar en ese mercado, contribuyeron a la expansión irrestricta de la oferta y determinarían más tarde una crisis de *sobreoferta*.

La gestión de Manrique se volcó especialmente a la atención y captación política de la clase pasiva. A fines de 1971 promovió la sanción de la Ley 19.032, de creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP). De este modo se proporcionó cobertura a la totalidad de los jubilados y pensionados, beneficio que hasta ese momento sólo alcanzaba a una minoría, que prolongaba su protección a través de la Obra Social de origen. También incorporaba a los trabajadores autónomos, que no tenían ninguna cobertura. La organización del Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) del INSSJP, fue encomendada al Subsecretario de Seguridad Social, el empresario David Graiver, que había sido promovido por una de las centrales empresarias, la CGE. Cabe agregar que, desde el punto de vista de la Seguridad Social, junto a los trabajadores formales en relación de dependencia, se incorporaba ahora la clase pasiva con capacidad contributiva. Pero por el lado de la demanda, como parte de las inconsistencias y privilegios del sistema, quedaron al margen de esta legislación ordenadora las Fuerzas Armadas y de Seguridad, los Poderes Legislativo y Judicial, el personal universitario y, naturalmente, los empleados públicos de las provincias y municipios (Katz-Muñoz, 1988: 41-45; Arce, 1993: 170-174).

²⁷ Conviene recordar que el primer servicio de Terapia Intensiva del país, en base a normas internacionales, se había creado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “María Ferrer” en 1968.

De acuerdo a la Ley de creación, el INSSJP estaba conducido por un Directorio integrado por un Presidente y 5 Directores en representación del Estado, otros 3 en representación de los beneficiarios y 2 en representación de los trabajadores activos. Los Directores no estatales serían designados por el Ministro de Bienestar Social, a propuesta de las entidades representativas de cada sector (Decreto N° 1157/71). Como se ve, estuviera intervenido o normalizado, el PEN tenía el control pleno de su conducción. Jurídicamente el PAMI estaba comprendido dentro del régimen de la Ley 18.610, pero en la práctica debido a su peso político, siempre tuvo una significativa autonomía respecto de los organismos encargados de la regulación de las OS's: el INOS, la ANSSal y la SSS. Dentro de la clasificación de OS's formaba parte de los Institutos u OS's de Administración Mixta, integrado por 12 entidades, que por sí solas constituían más del 60% de la población cubierta por la SeS. Con el paso del tiempo, el nivel de autonomía del PAMI fue cada vez mayor, por lo que su Presidente o Interventor ni siquiera reportaba al Ministro de Salud.

Por ser ente de *derecho público no estatal*, el INSSJP tenía su propio régimen contable y, en consecuencia, estaba excluido de las normas de la Ley de Contabilidad de la Administración Pública Nacional y del control del Tribunal de Cuentas de la Nación. De modo que el contralor estatal de su gestión administrativa, era equivalente al de las empresas públicas de servicios, a cargo de la Sindicatura General de Empresas Públicas (SIGEP). A partir de la década del 90, cuando todas las empresas públicas fueron privatizadas, el contralor del PAMI quedó en la órbita de la Sindicatura General de la Nación (SIGEN). En su esquema económico inicial, la financiación estaba compuesta por el 2% de los haberes mensuales y el 3% del aguinaldo de los jubilados y pensionados, el incremental del primer mes de cada aumento que se otorgara a la clase pasiva, el 1% de los haberes de todos los trabajadores activos y el 8% del producto de la Lotería Nacional. El gasto administrativo no debía exceder el 5% de lo recaudado.

El equipo técnico que diseñó la organización inicial del PAMI se inspiró en el modelo del NHS británico, como ejemplo de organización única con cobertura igualitaria y universal. El propósito central del programa era proporcionar atención médica integral, a una población altamente consumidora, con un costo razonable y mediante una fuerte orientación de la demanda, con servicios ordenados en 3 niveles.

- 1^{er} Nivel. Basado en médicos de cabecera que atendían en sus propios consultorios, contratados en forma directa mediante pago por capitación, para atender a una población asignada, tanto en el consultorio como a domicilio. Las facultades de los médicos de cabecera, para la prescripción diagnóstica, estaban acotadas a las radiografías no contrastadas y los análisis de laboratorio de *rutina*. Tanto los servicios de Radiología como los laboratorios de 1^{er} nivel, estaban contratados por capitación. Estos servicios estaban complementados por las urgencias, la Enfermería y la Kinesiología domiciliaria, así como una amplia cobertura de los medicamentos ambulatorios con descuentos de hasta el 70% respecto del precio general de venta al público, que en algún momento llegó hasta el 90%.
- 2^{do} Nivel. Basado en establecimientos públicos y privados, que proporcionaban atención ambulatoria especializada e internaciones agudas, también contratados por capitación en forma directa. Éstos tenían una población asignada que -cuando excedía su capacidad por la magnitud de la demanda- podían derivar a otro establecimiento, con cargo a su facturación, mediante un procedimiento denominado *rechazo conformado*. Los servicios del 2^{do} nivel se complementaban con atención especializada de alta complejidad, tanto ambulatoria como de internación, contratada mediante pago por prestación, de la misma manera que los *rechazos conformados*. Medicamentos y materiales descartables en internación, estaban a cargo del prestador e incluidos dentro del pago por capitación.
- 3^{er} Nivel. Comprendía internaciones crónica, psiquiátricas, de rehabilitación, así como internaciones geriátricas con o sin asistencia médica. En este caso la forma de contratación era mediante pago por prestación, con aranceles modulares por día cama. Históricamente, la oferta de servicios del 3^{er} nivel fue insuficiente con respecto a la demanda existente. Los servicios de alta complejidad para afecciones prolongadas, no proporcionados por los prestadores del 2^{do} nivel, eran coordinados en este nivel de atención.

Este esquema se aplicó en la mayor parte de las grandes ciudades del país, donde fue posible celebrar convenios de estas características. En otros casos se estableció contrato con una única entidad (Asociaciones de Obras Sociales, Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata), o un acuerdo de libre elección mediante pago por prestación con la entidad gremial médica. Con escasas variaciones, esta organización general se mantuvo hasta 1976 inclusive.

Conviene agregar que estaba pensada como sistema cerrado, dividida en 29 regiones y éstas a su vez en distritos. Las posibilidades de elección, por parte del beneficiario, se agotaban dentro de los médicos de cabecera pertenecientes a su distrito. A partir de allí, las derivaciones estaban estrictamente normatizadas.

También en los primeros años de la década del 70 -hacia el final del Gobierno militar- fueron creadas dos Obras Sociales de personal de dirección, a las que se caracterizó como *polivalentes*, por no estar vinculadas a una rama específica de la producción: APS y OSDE. Con anterioridad existían varias Obras Sociales para ejecutivos, pero estaban circunscriptas al personal superior de un sector de la industria: metalúrgica, petrolera, farmacéutica, de la construcción, del grupo Techint, etc. Al sancionarse la Ley de Asociaciones Profesionales y habiéndose homologado las dos grandes centrales empresarias de 3^{er} grado, la UIA y la CGE, ambas entidades quedaron habilitadas para recaudar los fondos establecidos por la Ley 18.610. Así se constituyeron, por parte de la CGE, la Asociación del Personal Superior de la Industria, el Comercio y Actividades Civiles (APS), y por parte de la UIA, la Obra Social de Ejecutivos (OSDE). Estas entidades crecieron con intensidad paralela durante casi dos décadas, captando afiliados en relación de dependencia y voluntarios, en función de la mayor flexibilidad con que se desempeñaban en sus respectivas centrales. Sin embargo, a partir del golpe militar de 1976, APS sufrió sucesivas intervenciones y toda clase de manipulaciones políticas y administrativas de modo que, a principios de la década del 90, entró en concurso de acreedores y finalmente fue liquidada. Por el contrario, OSDE mantuvo una persistente estabilidad institucional y una coherente política empresaria, de modo que actualmente representa la organización aseguradora de mayor magnitud, en términos económicos. En el Cuadro N° 8.2 se muestra la composición de las Obras Sociales hacia 1976.

Cuadro N° 8.2: Distribución y recursos de las Obras Sociales según dependencia en 1976.

Dependencia	Cantidad	Población	Recaudación
Estatales	16	835.000	7 %
Administración Mixta	16	6.250.000	46 %
Sindicales	240	6.300.000	38 %
Personal de Dirección	16	785.000	9 %
Total	288	14.170.000	100 %

Fuente: Arce, 1982.

En lo referente a las Obras Sociales provinciales, es difícil recopilar información sobre su nacimiento y evolución, ya que implicaría reunir antecedentes que se encuentran dispersos en las respectivas jurisdicciones. Por el contrario, sí se cuenta con información sobre la magnitud y características actuales de este sector. Además del antecedente mencionado más arriba, sobre la creación del IOMA de la Provincia de Buenos Aires en 1959, ya a fines de la década del 50 existía el Sanatorio Municipal "Julio Méndez", que posteriormente pasó a depender del Instituto Municipal de Obra Social (IMOS, hoy Ob.SBA), destinado a atender a los empleados del municipio de la Ciudad de Buenos Aires. Entre los autores que trataron el tema, recientemente se mostraron datos accesibles sobre cómo se fue constituyendo esta importante franja de la Seguridad Social, que actualmente cubre alrededor del 15% de la población del país (Maceira, 2003, Torres, 2004). Puede suponerse que, simultáneamente o a continuación de la iniciativa del IOMA, se fueron gestando en cada distrito diversos organismos de cobertura de los empleados públicos, que pasaron progresivamente a tener un papel regulador protagónico, en la medida que se incrementaban los planteles de empleados provinciales y municipales. También sabemos que, hacia principios de la década del 70, ya existía la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA). Como se verá en el Apéndice de este capítulo, estas entidades se gestaron desde la década del 60, pero fueron adquiriendo *status* jurídico paulatinamente hasta principios de la década del 90.

En consecuencia, junto con la creación e implementación del PAMI, de la Ley 18.610 y de las Obras Sociales provinciales, hacia mediados de la década del 70 las $\frac{3}{4}$ partes de la población del país estaba cubierta por alguna Obra Social, lo que representaba la mayor proporción de cobertura de la Seguridad Social entre los países latinoamericanos. Conviene apuntar que para principios de esa década, un estudio sobre medición de la pobreza en

América Latina, por el método de *líneas de pobreza*, presentaba para la Argentina un 8% de pobres y un 1% de indigentes (Altimir, 1979). Por otra parte, la cantidad de trabajadores informales o de *economía no registrada*, era entonces mucho menor.

Con el correr de la década, en la medida que el PAMI adquirió una organización consolidada y absorbió la gran masa de beneficiarios que tenía asignada por ley, ocupó mediante contratos *por capitación* a la mayor parte de los efectores privados del país, incluyendo algunos públicos. Sólo en las grandes ciudades, los prestadores con un mayor desarrollo tecnológico o con un marcado prestigio dentro de la comunidad médica, pudieron excluir de su cartera de clientes a la voluminosa carga de trabajo y facturación que aportaba el PAMI. En muchos casos, debido a la gran demanda y la ajustada retribución *per capita*, las utilidades de estos contratos resultaban negativas. Sin embargo, eran admitidas por los efectores como forma de mantener el costo básico de los servicios funcionando, para atender contratos más redituables. El hecho es que, entre las Obras Sociales provinciales y el PAMI, que estaban en plena expansión, aunque en conjunto cubrían alrededor del 20% de los habitantes del país, representaban -en cualquier escenario provincial- más de la mitad del total -y a veces las 2/3 partes- de la facturación de los prestadores de la Seguridad Social. Las decisiones adoptadas en estas entidades, que tenían una amplia autonomía respecto a las autoridades nacionales -y a veces a las propias autoridades provinciales- determinaron un marcado efecto regulatorio sobre el comportamiento del sistema de atención médica de cada Provincia. Este poder de regulación del mercado por la concentración de su capacidad de comprar servicios, fue configurando un progresivo *oligopsonio*²⁸.

Por otra parte el INOS, que en esta etapa tenía una apreciable capacidad técnica, alcanzó a ejercer sobre las Obras Sociales un papel indicativo, que respaldaba con su ingerencia sobre los subsidios y préstamos del Fondo de Redistribución, sin alcanzar a controlar todos los resortes del sistema y, menos aún, el PAMI y las Obras Sociales provinciales. Uno de los resortes accesibles, para la ejecución de las iniciativas del INOS, fueron las Obras Sociales estatales y los institutos de Administración Mixta. Las primeras porque, por tratarse de dependencias estatales, tenían una mayor vinculación administrativa con el INOS, en su condición de componentes de la Administración Pública Nacional. Los segundos, porque se regían por leyes constitutivas propias, que reglamentaban la participación de empleadores y trabajadores -compartiendo la conducción de la entidad- y preveían una sindicatura estatal, que designaba el INOS. Entre los últimos estaban el propio INSSJP, Ferrovianos, Seguros, Comercio, Bancarios y otros, que contenían las carteras de beneficiarios más voluminosas. Como contrapartida a la fragmentación de la población de Obras Sociales nacionales en cada escenario provincial, el INOS promovió intensamente la formación de Asociaciones de Obras Sociales (ADOS), con el fin de fortalecer la capacidad de negociación de las seccionales chicas ante los prestadores. En la práctica, no lograron articular frentes comunes que contrapesaran el poder de negociación de estos últimos, en el momento de discutir los contratos locales. En algunos casos las ADOS generaron servicios propios, como farmacias, centros ambulatorios, e incluso sanatorios. En general, terminaron privatizados total o parcialmente en la década del 80, tras prolongados conflictos.

El comportamiento de las asociaciones de prestadores fue progresivamente avanzando hacia prácticas *oligopólicas*, que hubieran resultado inadmisibles en cualquier mercado de bienes materiales, a partir de su consolidación como intermediarias en el circuito administrativo de la Seguridad Social. Por una parte, las entidades de carácter gremial frecuentemente estaban políticamente vinculadas a las de naturaleza *deontológica*, genéricamente identificadas como *colegios* profesionales, por lo que la regulación de la Matriculación y la Certificación de Especialidad, quedaban asociadas a la gestión de los contratos colectivos con las Obras Sociales. En las grandes ciudades -Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Mendoza- la gran cantidad de prestadores permitía que las Obras Sociales pudieran establecer contratos preferenciales, canalizando hacia esos prestadores la totalidad de la demanda. En algunos de estos casos se utilizaron modalidades de arancelamiento diferentes, como *cartera fija*, *modulares* o *capitación*. En el resto del país, las entidades gremiales provinciales impedían contratos directos y exigían su intervención como contraparte *mayorista*, contra la amenaza de negar la disponibilidad de servicios en toda la jurisdicción. La forma contractual era invariablemente la de pago por *prestación* o por *acto médico* a valores del Nomenclador

²⁸ Concentración de la demanda.

Nacional. Los contratos no admitían selección de prestadores: la totalidad de la oferta inscrita en la corporación estaba incluida en el convenio, sin calificación de calidad alguna. Por otro lado, las entidades no ejercían restricciones a la incorporación de nuevos prestadores a la oferta de servicios: todo profesional o servicio que se asociara ingresaba automáticamente a la cartera de los clientes prestatarios. Simultáneamente, en las universidades predominaba la tendencia al ingreso y graduación irrestrictos. En este marco de eliminación de restricciones, en pocos años se dio un explosivo crecimiento de capacidad instalada privada y de los profesionales de la salud, fenómeno dentro del cual se destacó por sus dimensiones, la denominada *plétora médica*.

Estas entidades, que a la vez actuaban ante las autoridades sanitarias como representación gremial de sus asociados, los protegían también en forma corporativa cuando cometían prácticas distorsivas de la operatoria profesional: sobreprestaciones, sobrefacturaciones, derivaciones innecesarias entre prestadores, cobros adicionales de bolsillo a los pacientes y otras. Como contrapartida, las Obras Sociales también ejercían prácticas distorsivas para compensar el incremento injustificado en los gastos asistenciales: débitos arbitrarios, barreras administrativas para autorizar prestaciones y retrasos injustificados en los pagos. El circuito administrativo corriente de facturación y cobranzas, agregaba demoras muy prolongadas en los plazos de pago, de manera que el último eslabón de la cadena -el prestador directo y el paciente- resultaban los más perjudicados. Como las organizaciones de alcance provincial estaban ordenadas en forma piramidal, el circuito habitual transitaba esta secuencia: facturación del prestador → entidad gremial local (1^{er} grado) → entidad gremial provincial (2^{do} grado) → Obra Social: auditoría y liquidación → entidad de 2^{do} grado → entidad de 1^{er} grado → pago al prestador. En épocas en que toda la operatoria se realizaba manualmente, entre el acto médico y el pago solían transcurrir 6 meses. Por este motivo se hicieron cada vez más frecuentes los pagos adicionales de bolsillo a los pacientes.

Los fenómenos descriptos hasta aquí, determinaron -como ya se dijo- un crecimiento explosivo de los establecimientos privados, mientras que los públicos continuaron su progresiva pérdida de peso relativo. En el Cuadro N° 8.1 vimos esta evolución entre 1954 y 1969, en el Cuadro N° 8.3, que se presenta más abajo, se aprecia esta tendencia entre 1969 y 1980. Pero junto con estos cambios relativos, la dotación total de camas del país se incrementó en unas 10.000 a expensas de las privadas.

Cuadro N° 8.3: Distribución de camas de internación según jurisdicción entre 1969 y 1980.

Subsector	Año 1969		Año 1978		Año 1980	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Estatat	97.688	73.0	95.159	66.6	96.191	64.1
Obras Sociales	4.977	3.7	7.765	5.4	6.801	4.5
Privado	30.182	23.3	40.051	28.0	47.018	31.4
Total	133.847	100.0	142.975	100.0	150.010	100.0

Fuente: Secretaría de Estado de Salud, registros catastrales

Al mismo tiempo, las variaciones relativas del peso de los distintos subsectores durante la década del 70, también se reflejaban en la distribución de las prestaciones según la fuente de financiamiento, al menos en el Área Metropolitana. Los estudios parciales disponibles en ese momento, mostraban que las Obras Sociales iban adquiriendo un peso creciente en la financiación de la atención médica, con independencia del efector donde se llevara a cabo la atención, junto con una mayor utilización de los servicios. El Cuadro N° 8.4 muestra estas tendencias en la población con cobertura del Área Metropolitana, en términos de consultas e internaciones.

Cuadro N° 8.4: Distribución porcentual de prestaciones y propensión al consumo, según fuente de financiamiento en el Área Metropolitana, en 1969 y 1980.

Indicador	Año	Público	Prepago	Privado	O. Social	Total	Consumo
Consultas	1969	27.5	13.2	43.2	16.1	100.0	71.7
	1980	14.4	8.5	31.5	45.6	100.0	74.0

Egresos	1969	40.0	13.2	26.5	20.3	100.0	5.4
	1980	29.9	9.6	10.8	49.7	100.0	6.5

Fuente: Estudio sobre salud y educación médica, 1969. Departamento de Economía Sanitaria, Secretaría de Salud, 1980. Elaboración propia en base a datos de Bello, 1981.

Columnas 3 a 7: en porcentajes. Columna 8: cantidad de prestaciones por año cada 100 encuestados.

Como síntesis, eran tiempos en que se estaba desarrollando vigorosamente un modelo financiador en expansión, integrado por las Obras Sociales y una incipiente Medicina Prepaga, junto con un modelo prestador, basado en organizaciones de proveedores privados sin restricciones a la oferta. Ambos actores se afirmaban en un mercado con precios máximos -el Nomenclador Nacional- y una relativa libertad de elección. En el fondo, tendían a la concentración -aunque era aún moderada- tanto de la oferta como de la demanda de servicios, en un marco de cautividad de los usuarios y de los efectores asociados.

La crisis distributiva del modelo desde fines de los '70

El 24 de marzo de 1976 las Fuerzas Armadas asaltaron otra vez el poder. Si en la "Revolución Argentina" de Onganía predominaron los *azules* del enfrentamiento interno de 1962, en el "Proceso de Reorganización Nacional" -como se autodenominó este nuevo quiebre institucional- tuvieron preponderancia los *colorados* de aquel conflicto. Las intenciones declaradas implicaban una reestructuración total de las instituciones y, bajo ese fundamento, intervinieron todos los poderes y una parte de las organizaciones intermedias de la sociedad civil, a efectos de reordenarlas y eliminar la corrupción. Detrás de estas manifestaciones explícitas, a partir de ese momento se desencadenó un sangriento plan de exterminio de los militantes que habían adherido a la lucha armada, así como de muchos intelectuales de izquierda que actuaban en forma pacífica.

En 1977 el modelo parecía haber llegado a su apogeo, independientemente de los cambios políticos y sus dramáticas consecuencias. Después del primer impacto y de explorar el comportamiento de los funcionarios militares, los actores del Sector Salud procuraron adaptarse a las nuevas autoridades y al funcionamiento de las Obras Sociales, ahora intervenidas por militares. Estos últimos se fueron agregando a las corruptelas del sistema y, más allá de las declaraciones políticas públicas, interventores y dirigentes sindicales encontraron un punto de convivencia y tolerancia. Salvo algunos casos de persecución y proscripción política, en general los sindicalistas peronistas de la segunda línea, continuaron al frente de las seccionales de sus gremios. En el campo de las entidades gremiales de prestadores no se produjeron cambios significativos, ya que las autoridades sanitarias y en particular las del INOS, que estaban en la órbita de la Marina, continuaron la línea de regulaciones que se venían discutiendo en el Sector. Sin embargo, en el marco de la lógica predominante, tendiente a que el Estado controlara totalmente el sistema y se *nacionalizaran* las Obras Sociales, fueron cancelados los acuerdos que se habían alcanzado en la Comisión Paritaria Nacional de la Ley 19.710.

Desde 1976 se había constituido en el INOS una comisión de estudio del Nomenclador Nacional (NN). Como resultado de ese trabajo, se dictó el Decreto N° 2.355/77 aprobando una nueva versión del NN, que se puso en vigencia a partir del 1° de septiembre de 1977 mediante el Decreto N° 3.115. El nuevo instrumento arancelario actualizó la tipificación de las prestaciones por especialidad, por tipo de intervención, en algunos casos por patología, y por prácticas especializadas, adoptando una codificación de 3 pares de dígitos. Como innovación, este Nomenclador incorporaba un conjunto de normas operativas, destinadas a evitar abusos especulativos en la utilización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos, algunas normas de procedimientos de facturación y de cobertura, así como unos pocos criterios de calidad de la atención médica. Tenía además un capítulo especial dedicado a las condiciones de estructura y funcionamiento de los servicios de Cuidados Especiales y de Terapia Intensiva. Los criterios de valorización de las prestaciones, expresados en la unidad Galeno -para los honorarios profesionales- y la unidad Gastos Sanatoriales -para los componentes de equipamiento e institucionales-, fueron producto del consenso con expertos y sociedades científicas (Reale y col., 1978). Más allá de la legítima intención de los protagonistas, el nuevo NN tuvo marcados efectos en el desenvolvimiento de la atención médica, que podrían sintetizarse en los

siguientes rasgos: a) valorizó el uso de tecnología respecto del trabajo intelectual del médico; b) alentó las prestaciones de reparación y recuperación de patologías respecto de las preventivas; c) promovió la desagregación de los componentes arancelarios y la inclusión de prestaciones injustificadas, y d) brindó una guía normativa para la instalación de servicios de Cuidados Especiales y Terapia Intensiva, sin que existieran aún suficientes profesionales capacitados para atenderlos.

Un evento realizado en octubre de 1977, en la ciudad de Cosquín (Córdoba), simbolizó sin proponérselo el comienzo del escenario que transitaría el Sector. Fue el 1^{er} Congreso de Auditoría Médica Compartida, patrocinado por la CoMRA y organizado por el Círculo Médico del Punilla (CMP), cuyo acto inaugural se llevó a cabo en el hotel-colonia del Instituto de Obra Social del Ejército (IOSE). Las organizaciones médicas se alistaban para una etapa de marcada hegemonía, con dirigentes capacitados y prestigiosos, así como asesores sanitarios de primera línea. A la vez, no hubo presencias significativas que mostraran la influencia de las autoridades militares²⁹. Algunos temas tratados en el Congreso tuvieron particular significación, dado que establecieron pautas duraderas por un tiempo prolongado. Se presentó el nuevo NN, que acababa de entrar en vigencia. Si bien posteriormente la CoMRA, tomó distancia de este instrumento con espíritu crítico, su presentación en el marco del Congreso fue interpretada como un implícito respaldo, que la dejó comprometida más tarde en sus consecuencias adversas sobre el trabajo médico.

También se presentó como modalidad novedosa de contratación, el acuerdo recién establecido entre el INSSJP y FeMeCor, mediante el que el PAMI abonaba *por capitación* en forma adelantada a FeMeCor, y ésta pagaba a sus prestadores asociados *por prestación* a valores del NN, en forma diferida. FeMeCor era una razón social recién creada, subsidiaria de la Federación Médica de Córdoba, para la administración de contratos de riesgo. Esta innovación, que luego el PAMI extendió a casi todo el país, excepto la Capital Federal, tuvo varias implicancias. Por un lado, las asociaciones sanatorias se vieron obligadas a ser subcontratadas por las federaciones médicas, para no quedar marginadas de los contratos con PAMI, de modo que perdían capacidad de negociación en forma directa. Por otro lado, al recibir pagos adelantados que luego liquidaban en forma diferida, las entidades médicas no sólo participaban en el circuito administrativo de facturación y cobranzas, cobrando una comisión administrativa, sino también comenzaban a operar financieramente con los fondos comprometidos, asumiendo riesgos pero asimismo beneficios, en tanto actuaran eficazmente en el control del gasto. Esto implicaba entonces que la Auditoría Médica -acompañando al riesgo financiero- se transfería desde el sector financiador hacia el interior de las organizaciones de prestadores, e incluso determinó un endurecimiento de la actitud fiscalizadora de los auditores.

Desde el punto de vista jurídico, la estructura general del INSSJP se mantuvo sin cambios sustanciales, desde 1971 hasta la promulgación de la Ley 22.954 el 20 de octubre de 1983, que incrementó los integrantes del Directorio a un Presidente y 11 Directores: 4 en representación de los beneficiarios, 2 en representación de los trabajadores activos, y 5 en representación del Estado. La naturaleza de la entidad fue ratificada como de derecho público no estatal. Por otra parte, fueron reestructuradas sus fuentes de financiamiento, que quedaron compuestas de la siguiente manera: el 3% de las jubilaciones mínimas; el 6% de los haberes que excedieran del mínimo; el 1% de la nómina salarial de los trabajadores activos y el 10% de los ingresos brutos de las Cajas de Jubilaciones.

Pero asimismo significaba que las organizaciones gremiales médicas se aprestaban a desempeñarse en forma hegemónica en el Sector Salud, predominando como contraparte en la negociación con las Obras Sociales respecto a las asociaciones sanatorias, fenómeno que se mantuvo durante la primera parte de los '80. Esa vocación de hegemonía tuvo expresiones institucionales concretas. En Córdoba se constituyó una entidad bancaria vinculada a FeMeCor, que decidió efectuar inversiones destinada al grupo SaSeTru³⁰ de la industria

²⁹ La escasa influencia de las nuevas autoridades militares en el desenvolvimiento del Sector Salud, así como la creciente importancia de una nueva camada de dirigentes, que más tarde tendrían funciones destacadas durante el Gobierno radical, se reflejó en algunas presencias destacadas, como las que a título de ejemplo se mencionan a continuación: el Presidente de la CoMRA, Dr. Rodolfo Montero, sería después Secretario de Salud; el Presidente del CMPunilla, Dr. Isaac Moncars, sería luego Presidente de la CoMRA; el Secretario del Congreso y Asesor de CoMRA, Dr. Jorge Mera, sería Presidente del INOS; el Asesor de FeMeBA, Dr. Aldo Neri, sería Ministro de Salud, y el Presidente de FeMeCor, Dr. Rodolfo Rodríguez, sería Secretario de Salud después de la renuncia de Neri.

³⁰ Razón social proveniente de los apellidos de sus fundadores: Alberto Salimei y las familias Seitún y Trucco.

alimentaria, en franca expansión. Hacia 1981, enfrentado con el Ministro de Economía, José Alfredo Martínez de Hoz, el grupo quebró y arrastró consigo fondos provenientes de las organizaciones médicas. En Mendoza, el Círculo Médico construyó su propio club deportivo, en una zona bien cotizada y con excelentes instalaciones. En la mayor parte de las provincias, las Federaciones Médicas crearon sus propios programas de medicina prepaga, consolidando así su papel de entidades financiadoras. Estas entidades alcanzaron un marcado desarrollo en los '90 y constituyeron la Red Argentina de Salud, asociada a la CoMRA. Dado que entre los propietarios de los sanatorios predominaban los médicos, algunos nosocomios prefirieron canalizar sus facturaciones hacia la respectiva entidad médica, en lugar de la asociación sanatorial. Estos casos, conocidos como *camas gremiales*, contribuyeron a las disputas entre CoMRA y ConfeCliSa.

Otro resultado de ese evento fue que la Auditoría Médica, y en particular la ejercida en forma Compartida, quedó consagrada como un instrumento idóneo en la relación entre prestadores y prestatarios. Como disciplina de la Administración Sanitaria, la Auditoría estaba en sus etapas iniciales. La Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM) se había fundado en 1973 y tuvo en ese Congreso una presencia destacada. Por parte de la evolución de los sanitaristas, tenía la significación de su incorporación activa al subsector de la Seguridad Social, criterio de inserción laboral que -en la década del 60- era incompatible con los principios de la Salud Pública, impartidos por la ESPUBA. La expansión de la Seguridad Social también introducía un punto de inflexión en el campo de acción de los administradores de servicios de salud.

Volviendo al NN. Su reestructuración había surgido del trabajo conjunto entre técnicos de Obras Sociales, de organizaciones de prestadores y del INOS, procurando ordenar las prestaciones del sistema. Su discusión no estuvo exenta de contradicciones: hubo diferentes versiones antes de la aprobación del texto definitivo, que surgió como un elemento de razonable consenso entre sus actores. En un escenario de vacío en la capacidad de decisión del Estado para ordenar y regular el sistema, el espacio fue ocupado por este listado arancelario, que se convirtió en un formidable regulador de la atención médica y orientador de las inversiones en salud. Pese a estas observaciones, los NN del 77 -ya que incluían prestaciones bioquímicas y odontológicas, además de las médico-sanatoriales- tuvieron inicialmente un efecto orientador y homogeneizador de las relaciones contractuales en el sistema de atención médica. A poco andar, la inadecuada valorización de las prestaciones, se expresó como desfases notorios entre los precios de mercado y los aranceles oficiales. Se ofrecían servicios de alta complejidad a valores inferiores a los del NN y, por el contrario, se cobraban honorarios adicionales a los pacientes, por consultas o intervenciones quirúrgicas. El INOS no contó con un mecanismo suficientemente ágil de revisión y actualización, de modo que el instrumento fue perdiendo el liderazgo normativo y orientador de precios que había tenido al principio. Con el paso del tiempo, los aranceles adicionales -copagos o *plus*- se generalizaron en la práctica cotidiana y tornaron inviable cualquier solución que no modificara el modelo contractual.

En realidad, aquel NN expresaba que la puja distributiva se había trasladado, desde las controversias entre prestadores y prestatarios de la CPN de la Ley 19.710, hacia el interior del sistema prestador: entre honorarios médicos y gastos sanatoriales, entre prestaciones médicas y exámenes complementarios, entre prácticas convencionales y prácticas de alta complejidad, pero sobre todo, entre mano de obra profesional y equipamiento tecnológico innovativo. Curiosamente, las entidades gremiales médicas apuntaban sus presiones en ese momento hacia el mercado farmacéutico que, indudablemente competía en el gasto en salud con las prestaciones médicas, pero cuya regulación escapaba a las facultades del INOS y las autoridades sanitarias. Observando esta evolución desde una perspectiva histórica, el sistema había crecido a principios de los '70, extendiendo su cobertura a toda la población con capacidad contributiva. Cuando los recursos resultaron insuficientes para afrontar los gastos crecientes de la atención médica, se aumentaron las alícuotas de tributación sobre el salario. Sólo entre 1970 y 1989 -Leyes 18.610 y 23.660, respectivamente- mediante ajustes sucesivos se triplicaron las bases de sustentabilidad del sistema. Dentro de los límites de este crecimiento de la base financiera del sistema, es decir, con el diámetro inelástico de los recursos del sistema, la puja distributiva se daba entre los componentes del gasto en salud. Todo crecimiento de una *porción* debía hacerse a expensas de las *porciones* vecinas.

La política económica gubernamental de este período -instrumentada por Martínez de Hoz- se inició con una abrupta devaluación de la moneda nacional, que determinó un inmediato incremento de la rentabilidad de las exportaciones agropecuarias, la liberación de todos los precios y el congelamiento de los salarios. Al mismo tiempo, mediante un previo acuerdo con el FMI, se liberaron barreras aduaneras, reduciendo los aranceles de importación y las retenciones a las exportaciones. Con el fin de lograr la nivelación de los precios domésticos con los internacionales, se estableció una pauta de progresiva reducción de la devaluación - conocida como la *tablita*- que desembocó en una paridad cambiaria que sobrevaluaba la moneda nacional. Simultáneamente se alentaba la expansión del mercado de capitales, con el florecimiento de una gran cantidad de entidades financieras, y se favorecían los compromisos crediticios con proveedores extranjeros. Este conjunto de medidas terminó desalentando a la industria nacional, que se encontró frente a productos importados con los que no podía competir, y provocó la caída de una parte importante del parque industrial. Fue el período al que la jerga periodística caracterizó como de *plata dulce*. A fin de frenar la inflación por la amplia disponibilidad de capitales, se liberaron las tasas de interés, lo que determinó que las empresas no pudieran afrontar la amortización de sus créditos y desembocó en la crisis bancaria de 1981 (Cortés C., 2005: 283-302).

Las repercusiones de la política económica sobre el ámbito empresarial fueron intensas. Hubo una gran cantidad de fusiones y compras de empresas nacionales, por parte de capitales extranjeros. Sólo en casos excepcionales se dio la situación inversa, de que capitales nacionales adquirieran filiales de empresas multinacionales. La rentabilidad de las empresas se redujo bruscamente; sólo pudieron subsistir aquellas que contaban con activos realizables, fuerte respaldo financiero dentro del grupo empresarial o estaban vinculadas al sistema bancario. Hubo una marcada concentración de capitales, de modo que las pequeñas y medianas empresas (PyME's) se encontraron frente a límites casi incompatibles con su supervivencia. La política del Banco Central, frente a las entidades bancarias que enfrentaban dificultades financieras, no fue equitativa. En algunos casos, concurrió en asistencia de bancos importantes, que de algún modo estaban asociados a los grupos empresariales aliados del equipo económico. En otros casos, como el de SaSeTru, el Banco Central negó su asistencia a los dos bancos que formaban parte del grupo (Schvarzer, 1983).

Este período coincidió con un agudo crecimiento del precio internacional del petróleo, decidido unilateralmente por los países de la OPEP (Organización de Países Exportadores de Petróleo), cuyos excedentes financieros inundaron de *petrodólares* los bancos europeos y americanos. Por consiguiente, había una gran disponibilidad de créditos en condiciones *blandas* y tasas bajas. Amparados por la paridad cambiaria favorable, ingresaron al país en forma masiva toda clase de equipos de tecnología electrónica. Por otra parte, inspirados en las normas estructurales del NN, se reprodujeron rápidamente los servicios de Medicina Crítica para adultos, niños y neonatos. Ante las facilidades de compra, una masa importante de las inversiones médicas, se volcó hacia la adquisición de equipamiento de diagnóstico y tratamiento. La propia desvalorización del trabajo profesional, alentaba en los médicos la expectativa de incorporar tecnología, como forma de diferenciar y especializar su producto.

Las especialidades que empleaban equipos de diagnóstico en forma corriente, de tecnología relativamente accesible, tuvieron rápidas oportunidades de incrementar sus ingresos: Cardiología, Gastroenterología, Urología, Terapia Intensiva, Ecografía, Oftalmología, Otorrinolaringología y otras, se destacaron como los nuevos pequeño-inversores privados. Ese ingreso explosivo de tecnología no tuvo racionalidad en su distribución: los equipos se ubicaban en los lugares en los que las perspectivas de la demanda aseguraban una más rápida amortización. Por ende, tendieron a acumularse en las grandes concentraciones urbanas. Por otra parte, como los establecimientos públicos, ya sea por deficiencias presupuestarias o por la rigidez de sus normas administrativas, no eran capaces de aprovechar las extraordinarias facilidades existentes para equiparse, las adquisiciones se volcaron masivamente al subsector privado. Los Cuadros Nº 8.5 y 8.6 muestran información estadística contemporánea -extraída de distintas fuentes o con diferentes puntos de corte- respecto al desequilibrio en la distribución de tecnología pesada.

Cuadro Nº 8.5: Equipos médicos de alta complejidad, según ubicación geográfica y jurisdicción de pertenencia en 1985.

Equipos	Total	Privados	Estatales	Bs. Aires (a)	Resto del
---------	-------	----------	-----------	---------------	-----------

								país	
		Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Tomógrafos Computados	45	42	93.3	3	6.7	31	68.9	14	31.1
Cámaras Gamma	88	74	84.0	14	16.0	61	69.3	27	30.7
Aceleradores Lineales	10	7	70.0	3	30.0	8	80.0	2	20.0
Bombas de Cobalto	80	61	76.2	19	23.8	54	67.5	26	32.5

Fuente: registros de la CoNEA, marzo 1985 (Secretaría de Salud, 1986).

(a) Comprende la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires.

Cuadro N° 8.6: Equipamiento de alta complejidad disponible en establecimientos públicos y privados.

Equipos	Públicos	Privados (a)	Total (b)
Ecógrafos	112	425	566
Riñones artificiales	107	353	489
Mamógrafos	27	120	156
Bombas de Cesio	5	8	13
Tomógrafos Computados	2	28	30
Bombas de Circ. Extracorpórea	52	127	187
Rayos Laser	2	4	6
Centellógrafos	63	110	177
Cámaras Gamma	13	33	48

Fuente: Dirección de Estadísticas de Salud, Recursos en Operación, diciembre 1985 (extraído de Katz-Muñoz, 1988: 111).

(a) Excluye información de la Seguridad Social.

(b) Equipos disponibles en 1980, incluidos los de Obras Sociales.

Camas públicas totales: 94.883. De agudos: 70.095.

Camas privadas totales: 47.048. De agudos: 41.096.

Es evidente la mayor predisposición a la adquisición de equipamiento de los establecimientos privados, pese a que las camas públicas representaban las 2/3 partes de la capacidad instalada. Respecto a la distribución geográfica sólo debe agregarse que la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires, representaban en 1985 menos del 50% de la población del país, proporción claramente inferior a la de la concentración de equipos, que gira alrededor del 70%. Asimismo, es obvio señalar que los equipos registrados en la Provincia de Buenos Aires, se asentaban en su gran mayoría en el Gran Buenos Aires.

Tal como se veía en el Cuadro N° 8.3, durante la década del 70 la capacidad de camas privadas aumentó más de un 50%, pero este incremento se hizo en forma desordenada, disarmónica y sobre todo a expensas de establecimientos pequeños, instalados en edificios - precariamente adaptados- que no habían sido construidos con fines hospitalarios. Conviene detenerse en el comportamiento microeconómico con que se constituyeron estos nosocomios, porque explica muchos fenómenos ocurridos más tarde en el Sector. Una gran cantidad de estas clínicas tuvieron un comportamiento comparable al de los pequeños talleres industriales que -en la década del 40- proveyeron al país productos nacionales, sustituyendo importaciones. Trabajadores pequeño-ahorristas se asociaban para generar una empresa, cuyo principal objetivo era garantizar la fuente de trabajo de sus dueños. Esta misma conducta tuvieron los médicos: se asociaban en grupos más o menos amplios, alquilaban o compraban una propiedad -a la que remodelaban para adaptarla a actividades sanatorias- y constituían una pequeña empresa, cuyo propósito central era garantizar su propio trabajo. No acumulaban capital; a fin de mes todos los socios retiraban lo facturado, sin aportar a un fondo empresarial, que permitiera la adquisición de bienes de capital (construcciones, equipamiento). Este tipo de comportamiento fue funcional durante este período, en tanto incorporaba automáticamente su parcial oferta de servicios a la de la entidad gremial a la que la clínica estaba asociada. Por otro lado, el NN y la modalidad de pago por prestación, facilitaba el progreso de la empresa *por aposición*; es decir, por pequeñas inversiones sin un plan maestro, agregando nuevos servicios

según las oportunidades, o incorporando nuevos asociados a la operatoria asistencial, no al capital empresario.

Como resultado de esta tendencia, se extendieron los acuerdos entre profesionales propietarios de equipamiento y sanatorios con escasa capacidad de adquirir bienes de capital, por el uso de una parte de la planta física. A ese tipo de contrato, el especialista aportaba el equipamiento que él mismo operaba y la clínica el uso de la planta física; en la facturación, el especialista cobraba los honorarios y, los gastos sanatoriales, se distribuían según el acuerdo que hubieran realizado. De este modo, el establecimiento ampliaba su oferta tecnológica, diferenciando su producto, sin haber hecho grandes inversiones. Esta conducta fue muy extendida, e incluso empleada por grandes instituciones, pero creaba -como contrapartida- el problema a mediano plazo, de quedarse con la explotación de lo menos rentable de las actividades asistenciales: la administración, la planta física, los servicios de apoyo y la *hotelería* de internación. En este escenario, no sólo se había acentuado el desdoblamiento entre la posesión patrimonial y la financiación operativa de los nosocomios, sino también se había desdoblado la explotación de la planta física sanatorial y la del equipamiento de diagnóstico y tratamiento. El establecimiento hospitalario o sanatorial se limitaba en algunos casos a la planta física y la estructura operativa, mientras que los aparatos del servicio de Radiología eran propiedad de los radiólogos, los del Laboratorio eran de los bioquímicos y, los fibroscopios o el ecógrafo, eran de quienes los operaban, que a veces los transportaban recorriendo varios sanatorios. Una organización empresaria comparable a la de un *shopping center*.

También se promovió la incorporación de tecnología subsidiada por el Estado. La Dirección de Emergencias Sanitarias, dependiente de la Secretaría de Salud, luego transformada en Dirección de Asistencia Médica-Social (DAMeS), otorgaba subsidios para prestaciones de alta complejidad, debido a su costo inaccesible para la población sin recursos y sin cobertura social. Así recibían apoyo financiero: la compra de válvulas artificiales para operaciones cardíacas, los tratamientos de diálisis crónica, los trasplantes renales, las tomografías computadas, los estudios hemodinámicos, los tratamientos oncológicos y otros. Los fondos con que se solventaban estos subsidios provenían del ProDe. Aunque el propósito de facilitar la accesibilidad era deseable desde el punto de vista social, estos subsidios resultaron funcionales a la explosión de importaciones tecnológicas, posibilitando que algunos establecimientos adquirieran equipos sin arriesgar inversiones. En muchos casos, y sobre todo durante el Gobierno militar, se adelantaron fondos a prestadores privados para que adquirieran equipos (riñones artificiales, por ejemplo), que después debían ser amortizados mediante prestaciones sin cargo, a pacientes subsidiados. En algunas oportunidades estos prestadores privados actuaban a través de fundaciones que, como entidades de bien público, obtenían exenciones aduaneras para el ingreso de equipos médicos. Por consiguiente, a través de las facilidades descriptas, se agregó un circuito que permitió arriesgar inversiones en equipamiento a inversores con escasa disponibilidad de capital.

En síntesis, sin que pueda verificarse si una misma institución, se benefició simultáneamente con todas las facilidades existentes para la incorporación de tecnología, se disponía de: una paridad cambiaria favorable, créditos externos generosos, aranceles sobrevaluados que posibilitaban la rápida recuperación de la inversión, adelanto de subsidios del Estado con cargo a prestaciones futuras y exenciones aduaneras para instituciones de bien público. En 1981, el nuevo Ministro de Economía, Dr. Lorenzo Sigaut, produjo un *shock* de sucesivas devaluaciones de la moneda -junto con una inflación muy acelerada- que terminaron condicionando las importaciones. En consecuencia, el Estado asumió ante los acreedores externos una gran parte de la deuda privada, reemplazándola por obligaciones en moneda nacional de los deudores, lo que implicó una enorme transferencia de ingresos de los contribuyentes hacia quienes se habían endeudado en el exterior (Cortés C., 2005: 297-302). Sin embargo, los recursos acumulados durante la etapa floreciente de las importaciones, determinaron el sostenimiento de la conducta inversora de los prestadores de servicios, aún en momentos de crisis financiera de la Seguridad Social. También se había modificado la conducta prescriptiva de los médicos y, por consiguiente, la mayor oferta de tecnología había condicionado un incremento de la demanda de estudios complejos.

Durante este proceso, los hospitales mutuales de comunidades extranjeras lograron adaptarse rápidamente a las reglas del juego, dado que se trataba de entidades sin fines de lucro, que operaban con normas administrativas ágiles, propias de las empresas privadas. También en su interior se desarrollaron microempresas propietarias de equipamientos

complejos, que establecieron convenios de reciprocidad con la institución anfitriona, equivalentes a la *tercerización* de servicios. Sin embargo esta modalidad introdujo contradicciones, ya que en una organización hospitalaria mutual -sin fines de lucro- operaban servicios parcialmente autónomos, con fines de lucro. Se establecía así una dinámica interna en la que, las derivaciones entre servicios y la conducta prescriptiva de exámenes complementarios, no eran ajenos a las necesidades de crecimiento y desarrollo de las distintas microempresas, dado que la distribución interna de los recursos del hospital, se basaba en la cantidad de prestaciones realizadas.

Como excepción al comportamiento comentado, conviene mencionar aquí el caso del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata, ya que -aunque no era de carácter mutual- estaba sostenido por una Fundación, también sin fines de lucro. La totalidad del equipamiento fue siempre -y sigue siéndolo- de propiedad del Hospital; la distribución interna de recursos entre los profesionales se basaba en honorarios modulados según la función, la carga de trabajo, el rendimiento y la capacitación profesional. Para prestar servicios, el Hospital celebraba convenios con diferentes Obras Sociales, mediante diversas modalidades de pago, incluyendo la de *capitación* con el PAMI. Durante mucho tiempo, fue uno de los pocos establecimientos, cuyo contrato con PAMI, resultaba rentable brindando un buen servicio (Pavón y col, 1984). Asimismo, aunque no escapó en ese momento a la *tercerización* de servicios asistenciales, puede señalarse la reorganización interna que llevó a cabo el Hospital Italiano de Buenos Aires para atender su contrato con el PAMI. Se implementó un programa de desarrollo de la Medicina Familiar, tendiente a racionalizar la conducta prescriptiva de los médicos, que dio origen a una escuela de formación de profesionales con esta orientación.

Entretanto, los hospitales públicos perdían aceleradamente el predominio en la tenencia de servicios de alta complejidad, que -con las dificultades descritas anteriormente- habían logrado sostener durante la década del 60. Los Cuadros Nº 8.5 y 8.6 son una muestra elocuente al respecto. Continuaban su paulatina desfinanciación, por el achicamiento relativo de los presupuestos estatales en salud, y observaban pasivamente el avance de actividades de docencia, investigación y residencias en el ámbito privado. De modo que también en estos aspectos de capacitación y desarrollo del conocimiento, fueron perdiendo predominio. Sin embargo, se renovaron los esfuerzos tendientes a lograr su inserción en la Seguridad Social, a través de diferentes proyectos de descentralización administrativa y la mayor facturación de servicios prestados a beneficiarios de Obras Sociales. Las iniciativas en este sentido serán tratadas detalladamente en el próximo capítulo, pero conviene adelantar aquí que no lograron resultados suficientemente significativos, como para torcer la tendencia general hacia el predominio del subsector privado.

En el sector financiero privado, crecieron hacia fines de los '70 las Empresas de Medicina Prepaga. Se desarrollaron especialmente en las grandes concentraciones urbanas, disputando entre sí una franja particular del mercado, compuesta por la población de recursos económicos medianos y altos, con o sin cobertura de Obra Social. En un escenario de rápida expansión de la Seguridad Social, un sector de la población disponía de recursos suficientes, para evitar la cautividad de una Obra Social, y/o para contratar un plan de cobertura, que le permitiera afrontar los costos crecientes de la atención médica de alta complejidad, sin resignar los beneficios de la atención privada. La *crema* de esta franja de mercado la integraban las personas relativamente jóvenes, con baja propensión al gasto, dado que accedían a estos planes por opción y no por necesidad. Naturalmente, las empresas competían por *descremar* este sector de los potenciales usuarios (*cream screaming*). Esta situación de intensa competitividad, provocaba un alto grado de rotación de la población entre las distintas empresas y planes, produciéndose en consecuencia una importante duplicación de cobertura entre los beneficiarios de Obras Sociales que, además, contrataban planes privados de Medicina Prepaga. La magnitud de la duplicación de cobertura por Obra Social y prepago privado era un tema controvertido. Según una estimación de 1989, había llegado a afectar el 5,4% de la población del país (INDEC, 1989), cifra que adquiriría mayor significación, teniendo en cuenta que la totalidad de los cubiertos por planes de Medicina Prepaga, se dimensionaba entonces en alrededor del 10% de los habitantes.

Rasgos de la crisis distributiva durante la década del 80

En el plano político, la derrota sufrida en junio de 1982 en la guerra de las Islas Malvinas, precipitó la caída del 3^{er} Presidente de la Dictadura Militar, Gral. Leopoldo F. Galtieri. En situación de desordenada retirada, las Fuerzas Armadas iniciaron un apresurado proceso de transición hacia la democracia, con la Presidencia a cargo del Gral. Reinaldo B. Bignone. Tras un breve período de negociaciones con los partidos políticos, el candidato radical, Dr. Raúl Alfonsín, sorprendió a todas las predicciones, venciendo al peronismo en las elecciones de octubre de 1983. El eje central de su política inicial, estuvo orientado a consolidar la democracia y juzgar los crímenes de la represión durante el Gobierno militar. En lo económico, las primeras acciones sólo procuraron paliar los desajustes entre los actores económicos, sin atacar en profundidad los graves problemas existentes.

Desde principios de los '80, comenzaron a observarse en las Obras Sociales, las dificultades para absorber el precipitado incremento de los costos de la atención médica, con sus relativamente decrecientes recursos financieros. Entre los diferentes sectores prestadores - y especialmente entre las corporaciones médicas y sanatoriales- se desenvolvía una intensa puja por el posicionamiento relativo del valor de sus prestaciones, ya que la diseminación en todo el país de la modalidad de contratación iniciada por FeMeCor, había generado una marcada hegemonía de las organizaciones médicas. Mientras subsistió el escenario macroeconómico de inflación medianamente controlada, las Obras Sociales licuaron parcial y silenciosamente sus deudas, alargando los plazos de pago. Pero la acelerada espiral inflacionaria -desatada a partir de 1981- puso en evidencia que los sucesivos ajustes negociados por los prestadores en el valor de las unidades arancelarias del NN, para paliar los efectos de la inflación, no eran alcanzados por los incrementos salariales pactados por los sindicatos. Los desfases entre las actualizaciones, que lograban alternativamente los prestadores y prestatarios del sistema de Seguridad Social, evidenciaban la crisis financiera subyacente. Con aceleraciones y desaceleraciones, dentro de un marco económicamente crítico, este panorama competitivo se mantuvo hasta 1985.

En febrero de 1985 se hizo cargo del Ministerio de Economía el Dr. Juan V. Sourrouille, quien tras soportar unos meses de marcada inflación, lanzó un plan de estabilidad macroeconómica que, previo reajuste del valor de la moneda, congeló precios, salarios y el tipo de cambio. El Plan Austral, con el que el Gobierno procuró tomar la iniciativa económica, tenía como innovación el *desagio* de los valores nominales de los contratos, que supuestamente tenían incorporadas las expectativas inflacionarias en sus precios, con el fin de frenar el efecto inercial de la inflación precedente. Por consiguiente, se instaló una moneda fuerte y estable -el Austral- que dejó al descubierto la gravedad del problema financiero de las Obras Sociales y las deficiencias estructurales del modelo vigente. Es decir, si antes del Plan Austral -al pagar con 6 meses de demora- se estaban liquidando \$ 60 por cada 100, con el Austral se mantenía los valores nominales aunque se postergaran los pagos. Se neutralizaba así la licuación de las deudas y se mantenían los costos actualizados. Desde entonces, renegociaciones sucesivas instrumentadas por el INOS, mediante acuerdos colectivos equivalentes a los de la Ley 19.710, procuraron refinanciar, subsidiar, transferir al Estado, condonar y/o *consolidar*³¹ las deudas de las Obras Sociales por servicios prestados a sus beneficiarios. Sólo se alcanzaron soluciones parciales, paliativos o postergaciones, pero el abordaje de la viabilidad estructural de sistema quedó como problema pendiente. Como se vio a lo largo de este capítulo, desde la década del 60 las Obras Sociales fueron ampliando en forma paulatina su participación en la financiación de la atención médica, sin que se plantearan modificar el rumbo del modelo prestacional, según las necesidades y coberturas prioritarias para sus beneficiarios.

La evolución del modelo prestacional siguió naturalmente la orientación determinada por los supuestos implícitos, que subyacían en la formación académica de los profesionales: los factores biológicos por encima de las consideraciones sociales, una actitud orientada a la recuperación de enfermedades antes que a su prevención, la preferencia por la sumatoria de especialidades respecto a la prioridad de un 1^{er} nivel de atención básica o general. En diversas oportunidades el INOS aportó normas tendientes a corregir desvíos frecuentes en las modalidades de atención: estándares de calidad para algunas actividades, indicaciones clínicas de ciertos tratamientos, normas de cobertura para prestaciones de alta complejidad. Otros

³¹ Consolidar: término empleado para dejar establecida -mediante un acuerdo escrito- la magnitud de una deuda y poder reanudar el funcionamiento del contrato, resguardando lo adeudado. En general, la deuda *consolidada* era traducida a bonos de largo plazo, que tenían valores flotantes de mercado y eran transables, por ejemplo, por servicios públicos.

proyectos más ambiciosos no lograron ser implantados: criterios de complejidad de los establecimientos según el tipo de intervención quirúrgica (Resolución N° 1.977/82), estándares de calidad para establecimientos prestadores (1986), normas de acreditación para servicios de Medicina Crítica (INOS, 1986-87) y el anteproyecto de prestaciones básicas y coberturas esenciales (INOS a, 1985). Tuvo más éxito, aunque por breve tiempo, el programa de estadísticas de salud (INOS b, 1985). De cualquier modo, estas iniciativas correctivas no alteraron el curso natural de modelo vigente. Los principios de *libre elección* del prestador y de pago por prestación, enarbolados como banderas de carácter ético por las entidades gremiales de los profesionales desde los años 60, sirvieron como amparo doctrinario de la evolución seguida por la conducta prestacional de los profesionales, constituyendo una de las causas de fondo de la crisis estructural del sistema.

La Auditoría Médica, como enfoque multidisciplinario destinado a controlar la calidad de la atención médica y las relaciones económicas entre proveedores y financiadores, tuvo en esta etapa un papel preponderante dentro de la Seguridad Social. Inicialmente cumplió una función moderadora de los costos y reguladora de las pautas de atención médica; por otra parte, la modalidad *compartida* entre auditores de prestadores y prestatarios, logró atenuar los aspectos conflictivos entre las partes, especialmente desde 1977. Hacia el final de los '80, estas funciones se habían desvirtuado, como ya se comentó. El ejercicio de los auditores desde el interior de las organizaciones de prestadores, incrementó su actitud fiscalizadora de los prestadores individuales. De algún modo, este cambio en la posición evaluativa, tuvo la significación de un retroceso en el comportamiento de los auditores, en el tránsito hacia la actitud de evaluación de la calidad, que venía promoviendo SADAM desde comienzos de la década del 80 (SADAM, 1984, 1985).

Hacia mediados de los '80, los prestadores sanatoriales agrupados en ConfeCliSa, mostraron que comprendían con mayor claridad la naturaleza de la crisis distributiva, que se estaba produciendo en el modelo prestador, mientras las organizaciones médicas estaban más atentas a sus propias contradicciones internas, resultantes del período en el que tuvieron un papel hegemónico en el Sector. La excesiva monopolización de funciones y la acumulación de poder de decisión, que habían logrado en los '70, fueron produciendo desmembramientos en las Federaciones Médicas de las provincias más grandes, como Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Entretanto ConfeCliSa, fue incorporando sanitaristas con alto nivel de capacitación y conformando un grupo de dirigentes coherente. En las negociaciones en el ámbito del INOS mostraban una mayor solvencia y participaban más activamente en las iniciativas de ordenamiento del sistema. Paulatinamente, en diversas provincias fueron desplazando a las Federaciones Médicas en la titularidad de los contratos con el PAMI. De tal modo que, si a partir de 1977 las asociaciones sanatoriales eran intermediadas por las Federaciones Médicas en su relación con el PAMI, desde mediados de los '80 se invirtieron las posiciones, y estos últimos tuvieron que aceptar la subcontratación de los primeros.

Pese a los esfuerzos del Gobierno, a fines de 1987 la inflación se escapaba de su control, por lo que el Ministro implementó un nuevo congelamiento de precios y tarifas, denominado *Australito*. Sin embargo, la desconfianza en la capacidad gubernamental para manejar la Economía iba en aumento, y todas las transacciones, incluyendo las de la Seguridad Social, funcionaban indexadas. En agosto de 1988 se ensayó un nuevo paquete económico denominado *Plan Primavera*, pero su debilidad para recuperar la confianza de los actores económicos se puso rápidamente de manifiesto. El déficit fiscal se aceleraba y el Banco Central no sólo emitía dinero para atender los compromisos del Tesoro, sino también tomaba dinero prestado de inversores internos, a través de la emisión de múltiples series de bonos, proceso que la jerga periodística calificó como *festival de los bonos*. Toda persona que lograba ahorrar algún dinero lo traducía inmediatamente a dólares, conducta que también cumplían los empleados para mantener el valor de sus sueldos durante el mes. A principios de 1989 se desató la hiperinflación y la administración nacional quedó al borde del colapso fiscal, con un incremento de precios que casi llegó al 200% mensual, lo que determinó la renuncia anticipada del Dr. Alfonsín en julio (Cortés C., 2005: 302-321).

Proyectos integrales en las décadas del 70 y 80

Es interesante señalar en estas décadas, las iniciativas destinadas a concentrar poder de decisión en el Ministerio de Salud nacional, pese a que todas las medidas adoptadas en ese momento, mostraban la tendencia a dispersar las decisiones entre una gran cantidad de actores. En primer lugar la transferencia de los hospitales a las provincias. En segundo lugar, la relativa autonomía de las Obras Sociales. Por último, el marcado protagonismo que adquirieron las organizaciones gremiales de prestadores de la Seguridad Social, interviniendo en el circuito administrativo del sistema. Sin embargo, persistía en las autoridades sanitarias y en el pensamiento del peronismo y el radicalismo, que gobernaron en ambas décadas respectivamente, la intención de recuperar para el Ministerio de Salud de la Nación, la capacidad de conducir el Sistema de Salud, unificando en un servicio nacional, a todos los componentes del Sector. Debe hacerse la salvedad, previamente, que la exitosa reforma sanitaria de la Provincia del Neuquén a principios de la década del 70, será tratada en el Capítulo 11 al analizar los proyectos provinciales en el marco del federalismo.

Durante el Gobierno del Gral. Perón de 1973-74, siendo Ministro de Salud el Dr. Domingo Liotta, se envió al Parlamento el proyecto del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La idea original del SNIS era reunir bajo un único sistema a la totalidad de los establecimientos públicos administrados por las provincias, a las Obras Sociales -con carácter obligatorio- y a sus prestadores, con la intención de concentrar en el Estado nacional la conducción del conjunto de los actores del sistema. Curiosamente, entre los redactores del proyecto, además de algunos expertos vinculados al peronismo, trabajaron también los Dres. Aldo Neri y Carlos Canitrot, Ministro y Secretario de Salud, respectivamente, del Gobierno de Alfonsín, y en 1985 propulsores del Seguro Nacional de Salud. El tratamiento parlamentario del proyecto fue tortuoso, ya que tuvo la férrea oposición del sindicalismo y de una parte del peronismo político, desatándose una aguda polémica en el interior del Movimiento gobernante y entre los componentes del sistema prestador. Logró pasar la etapa de tratamiento en Comisiones, después de ser despojado de las expectativas iniciales de concentración de poder, ya que se cambió la redacción de *obligatoriedad* de incorporación de las provincias y las Obras Sociales, por la de *adhesión voluntaria* mediante convenio. Finalmente, se logró la sanción de las Leyes 20.748, de creación del SNIS, y 20.749, de Carrera Sanitaria Nacional (Liotta, 1981). El SNIS sólo alcanzó a implementarse en 4 provincias -Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis- donde tuvo un resultado favorable, pero fue derogado por el Gobierno militar, mediante la Ley 21.902 de noviembre de 1978.

Más allá de las mutilaciones políticas del proyecto inicial, el SNIS fue sancionado incluyendo una innovación importante, desde la óptica de este análisis: existía un Consejo Federal, como órgano de conducción. Esto implicaba el reconocimiento institucional de la necesidad de concertar las distintas jurisdicciones estatales, universidades, entidades financiadoras y prestadoras, para la articulación e integración general del sistema. Para algunos autores, el SNIS expresaba una nueva corriente en el pensamiento sanitario, que estaba evolucionando desde el modelo de seguro de enfermedad de los años 60, al de servicio nacional de salud, que no sólo preveía el financiamiento, sino también el ordenamiento de redes asistenciales integradas (Belmartino-Bloch, 1982). En realidad, los sanitaristas formados en la ESPUBA, estaban evolucionando por el contrario, desde el modelo de servicio nacional único y estatal -al que consideraban ideal- hacia la incorporación de las Obras Sociales y los prestadores privados, integrados en un único sistema con el subsector público. Pero aquella iniciativa también puso en evidencia una estrategia inadecuada, teniendo en cuenta las dificultades ejecutivas con que había quedado el Ministerio Nacional -tras una etapa de progresivo deterioro de su capacidad de decisión, inversión y liderazgo- para articular a los componentes del sistema de atención de la salud en una única organización, por el camino de la sanción legislativa. Visto desde la perspectiva histórica, el SNIS iba a contrapelo de todas las tendencias analizadas.

Aunque no representó un proyecto integral, sino la intención del Gobierno militar de tomar el control del sistema de Obras Sociales, es pertinente comentar aquí la Ley 22.269 sancionada en 1980. En primer lugar, las Obras Sociales perdían su individualidad jurídica y pasaban a constituir entidades de derecho público, denominadas Entes de Obra Social (EOS) dependientes del INOS. Los fondos aportados eran considerados impuestos públicos y, los aportantes, mantenían poder de asignación sobre el 90% del monto aportado. Este criterio fue propuesto por el Ministerio de Economía, con el fin de posibilitar que los beneficiarios tuvieran la posibilidad de optar por la Medicina Prepaga, manteniendo una pequeña parte de su

participación solidaria en el sistema. Los EOS quedaban sujetos a la decisión del INOS para ser agrupados en entidades de mayor magnitud, ya sea por afinidad de ramas de la producción o por coincidencia geográfica. Se esperaba reducir las Obras Sociales a alrededor de 50 a 60 EOS. La pérdida de individualidad jurídica y de autonomía decisoria por parte de las Obras Sociales, implicaba la estatización total del sistema de cobertura social. Este criterio en lo social, era contradictorio -o más bien complementario- con el de la libertad de comercio, sostenido en el campo económico. Pese a que el Gobierno tenía la suma del poder público, ya que no funcionaba la división de poderes y la mayoría de las Obras Sociales estaban intervenidas por militares, la Ley 22.269 ni siquiera llegó a reglamentarse. Como proyecto, tenía poco en común con los que se comentan en este apartado, pero también iba contra la tendencia histórica y no logró reemplazar a la Ley 18.610/70.

Por último, hay que referirse al emprendimiento estatal más ambicioso de esta etapa, el Seguro Nacional de Salud de 1985 (SNS'85). A diferencia del SNIS, que procuraba integrar los aspectos financieros y prestacionales en un sistema único estatal, el SNS'85 proyectaba la integración por el camino de la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica. Por otra parte, se proponía ampliar la cobertura de la Seguridad Social a la totalidad de los habitantes del país, mediante el aporte de las rentas generales, para incorporar a la población carente de capacidad contributiva (Neri a-b, 1984). La historia posterior demostró que, no existía ni la decisión política ni los recursos, para afrontar la incorporación masiva de cerca de 10 millones de nuevos beneficiarios al sistema. De manera que el proyecto tenía más expectativas técnicas, que factibilidad política real. Lo común a los proyectos del SNIS y del SNS'85 era la estrategia de alcanzar una reforma integral, a partir de un sistema que progresivamente se habían descentralizado y diversificado, promoviendo una drástica concentración del poder de decisión del Estado nacional, a través de un proyecto de ley que debía transitar el debate parlamentario. Como ya se mencionó, tanto el Ministro de Salud, Aldo Neri, como el Secretario de Salud, Carlos Canitrot, habían participado -12 años antes- en la redacción del proyecto del SNIS, aunque en esta oportunidad el borrador de trabajo original fue redactado por el Dr. Jorge Mera (Mera, 1988).

La propuesta se evidenció políticamente inviable durante la etapa de tratamiento parlamentario. Por iniciativa de la CGT -encabezada en ese momento por Saúl Ubaldini- los Diputados de extracción gremial presentaron el denominado "Proyecto Azul y Blanco", que prácticamente regresaba a los términos de la Ley 18.610, y que buscaba neutralizar la propuesta del Ministerio de Salud. La totalidad del Gabinete de Salud debió renunciar y el tema quedó congelado por un tiempo. Dos años después se reanudó su discusión en un escenario distinto. En el campo sindical había adquirido fuerte predominio un sector conciliador, que cuestionaba la actitud de confrontación permanente de Ubaldini; se identificaba como "Grupo de los 15" y fue gratificado con la designación de un dirigente de sus filas como Ministro de Trabajo, Carlos Alderete. En la órbita del Poder Ejecutivo, Alfonsín encomendó las negociaciones al Dr. Rodolfo Rodríguez, designándolo al frente del INOS -en primera instancia- y de la Secretaría de Salud, más tarde. El resultado de esas tratativas fueron dos proyectos *transaccionales* y complementarios, que -en última instancia- no modificaban el modelo emblemático de la Ley 18.610. En la negociación los sindicalistas procuraron mantener su control sobre la administración de las Obras Sociales, pero cedieron varios aspectos legales, como la naturaleza jurídica de las entidades y de los fondos recaudados (serán analizados en el Capítulo 11). Finalmente, en la madrugada del 30 de diciembre de 1988 -última y maratónica sesión del año- se aprobaron las Leyes 23.660 de Obras Sociales y la 23.661 de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), que aún están vigentes.

En general, ambas normas legales no modificaban la estructura básica de la organización del sistema de Obras Sociales, salvo algunas innovaciones. En primer lugar, pasaban a ser *agentes del Seguro Nacional de Salud* y, jurídicamente, entidades de derecho público no estatal. Reemplazaban el INOS por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal), dependiendo de la Secretaría de Salud y con capacidad para recaudar en forma directa. Los aportes del trabajador se elevaban al 3% del salario y las contribuciones del empleador al 6%. El 10% de los aportes y contribuciones debían ser depositados a la orden de la ANSSal, directamente y no por transferencias de las Obras Sociales, para conformar el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Ratificaban que las Obras Sociales debían destinar el 80% de sus recursos a servicios asistenciales, y de éstos, el 70% debían ser invertidos en la jurisdicción de origen. Procuraban eliminar gradualmente las contribuciones especiales o *recursos de distinta*

naturaleza, que algunas Obras Sociales habían logrado mediante leyes específicas, como bancarios, seguros, luz y fuerza, etc., destinando en principio el 50% de esos recursos al FSR. En el Registro Nacional de Prestadores (RNP) se admitía la inscripción de Asociaciones de Prestadores, con lo que se legalizaba la situación de hecho de sus contrataciones con la Seguridad Social. El SNSS también preveía la incorporación de la población sin cobertura, mediante el financiamiento compartido del Estado nacional y los Estados provinciales, pero esto nunca fue reglamentado. Para la inscripción de las Obras Sociales y a fin de entender en los aspectos relacionados con su organización jurídica, se creaba la Dirección Nacional de Obras Sociales (DiNOS), dependiente de la Secretaría de Salud.

Dado el momento en que fueron sancionadas las Leyes 23.660 y 23.661, las circunstancias políticas generales -explotó la hiperinflación y el Presidente renunció en julio de 1989- determinaron que fuera durante la Presidencia de Carlos Menem, cuando se implementó todo lo relativo a los nuevos instrumentos legislativos. La historia posterior mostraría que, aunque se habría de citar como marco jurídico ambas leyes, muchas decisiones adoptadas serían contradictorias con el espíritu de esas normas jurídicas (ver Capítulo 11).

Consideraciones finales

A partir de 1955 se inició una tendencia histórica a la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud, dando lugar a un modelo organizativo que subsiste hasta el momento actual. Ya sea por la delegación progresiva de competencias desde el Estado nacional hacia los Estados provinciales, o por el crecimiento de entidades no estatales, que pasaron a controlar distintos segmentos de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios, se afianzó en adelante una modalidad pluralista de la oferta y demanda de servicios. Esta diversificación se había revertido parcialmente durante el período peronista, debido a la declinación del sector privado y -sobre todo- a la formidable expansión de la oferta estatal. La forma paulatina en que se fue configurando este modelo, las marchas y contramarchas en las decisiones que se adoptaron y la competencia entre los distintos componentes del sistema, permitieron identificar 3 etapas evolutivas dentro del mismo patrón organizativo de *Modelo pluralista de regulación descentralizada*, como se señaló al iniciar este capítulo: a) formación (1955-1970); b) institucionalización (1970-1977), y c) crisis distributiva (1977-1989).

Una vez desmantelado el aparato estatal nacional, que predominó en la década peronista, se procuró volcar el eje del financiamiento hacia las Obras Sociales. La expansión de la Seguridad Social en la Argentina, constituyó una organización superadora del modelo *benéfico* que prevaleció hasta la 2ª Guerra Mundial, y de las modalidades de *ayuda mutua*, mencionadas en los Capítulos 2 y 5. Pero durante el período que se ha analizado, continuó predominando una *lógica asistencialista* en la gestión del sistema, donde los derechos adquiridos -por la condición de dependencia laboral- predominaron por encima de la viabilidad financiera del aseguramiento. En la medida que los recursos del sistema se hicieron insuficientes, se incrementó la alícuota del salario con que participaban los contribuyentes. Basta mencionar al respecto, que entre la Ley 18.610 de 1970 y las Leyes 23.660/23.661 de 1988, el porcentaje de aportes y contribuciones sobre la nómina salarial, pasó del 3% al 9%, sin que se introdujeran restricciones en la cobertura de servicios otorgada. El sistema de Seguridad Social ni siquiera era interpretado como un modelo asegurador, en el que los beneficios pudieran ser regulados -en términos actuariales- en función de los recursos disponibles.

En el pensamiento sanitario también se produjeron modificaciones, dado el crecimiento que había experimentado la participación de las Obras Sociales en la financiación de la atención médica. El paradigma de *salud pública*, que venía presidiendo la formación de los sanitarios desde 1948, como transición desde lo clínico individual hacia lo epidemiológico colectivo, estaba implícitamente vinculado a un modelo de atención basado en servicios públicos, planificados desde el Estado. Para adecuarse a las nuevas circunstancias de la década del 60, se incorporaba un objetivo operativo para la organización del sistema de salud: proveer a toda la población una *atención médica accesible, oportuna, integrada e integral*, donde la entrada por cualquier punto del sistema, permitiera acceder a todos los niveles y servicios disponibles,

según las necesidades de cada caso (Ministros SP, 1968). En esta definición se admitía en forma implícita, que podían existir modalidades alternativas a la del *servicio único estatal*.

Así se llegó hasta 1989. Al desatarse la hiperinflación, todas las reglas del juego se modificaron y se alteraron todos los análisis sobre la estructura del sistema. El modelo pluralista iniciado en 1955 evidenciaba su descomposición. Los protagonistas asistían atónitos a la crisis, con decisiones de coyuntura. Todo hacía suponer que hacia delante se configuraría un nuevo modelo, pero con características difícilmente predecibles.

Apéndice del Capítulo 8: Obras Sociales Provinciales

Situación jurídica y estructura administrativa de las Obras Sociales Provinciales.

Provincia	Nombre	OSP	Situación Legal ⁽¹⁾	Administración de Recursos ⁽²⁾	Conducción ⁽²⁾
Ciudad Autónoma de Buenos Aires ⁽³⁾	Obra Social de los Trabajadores del Estado de la Ciudad de Buenos Aires	Ob.SBA, ex IMOS	IMOS: Ley 20.382/73 del Congreso Nacional. Ob.SBA: Ley 472/00 de la Legislatura local, como ente de derecho público no estatal	Independiente (debe adherirse al Sistema Integrado Nacional de las Leyes 23.660-23.661)	Intervenido
Provincia de Buenos Aires	Instituto de Obra Médico Asistencial	IOMA	Ley 6.892/87. Entidad autárquica con capacidad para actuar pública y privadamente	Independiente	Directorio
Catamarca	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Ley 3.509. Entidad autárquica financiera, administrativa y funcional	Independiente	Intervenido
Chaco	Instituto de Seguridad Social y Seguro de Previsión	INSSSEP	Ley 4.044. Organismo autárquico y funcionalmente autónomo	Independiente	Presidente + Directorio
Chubut	Instituto de Seguridad Social y Seguros	ISSS-SEROS	Ley 1.404	Independiente	Intervenido
Córdoba	Instituto Provincial de Atención Médica	IPAM	Ley 5.299. Entidad autárquica con individualidad financiera	Independiente	Presidente + Directorio
Corrientes	Instituto de Obra Social de Corrientes	IOSCOR	Ley 3.341. Parte del Instituto de Seguridad Social		Intervenido

Entre Ríos	Instituto de Obra Social de la Provincia de Entre Ríos	IOSPER	Ley 5.326. Persona jurídica autárquica	Independiente	Presidente + Directorio
Formosa	Instituto de Asistencia Social de Empleados Públicos	IASEP	Decreto Ley 1.463/62. Organismo descentralizado y autárquico	Dependiente del Ministerio de Economía	Intervenido
Jujuy	Instituto de Seguros de Jujuy	ISJ	Ley 4.282/87	Independiente	Presidente + Directorio
La Pampa	Instituto de Seguridad Social - Servicios Médicos Provisional	SEMPRE	Norma Jurídica de Facto 1.170/82. Entidad autárquica financiera y administrativa. Personería jurídica y patrimonio propio	Independiente	Presidente + Directorio
La Rioja	Administración General de Obra Social	APOS	Entidad autárquica financiera, administrativa y funcional	Independiente	Administrador General
Mendoza	Obra Social de Empleados Públicos	OSEP	Organismo descentralizado. Cualquier modificación de estructura orgánico-funcional debe contar con decreto del Poder Ejecutivo	Independiente	Presidente + Directorio
Misiones	Instituto de Previsión Social de Misiones	IPSM	Ley 568/71. Parte del Instituto de Seguridad Social. Carácter autárquico, depende del Ministerio de Hacienda y Finanzas. Capacidad para actuar pública y privadamente	Independiente	Presidente + Directorio
Neuquén	Instituto de Seguridad Social del Neuquén	ISSN	S/d	Independiente	Administrador + Directorio

Río Negro	Instituto Provincial de Seguro de Salud	IPROSS	Ley 2.753/93. Entidad autárquica con individualidad financiera. Funciona en jurisdicción del Ministerio de Asuntos Sociales	Independiente	Presidente + Directorio
Salta	Instituto Provincial de Seguro	IPS	Ley 712/01. Entidad autárquica con personería jurídica, individualidad administrativa, económica y financiera	Independiente	Presidente + Directorio
San Juan	Instituto Provincial de Seguridad y Asistencia Social	IPSA	Ley 4.373, modificada por Decreto 4.202. Ente descentralizado o con plena autarquía	Independiente	Intervenido
San Luis	Dirección de Obra Social del Estado Provincial	DOSEP	Ley 3.419/72 derogada - Ley 4.042/79 derogada	Independiente	Intervenido
Santa Cruz	Caja de Servicios Sociales	CSS	S/d	Independiente	Intervenido
Santa Fe	Instituto Autárquico Provincial de Obra Social	IAPOS	Ley 8.288/78. Personería jurídica autárquica en el ámbito del Poder Ejecutivo. Relacionada mediante el Ministerio de Bienestar Social	Independiente	Director
Santiago del Estero	Instituto de Obra Social del Empleado Provincial	IOSEP	Parte del Instituto de Seguridad Social	Independiente	Intervenido
Tierra del Fuego	Instituto de Servicios Sociales de Tierra del Fuego	ISST	Ley 10/72. Organismo autárquico	Independiente	Presidente + Directorio
Tucumán	Instituto de Previsión y Seguridad Social de	IPSST	Ley 6.443/93. Servicio público con autarquía	Independiente	Intervenido

	Tucumán		administrativa, personería jurídica e individualidad financiera		
--	---------	--	---	--	--

Fuente: modificado de Maceira, 2003.

Origen de los datos: (1) Ministerio de Economía, Secretaría de Relaciones con Provincias, "Informe Preliminar Obras Sociales Provinciales", 2001; (2) Elaboración de Maceira en base a encuesta realizada al total de las OSP's; (3) Elaboración propia.

Los hospitales del período de expansión de la Seguridad Social

Si la 1ª y 2ª generaciones de hospitales se caracterizaron por la existencia de modelos arquitectónicos claramente definidos, inspirados incluso en fundamentos teóricos científicamente justificados, los hospitales de la 3ª generación tuvieron un diseño menos homogéneo. Al menos en la Argentina, respondieron a diversas concepciones, por lo que habría que identificar los aspectos comunes a los establecimientos construidos en este período. Debe tenerse en cuenta, además, que esta etapa fue la menos prolífica en la construcción de nosocomios públicos y que, en general, la gran expansión de los emprendimientos privados se llevó a cabo remodelando edificios anteriores, pero no con edificaciones nuevas. Quizá por la propia contemporaneidad con esta generación, el perfil de estos establecimientos no aparezca con tanta nitidez como el de las generaciones precedentes.

Como se verá más adelante, esta época se caracterizó por su heterogeneidad, por la superposición de proyectos contrapuestos y por las marchas y contramarchas en materia de política hospitalaria. Por este motivo se considera conveniente recurrir al artificio de describir un modelo teórico del hospital de esta generación, confrontándolo luego con las construcciones históricas reales. Sin embargo, la descripción de este modelo no es el resultado de una especulación abstracta, sino del análisis de las tendencias que pudieron identificarse en el país, a pesar de la diversidad de iniciativas y de la coexistencia de distintos actores en el Sector Salud. Debe admitirse que esta definición también tiene el sesgo de expresiones de deseo sobre el papel que deben cumplir los hospitales. En última instancia, por la convergencia entre los modelos *observados* y los *esperados*, se fue conformando un perfil institucional, que es el que se verifica en los países más avanzados y que aquí cumplen parcialmente diferentes nosocomios, aunque sea difícil encontrar uno que reúna todos los atributos delineados.

Caracterización de la tercera generación de hospitales

Para partir de una definición general del modelo teórico de este hospital de la 3ª generación, nos remitiremos al enunciado formulado en 1985, que encontró un aceptable consenso (Arce, 1985). Decíamos entonces que su objetivo es brindar una *atención médica continuada, integrada e integral a la comunidad de su área programática, mediante una administración descentralizada y una financiación multicéntrica*. Desmenucemos aquel enunciado. El paciente recurre al hospital -o es internado- cuando necesita una observación continua de su evolución, una operación programada o urgente, o un tratamiento intensivo, porque su salud se encuentra en riesgo grave e inminente. Ya no se trata de aislar al enfermo o tenerlo a disposición del cuerpo médico, sino de concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento, en tiempos limitados, para reintegrar al paciente a su medio lo más rápidamente posible. La intensidad del cuidado que se brinde a cada paciente, deberá estar racionalmente administrada, de acuerdo a la curva evolutiva de su enfermedad.

En estas condiciones, las camas no se separarán por especialidades, son indiferenciadas desde este punto de vista: lo que las distingue es la intensidad o continuidad de las acciones terapéuticas, salvo para las maternidades y los servicios pediátricos. La organización en base al concepto de *cuidados progresivos*, resulta entonces la forma más eficiente de proporcionar atención en internación. De este modo, las áreas de internación se ordenan en cuidados mínimos o autocuidado, cuidados intermedios o especiales y terapia o cuidados intensivos. También deberán preverse, si la estructura de la demanda así lo requiere, las unidades de terapia intensiva pediátrica y neonatal. Este conjunto de servicios con alta concentración de prestaciones se agrupan bajo el concepto de Medicina Crítica.

La articulación de las distintas especialidades, se *integra* a través del médico clínico de sala, de tal modo que éste constituye la vía final común de las decisiones médicas especializadas, a efectos de lograr una mayor coherencia en la relación paciente-institución. En este sentido se retorna al concepto de que la Clínica Médica, la Medicina Interna o la Medicina a secas, sean el hilo orientador de la actividad asistencial, evitando que la superposición de enfoques especializados -y a veces contrapuestos- se revierta sobre el paciente en forma

anárquica. Toda decisión deberá ser ejecutada u ordenada a través del *médico de cabecera* de cada enfermo. Este problema era particularmente visible en los establecimientos más complejos de la 2ª generación, en los que las camas estaban asignadas a cada especialidad y eran los especialistas los que comandaban las decisiones sobre los pacientes de su sector.

La modalidad de atención médica *continua y concentrada*, conlleva la necesidad de abreviar los plazos de internación. Las convalecencias en general, deben transcurrir en la casa del enfermo, que es dado de alta en el momento en que su cuadro se estabiliza y su seguimiento médico o de enfermería puede hacerse en forma discontinua. El costo del día-cama de internación se eleva dramáticamente, dado que va complicándose el proceso asistencial por una gran cantidad de exámenes complementarios, y se concentran muchas prestaciones especializadas en cada jornada de hospitalización. Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que desde un punto de vista mejoran la eficacia del trabajo médico, multiplican su carácter invasivo y entrañan nuevos riesgos: punciones-biopsia, endoscopías, mediciones y cirugías intravasculares, cirugías endoscópicas, y el variado arsenal terapéutico de las terapias intensivas. Los avances en la tecnología, permitieron reemplazar métodos más cruentos utilizados anteriormente: por ejemplo, tomografía axial computada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN) vs. neumoencefalografía; la cirugía laparoscópica y anastomosis digestivas por broches mecánicos vs. cirugía abdominal a cielo abierto. Las dimensiones del balance costos + riesgos/ beneficios, así como el resultado final de este desarrollo tecnológico, son un motivo de preocupación mundial en el campo de la bioética, que se encuentra en plena discusión. Por otra parte, la simple permanencia dentro del hospital entraña algunos riesgos. En efecto, la utilización cada vez más extendida de antibióticos, ha generado una población bacteriana progresivamente resistente al arsenal terapéutico disponible, motivo por el cual las cepas que habitan los ambientes hospitalarios, provocan infecciones altamente virulentas en huéspedes cuyo estado inmunológico ya está comprometido.

La tendencia a que la atención médica pivotee alrededor de la Clínica Médica o la Medicina Interna también se verifica en los consultorios externos, donde el *médico de orientación* es quien recibe inicialmente al paciente y encamina su asistencia dentro del nosocomio. Sin embargo, el médico -aunque es el recurso humano asistencial más importante- ya no es el eje del hospital de esta generación. Si el equipo médico hegemonizaba la estructura del hospital de 2ª generación, la *organización asistencial* es ahora protagonista de la 3ª. Un conjunto de profesionales, técnicos y personal de apoyo, coherentemente organizados, constituyen la clave de la eficacia del establecimiento sobre la salud de la población. Lo *organizativo* es el eje y así es como aparece un nuevo personaje: el *administrador sanitario*, el sanitarista o como se lo llame que, en realidad, no es más que un especialista en organización de servicios de salud. La administración hospitalaria, que antes estaba reservada en general al médico más antiguo, se ha complicado y requiere una capacitación técnica especial, sin que esto signifique que el hecho de poseer dicha capacitación, habilite por sí mismo a conducir eficientemente un hospital.

Se dijo más arriba que el hospital de esta generación ofrecía una atención médica integrada e integral. *Integrada* porque cada establecimiento constituye una estación intermediaria dentro de una red de derivación regionalizada, es decir, que el hospital es punto de referencia para todos los efectores menos complejos de su área de influencia (consultorios, dispensarios, centros de salud, etc.) y, a su vez, tiene como propia referencia, otros hospitales de mayor complejidad o especialización que la suya. Es *integral* porque la existencia de una red coordinada de derivaciones de complejidad o riesgo vital crecientes, permite que cualquiera de las puertas de entrada, habilite el acceso a todo el espectro de servicios que el sistema contiene. El hospital es aquí engranaje o *efector* de un *sistema*. Dice también la definición que el hospital atiende a la población de su *área programática*, a la zona geográfica que se encuentra bajo su influencia. Y aquí van implícitos dos conceptos: por un lado, que la oferta de atención no es indiscriminada sino circunscripta a un territorio; por otro lado, que ese territorio y la población que lo habita, forman parte del programa médico del hospital. El establecimiento no debe limitarse a cumplir con la atención de la población enferma, que espontáneamente demanda cuidados profesionales, sino que es centro coordinador y efector de programas especiales de profilaxis, prevención y promoción de la salud en su área de influencia. Así, el hospital actuará en campañas de saneamiento ambiental, planes materno-infantiles, vacunaciones masivas, educación sanitaria, etc.

La administración de cada establecimiento es *descentralizada* o tendiente a la descentralización, a diferencia de los hospitales de la 2ª generación creados, equipados, sostenidos y administrado por los organismos centrales de Salud Pública. El proceso de descentralización hospitalaria fue en la Argentina extremadamente extenso y tortuoso, por lo que será explicado en sus líneas generales más adelante. Pero podrán verificarse, por consiguiente, diferentes etapas o estadios de descentralización, que esquemáticamente podrían caracterizarse en estos escalones o componentes: a) delegación en la Dirección hospitalaria del llamado y adjudicación de las licitaciones públicas, hasta determinados montos; b) facturación a Obras Sociales o Medicina Prepaga de las prestaciones a pacientes con cobertura, ya sea con personal propio, por una oficina centralizada o por tercerización; c) administración por la propia institución de los fondos ingresados en concepto de facturaciones y distribución de parte de los recursos entre el personal (Arce-Roncoroni, 1984); d) utilización de las instalaciones y equipamiento para atender pacientes privados, por parte de los profesionales del hospital (Arce-Roncoroni, 1987); e) conducción del establecimiento por parte de un consejo integrado por representantes de la comunidad; f) otorgar personería jurídica, estatuto, así como autonomía para administrar el presupuesto y el plantel de personal, con fiscalización diferida (Milesi-Niklison, 1996), y g) administración de algunos servicios por empresas privadas.

Ejemplos de estos diversos escalones de descentralización habrán de encontrarse en el país, con todas las variantes posibles, aún conservando la naturaleza pública del nosocomio. Algunos casos pueden ser ilustrativos. Los hospitales de la Ciudad y de la Provincia de Buenos Aires, tramitan la compra de sus insumos y facturan sus servicios a las entidades de cobertura. En esta Provincia la facturación y cobranzas están centralizadas por el sistema SAMO y parte de los ingresos se distribuyen entre el personal (Ustarán V., 1978). Los hospitales de la Universidad de Buenos Aires han tercerizado su facturación y administran los fondos ingresados por este concepto. Diversas empresas privadas administran servicios de apoyo, como cocina, seguridad, limpieza o facturaciones; lo mismo ocurre con la playa de estacionamiento o al bar, que habitualmente explotan las Cooperadoras. Los hospitales de El Dorado y Puerto Iguazú (Misiones), los SAMCo de la Provincia de Santa Fe y el Hospital Garrahan de Buenos Aires tienen personería jurídica y se rigen por leyes especiales de autonomía administrativa. En muchos hospitales de localidades chicas, los médicos atienden sus pacientes privados y efectúan exámenes complementarios con equipamiento del hospital. La Provincia del Neuquén, en cambio, mantiene un alto grado de centralización administrativa. A través de estas variables -solas o combinadas- se ha procurado revertir las serias dificultades administrativas que presentan los hospitales centralizados, por la crónica insuficiencia presupuestaria, la burocratización de los trámites administrativos -que ahora resultan ineficientes- y el ritmo acelerado que actualmente requiere la vida hospitalaria, exigiendo decisiones rápidas.

La *financiación multicéntrica* es en parte consecuencia de la propia descentralización administrativa, del acelerado crecimiento de los costos de la atención médica, del extraordinario desarrollo de las Obras Sociales como financiadoras de salud y también de la proliferación de distintas formas mutuales, cooperativas o aseguradoras privadas (Pampliega, 1984), proceso que fue extensamente descrito en el Capítulo 8. Los anteriores hospitales gratuitos, fueron arancelados para los pacientes que gozan de algún tipo de cobertura social y, en algunos casos, aún para los que no la poseen. De manera que a la Contribución del Tesoro Público, que antes era exclusiva, ahora se agrega el pago directo de la población -por lo menos en los medicamentos- y el pago de las prestaciones efectuadas a Obras Sociales o sistemas prepagos. Asimismo se diversificaron las formas de retribución del trabajo profesional con la aparición de nuevas modalidades remunerativas diferentes del salario. Sobre este aspecto también podrán encontrarse diversas variantes: desde la distribución proporcional de un pozo común, independientemente del rendimiento de cada servicio o cada profesional, hasta la retribución en base a la cantidad de prestaciones realizadas por el profesional o el servicio. Todas estas variables apuntan en síntesis a lograr fuentes de financiación que acompañen el crecimiento del costo de la atención médica, obteniendo una mayor dedicación del profesional a un mismo establecimiento, con el fin de evitar el poliempleo.

Nuevos rasgos arquitectónicos

Desde el punto de vista arquitectónico los hospitales de este período tendieron a extenderse nuevamente en superficie, a reducir su estatura y a un número de camas que en general no excedieron las 500³². Las instalaciones admiten ahora la concentración de gran cantidad de aparatos y de recursos complejos, por lo que los sistemas de seguridad y de mantenimiento de la infraestructura de servicios, juegan aquí un papel fundamental. En este sentido la construcción hospitalaria se especializa y complica, requiriendo un presupuesto edilicio mucho más alto por m² que el de las construcciones civiles convencionales (Moliner, 1979). El edificio contempla ahora expresamente las áreas de atención ambulatoria, las cuales adquieren una gran preponderancia en la utilización del espacio, no sólo por el aumento del número de consultorios previstos, sino también por el incremento de exámenes complementarios especializados. La circulación diferenciada de público y personal, la delimitación de áreas de circulación restringida y la distribución de espacios según pautas operativas minuciosas, constituyen ahora un problema metódicamente estudiado y resuelto.

Vera Ocampo y Quaglia denominaban *superficie hospitalaria* a un complejo espacial tridimensional que contemplaba las características descriptas más arriba, de tal modo que esta trama constituyera la unidad funcional arquitectónica del hospital, como antes lo fueron el pabellón y la sala o *peine*. El fundamento de este diseño es el *hospital multiestratégico*, basado en la flexibilidad físico-funcional, múltiples posibilidades de uso y modos de expansión previstos para cada sector (Vera O.-Quaglia, 1984). Un modelo arquitectónico de estas características, tiene por finalidad posibilitar la dinámica adecuación de los edificios a las incesantes modificaciones que deben sufrir las instalaciones sanitarias, pero también implica un planeamiento específico de las construcciones hospitalarias como problema genérico (SCA-FAEA, 1988; Biquard y col., 1982). Por su parte, el Centro de Investigaciones y Planificación del Recurso Físico en Salud (CIRFS) de la Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo (FADU) de la UBA, diseñó especialmente una sistemática para el desarrollo de un *plan maestro*, que permita reformular y ordenar los espacios hospitalarios, de modo de posibilitar una adaptación arquitectónica continua, aún en establecimientos con deficiencias estructurales por insuficiente planificación inicial (Debuchy y col., 1983 y 2001).

Recapitulando, el nacimiento de la Edad Contemporánea trajo consigo la *medicalización* del hospital, proceso que hemos interpretado en la Introducción como *sustantivación* funcional de estas instituciones, el momento en que adquirieron objetivos y características específicos. Sin embargo, desde el punto de vista arquitectónico, los diseños con finalidad hospitalaria no eran más que adaptaciones operativas de los planteos espaciales vigentes en cada época. Observando los pabellones de la 1ª generación, se encontrarán muy similares a las mansiones y *petit-hotels* de fines del Siglo XIX y principios del XX. Asimismo, el hospital de *monoblock* o *peine* de la generación siguiente, es resultante del modelo de rascacielos o del *monoblock* de propiedad horizontal habitacional, propio de los años '30 al '60. En cambio la unidad espacial denominada *superficie hospitalaria*, corresponde a un diseño específico y original dedicado a una finalidad exclusiva. Podría deducirse que lo que ahora se ha *sustantivado*, es el propio diseño arquitectónico hospitalario.

Dado que el período transcurrido desde la caída del Gobierno peronista hasta la década del 80 inclusive, fue el menos activo en materia de construcciones hospitalarias o de remodelación integral de edificios ya existentes, resulta difícil encontrar ejemplos arquitectónicos característicos de la 3ª generación. Entre 1955 y 1990 el Estado redujo su dotación de camas y por el contrario el subsector privado casi triplicó las suyas, pero estos emprendimientos se hicieron en general refaccionando edificios -frecuentemente en forma precaria- que originalmente no estaban destinados a estos fines. Los autores mencionados (Vera O.-Quaglia, 1984), citan como ejemplos del diseño de *superficie hospitalaria*: el Policlínico de la Unión Obrera Metalúrgica (UOM) de Avellaneda, el Hospital de La Matanza (actual "Paroissienne"), las remodelaciones integrales de los Hospitales Fernández, Argerich y Santojani de la Municipalidad de Buenos Aires y el Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan Garrahan", que fueron proyectos en los que participaron directamente.

Este último, es sin duda el que mejor expresa el modelo arquitectónico delineado. Extendido en superficie -ocupa varias manzanas- y organizado básicamente en 3 plantas: una planta baja de servicios externos y administrativos, una planta alta de internación y un piso

³² Como dato comparativo, piénsese que el proyecto original del Hospital de Clínicas preveía 1.500 camas, tal como lo afirmaba el Diputado Eliseo Cantón en 1906 (Cantón, 1921).

intermedio de circulación de servicios técnicos (cañerías, calefacción, aire acondicionado, mantenimiento, etc.). En realidad, el proyecto arquitectónico del Hospital Garrahan es de fines de la década del 60 y estaba destinado a ser emplazado en el barrio de Saavedra. A principios de los '70 el Gobierno peronista decidió reubicarlo en los terrenos del demolido Arsenal "Esteban De Luca", que es donde está actualmente, entre los barrios de Constitución y Parque Patricios. Su construcción se terminó hacia principios de la década del 80 y estuvo algunos años con los equipos embalados sin funcionar. Inicialmente iba a reemplazar al Hospital de Pediatría "Pedro Elizalde" (ex Casa Cuna)³³. El Garrahan se puso en funcionamiento gradualmente desde mediados de los '80, con la intención de constituir el 3^{er} nivel de alta complejidad para la atención pediátrica de todo el país (O'Donnell y col., 1986). Este objetivo fue alcanzado parcialmente, dado que no existe una concentración decisoria suficiente, para establecer una red nacional de atención pediátrica, pero la propia población fue orientando la demanda con un criterio equivalente. Desde el punto de vista administrativo fue encuadrado en la Ley 17.102, tema que será tratado en el apartado siguiente.

También hacia fines de la década del 80, se iniciaron proyectos de construcciones hospitalarias con financiamiento externo del BID (serán tratados en el Capítulo 12), como Préstamo AR 516. El proyecto original comprendía 11 hospitales de "recambio" en diferentes provincias, basados en un diseño arquitectónico único de 300 camas. Dado que participó el mismo estudio de arquitectos, el diseño se adaptaba conceptualmente a los criterios expuestos más arriba. En 1991 el proyecto fue reformulado, cuando aún no se había colocado un solo ladrillo, limitándose a 4 hospitales con planteos arquitectónicos propuestos por las respectivas provincias. Como excepción, durante la década del 80 se llevó a cabo el anexo en un edificio-torre del Sanatorio Güemes de Buenos Aires, pero tuvo dificultades para alcanzar su completo funcionamiento y a principios de los '90 quebró la empresa. Asimismo, el Hospital de Clínicas "José de San Martín", dependiente de la UBA, fue imaginado a principios del Siglo XX (Cantón, 1921), diseñado con criterios arquitectónicos de monobloque en peine -propios de la 2^a generación- y puesto en funciones a principios de la década del 70, mediante un crédito del BID, en tiempos correspondientes a la 3^a generación (Arce, 1987). Probablemente haya habido otras excepciones en las provincias pero, en todo caso, no alcanzaron a marcar tendencias nacionales.

Nuevos rasgos del funcionamiento hospitalario

Por contar con un encuadramiento jurídico innovativo (Ley 17.102), sin duda el prototipo hospitalario descripto más atrás, en nuestro modelo teórico, se adapta con mayor probabilidad al Hospital Garrahan. Cuenta con personería jurídica, estatuto propio, autonomía administrativa para ejecutar su presupuesto, tramitar sus compras y contrataciones, así como determinar su plantel de personal. Asimismo, cuenta con mecanismos administrativos eficientes para detectar la cobertura de los pacientes, facturar sus prestaciones y gestionar las cobranzas. Empleando un artificio interpretativo que se analizará más adelante, se identificó como la *comunidad del área programática*, no a la comunidad de los usuarios, sino a las jurisdicciones nacional y municipal, que comparten su participación en el Consejo de Administración. Una vez que alcanzó su pleno funcionamiento, el Hospital mostró un modelo administrativo sustentable, con procedimientos asistenciales de tecnología avanzada, actividades docentes de pre y postgrado y programas intensivos de investigación. Tiene, como elemento altamente favorable, un gran prestigio en todo el país -y aún en países vecinos- que determina una demanda espontánea muy calificada. Todos estos elementos contribuyen a su sustentabilidad, que no sería fácil reproducir en otros nosocomios.

Pero también podrán encontrarse aspectos parciales de este modelo en la organización, administración y/o funcionamiento de otros establecimientos, aún cuando su arquitectura pertenezca a generaciones anteriores. De hecho, funcionan con algunos de estos criterios una buena parte de instituciones privadas, entre las que el Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata es la que más se adapta a este modelo. Sus características administrativas provinieron del proyecto de "Hospitales de Reforma" de la Provincia de Buenos Aires, que se

³³ Diversas presiones políticas impidieron que se tomara la decisión de desactivarlo y continuó funcionando durante mucho tiempo, desgastándose en condiciones edilicias precarias. Finalmente, recién en la década del 2000, se efectuaron inversiones para su recuperación arquitectónica definitiva.

reseñará más abajo. La entidad propietaria del Hospital es la Fundación Médica de Mar del Plata, que es una asociación civil sin fines de lucro, por lo que sus características organizativas pueden compararse con las de los hospitales de comunidades extranjeras. A diferencia de la mayoría de los nosocomios privados, logró una gestión económica eficazmente acumulativa - pese a tener al PAMI como cliente principal-, que le permitió equiparse con sus propios recursos financieros, y mantener a sus profesionales con un alto grado de dedicación institucional (Pavón y col., 1984).

En el ámbito público, no puede dejar de mencionarse aquí al Instituto de Investigaciones Médicas “Alfredo Lanari”, dependiente de la Facultad de Medicina de la UBA, que desde su fundación en 1957, funcionó con camas indiferenciadas y con un enfoque integrador, pivotando alrededor de la Medicina Interna, tanto en el área de internación como en consultorios externos. Asimismo, contaba con autonomía para facturar sus prestaciones a la Seguridad Social y para administrar los fondos recaudados por este concepto. Promovió una dedicación intensiva entre sus profesionales, que efectuaban tareas asistenciales, actividades docentes de pre y postgrado y programas intensivos de investigación. La iniciativa docente de pregrado tuvo trascendencia, porque constituyó una exitosa innovación en la Facultad de Medicina: fue denominada Experiencia Pedagógica Curricular -“escuelita” en la jerga interna del Instituto- y luego desactivada durante la intervención militar de la Facultad en 1976. También contribuía a su sustentabilidad el prestigio alcanzado en el tratamiento de patologías complejas, por lo que contaba con derivaciones de todo el país en la búsqueda de enfoques altamente especializados (Arce-Roncoroni, 1984).

En el ámbito privado, los aspectos organizativos -señalados recién como innovadores en establecimientos públicos o provenientes de ese origen- fueron los de uso corriente, aunque en general sin el alcance técnico-científico logrado en los casos mencionados. Los sanatorios privados funcionaron con camas indiferenciadas desde el comienzo y con un fuerte nivel de control administrativo sobre las actividades asistenciales. Por el contrario los hospitales públicos, cuando procuraron reconvertirse para facturar sus prestaciones a la Seguridad Social, se encontraron con serias dificultades de registro en las áreas asistenciales. Es frecuente que los médicos o el personal administrativo que por la mañana trabajan en el hospital -imbuidos de una tradición cultural filantrópica- conspiran contra la identificación de la cobertura, aconsejando a los pacientes que no la declaren o no registrando prestaciones efectuadas en la sala. También es común que los profesionales indiquen el alta a los pacientes internados, sin notificar la novedad al área administrativa. Estas mismas personas, que por la tarde trabajan en instituciones privadas, tienen un comportamiento totalmente diferente y cumplen prolijamente las normas administrativas de registro y facturación de prestaciones. Asimismo es frecuente que en el hospital los médicos decidan excepciones por su cuenta, sin la intervención del Servicio Social, cosa que no se atreverían a intentar en un nosocomio privado. Como se ve, no sólo se trata del cumplimiento o no de las normas administrativas, sino de las diferentes *culturas ambientales* vigentes en cada ámbito (Arce, 1990).

Los hospitales privados de comunidades extranjeras, que son propiedad de asociaciones mutuales sin fines de lucro, se adaptaron con mayor agilidad a las nuevas tendencias administrativas de *financiación multicéntrica*, resignando la pertenencia exclusiva a la comunidad de origen. Sus procedimientos administrativos fueron laboriosamente adaptados y lograron alcanzar eficiencia, frente a la diversidad de normas de facturación y cobranzas, que requería el amplio espectro de su clientela de entidades prestatarias. No obstante, tuvieron serias dificultades para superar la persistencia de *feudos* de poder en manos de las especialidades, provenientes de su tradición de salas-cátedra, y de la tendencia a continuar su funcionamiento como pabellones independientes. Algunos no pudieron sustraerse a la tendencia a delegar en empresas privadas con fines de lucro, la incorporación de tecnología de diagnóstico y tratamiento, con el fin de completar una oferta de complejidad actualizada, sin contar con capitales suficientes para adquirirla con sus propios medios financieros. Esta tendencia se revertiría en general más tarde, durante la década del 90. Sin embargo, constituyeron una sólida propuesta asistencial, con servicios altamente calificados, actividades docentes y de investigación, por lo que fueron muy requeridos en las cartillas de prestadores de las Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga.

El personal asistencial se ha profesionalizado en todas las áreas. Dentro de la Enfermería existen diversas especializaciones como Quirófanos, Terapia Intensiva, Epidemiología, Esterilización, Psiquiatría, así como algunas habilidades en la ejecución de estudios

complementarios en servicios especializados. La dispensa de medicamentos necesita la supervisión de un farmacéutico, que además esté en condiciones de preparar combinaciones especiales para tratamientos parenterales, o recetas magistrales. Los trabajadores de Mantenimiento, no es suficiente que tengan idoneidades múltiples para pequeñas tareas de pintura, albañilería, electricidad o plomería; ahora los establecimientos grandes requieren ingenieros especializados, que dirijan las tareas del 1^{er} y 2^{do} escalones de mantenimiento, con personal propio. Pero invariablemente los equipos electrónicos deben ser atendidos y mantenidos por los respectivos servicios de post-venta de las empresas proveedoras. La Lavandería, si no ha sido tercerizada, requiere circuitos diferenciados para la circulación de la ropa sucia y de la contaminada. Los residuos hospitalarios, cuando son potencialmente patógenos, deben ser derivados a servicios especiales, que los incineran en hornos pirolíticos de combustión completa. El personal administrativo también se ha especializado: los asignados a compras y contrataciones, deben ocuparse de planificar el abastecimiento puntual de los insumos y tramitarlos de acuerdo a las normas legales vigentes; los afectados al régimen de personal, deben liquidar sueldos según complejas normativas a menudo superpuestas, planificar licencias y controlar el ausentismo. En los hospitales que facturan sus prestaciones, que son la mayoría, se requieren *facturistas* adiestrados y encargados de gestionar las cobranzas, apoyados por una Asesoría Legal. Hasta los uniformes han cambiado su estética, resignando el antes invariable blanco: sólo queda el guardapolvo de ese color para los médicos de consultorios externos y algunas enfermeras, pero el personal de distintas áreas técnicas - quirófanos, esterilización, camilleros, lavandería, guardia, Terapia Intensiva y otros- incorporaron uniformes con nuevos colores.

Es conveniente detenerse en el problema del confort de los ambientes hospitalarios, porque éstos evolucionaron desde condiciones colectivas de atención en extensas salas de más de 20 camas, hasta ambientes climatizados, decoración estéticamente agradable, habitaciones de una o dos camas con baño privado y atención personalizada. Estas comodidades, que contribuyen al entorno ambiental que facilita la recuperación de los enfermos y que fueron consideradas como *hotelería* hospitalaria, fueron incorporándose en primer lugar a los establecimientos privados, pero posteriormente fueron contempladas en las remodelaciones de los hospitales públicos. Algo similar ocurrió con la alimentación de los enfermos internados: los antiguos carros térmicos de distribución colectiva, calefaccionados a *baño María*, gas o electricidad al iniciar la ronda, han sido reemplazados por bandejas térmicas individuales, que mejoraron considerablemente la temperatura, la presentación y la aceptabilidad de las comidas. En los hospitales públicos frecuentemente se delegó en un concesionario la provisión de los alimentos, ya sea utilizando las instalaciones del nosocomio o proveyendo las comidas ya preparadas. En los sanatorios privados, también se procedió a tercerizar este servicio en empresas especializadas, siguiendo una tendencia común a las empresas privadas industriales. Similar conducta suele adoptarse con los servicios de limpieza y seguridad.

La conducta que no se ha modificado en los hospitales públicos, es que la gran mayoría siguen funcionando sólo en horarios matutinos y con métodos de citación primitivos. Los médicos concurren sólo unas 4 horas por la mañana, aún cuando sus horarios de contratación sean de 8 horas diarias. En ese período -además de atender consultorios externos- efectúan recorridos de sala, participan en ateneos y dan clases. Los cirujanos restringen además su atención externa en los días que dedican al quirófano. La Guardia de Emergencias funciona entonces como servicio de admisión de problemas no urgentes, durante los horarios no convencionales. Con frecuencia se realizan cirugías programadas en la Guardia, debido a las prolongadas listas de espera del servicio de Cirugía respectivo. En la inmensa mayoría de los hospitales los pacientes deben concurrir desde las 5 ó 6 de la mañana para sacar un número de orden, a efectos de ser atendidos a partir de las 8 ó 9 de la mañana, en que arriban los médicos. Una vez que han sido atendidos y recibido indicaciones de exámenes complementarios, suelen tener que tramitar el turno en el respectivo servicio -Laboratorio, Radiología o Endoscopías- ya que no hay una sola ventanilla para todas las reservas.

En los hospitales que cuentan con tecnología moderna, los servicios acostumbran a funcionar con amplia capacidad ociosa, por lo que a menudo los pacientes deben prolongar sus plazos de internación a la espera de sus turnos. Por el contrario, los establecimientos privados no pueden admitir estas ineficiencias y procuran dar a su equipamiento la mayor utilización posible, más aún si los propietarios de los equipos no pertenecen a la empresa sanatorial y

tienen vencimientos crediticios que afrontar, para amortizar sus inversiones. En los hospitales públicos sigue teniendo arraigo la modalidad de trabajo denominada *concurrentia* -sólo utilizada en las profesiones del campo de la Salud-, consistente en la participación sin retribución alguna en las actividades hospitalarias, a cambio de un reconocimiento formal del jefe de servicio y la Dirección. Esta forma de revistar, especialmente difundida entre los médicos, acentúa los rasgos caritativos del comportamiento asistencial, ya que estos profesionales tampoco tienen estrictos compromisos laborales que cumplir.

En esta etapa han cumplido un papel importante las Cooperadoras hospitalarias, proveyendo algunas fuentes alternativas de recursos a los hospitales públicos. Es habitual que la Dirección les otorgue la explotación del estacionamiento o del *buffet*, sin que exista convenio escrito de por medio. Una modalidad algo perversa de cobranza a pacientes sin cobertura, es la que implementan mediante la venta de *bonos-contribución* voluntarios, que en realidad establecen una forma de presión sobre los usuarios sin recursos. Por este medio la Dirección suele obtener algunos recursos, que invierte en insumos asistenciales en forma ágil, sin la necesidad de seguir los pasos burocráticos de la administración pública. Asimismo tuvo una gran difusión el *voluntariado*, mujeres solidarias -habitualmente con delantales rosados- que concurren en forma honoraria a los hospitales, para colaborar en tareas de contención de los enfermos, complementando las funciones del personal. También se diversificaron las entidades filantrópicas dedicadas a la salud. Las antiguas sociedades de beneficencia no se reprodujeron después de su nacionalización en la década peronista. Con características similares a aquellas -damas *patricias* dedicadas a acciones benéficas- sólo persisten las importantes donaciones de la Cooperadora de Acción Social (CoAS), apoyando a los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, comerciantes y empresarios hacen ocasionales aportes a servicios de salud, a través de Clubes de Leones y Rotary's locales, en todo el país. En cambio, se han multiplicado las entidades de ayuda y apoyo a determinadas enfermedades o especialidades. Entre éstas pueden mencionarse la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC), la Fundación para Combatir la Leucemia (FundaLeu), la Fundación Oftalmológica Argentina (FOA), el Patronato de la Infancia (PaDeLal), la Fundación Huésped para el SIDA, y muchas otras dedicadas a diabetes, fibrosis quística, esclerosis múltiple, miastenia grave, síndrome de Down, autismo, discapacidades de distinto tipo, etc.

También conviene destacar aquí el extraordinario crecimiento del costo relativo que tuvieron las construcciones hospitalarias a lo largo del Siglo XX. Los hospitales de la 1ª generación no implicaban inversiones muy superiores a las de la obra civil, por tener escaso equipamiento. Los de la 2ª generación ya incorporaron tecnología -esencialmente electro-mecánica- de diagnóstico y tratamiento. Pero los de la 3ª generación incluyen tecnología electrónica, cibernética, robótica, el empleo de radioisótopos, intervenciones endoscópicas con fibras ópticas, manejo y registro computarizado de los equipos, y todas las dependencias interconectadas con computadoras en red, por lo que la puesta en funcionamiento de la institución, requiere inversiones mucho mayores que las de la obra civil. Del mismo modo el gasto operativo en medicamentos, soluciones parenterales, materiales descartables y toda clase de insumos de uso médico de alto costo, multiplicaron los esfuerzos que se requiere ahora, no sólo inaugurar un establecimiento, sino también hacerlo funcionar.

Políticas hospitalarias entre los '60 y los '80

Las políticas estatales durante este período fueron dispares, ya que coexistieron en forma alternada políticas centralizadoras y descentralizadoras, desde el punto de vista de la administración hospitalaria (Veronelli, 1975: 99-111). Pese a estas marchas y contramarchas, ya señaladas en el Capítulo 8, podrían identificarse algunas características casi constantes a lo largo de estas décadas: a) esfuerzos de las autoridades sanitarias, tendientes a preservar sus atribuciones de normatización, planificación y ordenamiento de todos los servicios de salud; b) iniciativas para articular las distintas jurisdicciones y subsectores que participan en el Sistema, ya sea como efectores asistenciales o como financiadores de servicios; c) una tendencia a considerar la totalidad de los servicios existentes como parte de una red integral, a la que se puede acceder a través de cualquiera de sus efectores, y d) la necesidad de regionalizar la atención de la salud, estableciendo niveles de complejidad o de riesgo vital y vías de

derivación, con el fin de evitar la superposición de recursos y facilitar el acceso de toda la población a las prestaciones del Sistema. En el balance general de este prolongado proceso, la tendencia resultante fue la *descentralización ejecutiva*, como secuencia evolutiva del concepto de *Estado prestador* propio de los '40 y '50, aunque -como ya fuera mencionado- el propio Carrillo hablaba de *centralización normativa* y *descentralización operativa*.

Las primeras medidas contradictorias en lo referente a la jurisdicción de los hospitales, a partir de 1955, ya fueron reseñadas en el capítulo anterior. Conviene concentrarse ahora en las iniciativas adoptadas para descentralizar la administración hospitalaria. El primer antecedente significativo corresponde al proyecto piloto de *Hospitales de Reforma* de la Provincia de Buenos Aires, que se llevó a cabo durante la gobernación de Oscar Alende, cuyo Ministro de Salud era el Dr. Osvaldo Mammoni, en tiempos de la Presidencia de Arturo Frondizi. Ese proyecto se implementó en el Hospital de Gonet -en las afueras de La Plata- y en el Hospital Regional de Mar del Plata (Díaz C. y col., 1964). Esa experiencia no llegó a extenderse más de 3 años -unos 1000 días, al decir García Díaz (García D., 1983)- y, paradójicamente, fue derogada durante la Presidencia de Arturo Illia, cuyo Ministro de Salud -Arturo Oñativia- promovió una política nacional en el mismo sentido. El objetivo era proporcionar a los hospitales una mayor autonomía en la ejecución de su presupuesto y en la administración de sus planteles de personal; promover que obtuvieran fuentes alternativas de financiamiento, facturando sus prestaciones a la Seguridad Social, y, en fin, facilitar una mayor eficiencia en su funcionamiento, haciendo funcionar sus instalaciones a pleno en horarios prolongados, al igual que los establecimientos privados. Debe tenerse en cuenta que -como fue comentado en el Capítulo 8- simultáneamente se ponía en funcionamiento el IOMA, con una fuerte influencia de FeMeBA, que constituía una fuente potencial de trabajo para estos hospitales, además de las entonces *mutuales* nacionales. Impactados por los indudables beneficios de aquella experiencia y habiéndose derogado la Ley que la implementó, los médicos del Hospital Regional de Mar del Plata renunciaron masivamente y constituyeron la Fundación Médica Mar del Plata, actual propietaria del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata (Pavón y col., 1984).

En 1967, durante el Gobierno militar del Gral. Onganía, se sancionó el Decreto Ley 17.102, que creaba los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC). En realidad, este proyecto de descentralización hospitalaria se había iniciado durante la gestión de Oñativia, y así consta en la documentación del Ministerio de ese período (MASSP, 1966: tomo 2, 327, 735). Como ya se comentó, muchos de los funcionarios de la gestión de Ezequiel Holmberg, Secretario de Salud del Gobierno de la Revolución Argentina, venían trabajando en el Ministerio desde el Gobierno radical, de modo que el texto de la Ley finalmente aprobado, tuvo muy pocas modificaciones, con respecto al que venía de la gestión anterior. En lo referente a la participación comunitaria, el texto sancionado mencionaba a las *fuerzas vivas* de la comunidad: un concepto de fuerte presencia entre los funcionarios de aquel Gobierno, que hacía referencia a entidades empresarias, gremiales, asociaciones benéficas, de fomento o confesionales, a las que se daba preponderancia en tanto expresiones organizadas de la población. Debe destacarse que, en tanto instrumento legislativo de descentralización, la Ley 17.102 -reglamentada por el Decreto 8.248 del 23 de diciembre de 1968- constituyó la concepción más avanzada, ya que dotaba a los hospitales de *personería jurídica*, *estatuto* propio y autonomía para ejercer su administración como una empresa pública de servicios. Debían contar con un Consejo de Administración, integrado por representantes del Estado y de las *fuerzas vivas* de la comunidad. Tanto el Director Médico como el personal, debían ser incorporados por procedimientos de selección de candidatos. Por supuesto, estaban habilitados para facturar sus prestaciones a los pacientes con cobertura social.

Fueron varios los hospitales encuadrados en esta norma legal; en principio, todos los que permanecían en el ámbito nacional y contaban con la conformidad de la jurisdicción en la que estaban emplazados. Pero posteriormente se fueron desgranando, de tal modo que pueden citarse como ejemplos remanentes el Hospital de Comodoro Rivadavia (Chubut), que actualmente funciona en forma semi-privada, el de Gral. Pico (La Pampa) y los SAMIC de El Dorado y Puerto Iguazú (Misiones), que aún conservan esta forma jurídica. En estos últimos conviene señalar que su actual organización fue distorsionada respecto al espíritu de la norma inicial: la comunidad del hospital está representada por el personal y los Círculos Médicos locales, lo que resulta contradictorio con la intención original de que fuera la comunidad usuaria, la que interviniera en la determinación de las prioridades asistenciales de cada

nosocomio. En Santa Fe el modelo tuvo una especial repercusión, pero a través de una norma provincial, la Ley 6.312/67, aplicada a todos los hospitales públicos provinciales -unos 250 establecimientos- bajo la denominación de Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCo), que aún está vigente (Milesi-Niklison, 1996). Aquí la implementación también sufrió distorsiones conceptuales, ya que la comunidad está representada por el personal hospitalario y asociaciones profesionales, como en Misiones. De todos modos, en algunos casos la gestión de las facturaciones logró consolidarse exitosamente, y en otros, siguen padeciendo todas las dificultades presupuestarias de los hospitales públicos, dado que su relativa autonomía no logró movilizar la rémora de absoluta dependencia del Ministerio provincial.

Una tarea importante encarada durante esta gestión, estuvo orientada a ordenar la totalidad de los nosocomios públicos en una única red de complejidad creciente, independientemente de la jurisdicción a la que pertenecieran. Con este objetivo, en 1968 fue convocado un grupo técnico, desde el ámbito del Consejo Federal de Inversiones (CFI), con el patrocinio de las autoridades sanitarias nacionales y provinciales. El resultado de este trabajo fueron los *Perfiles de Complejidad Hospitalaria*, que establecían 9 categorías para establecimientos ambulatorios y con internación. El criterio de *categorización* empleado fue el de *complejidad tecnológica*. El método tomaba 41 servicios y/o actividades, a los que se caracterizaba como *finales*, *intermedios* y *de apoyo*, al considerar al hospital como una planta de producción. Para cada uno de estos servicios o actividades se fijaron 5 escalones de complejidad, de cuya aplicación resultaba un gráfico de barras o un histograma, que delineaba el *perfil* institucional de cada establecimiento. Una vez definido el aspecto metodológico, el grupo categorizó los establecimientos de todas las jurisdicciones, por lo que el trabajo tuvo una gran repercusión y aún se aplica en las provincias, para caracterizar el nivel resolutivo de los efectores públicos (Barrenechea y col., 1968).

En 1971 -todavía durante el Gobierno de la Revolución Argentina- se sancionó la Ley 19.337, que procuraba dotar a los hospitales dependientes del Estado nacional de una significativa autonomía administrativa. Su aplicación efectiva fue limitada, dado que los hospitales debieron transitar una prolongada etapa de adiestramiento para tramitar sus propias compras y para facturar prestaciones a las Obras Sociales. Por otra parte, ese tránsito fue interrumpido por el cambio de Gobierno en 1973 y la iniciativa del SNIS (Capítulo 8). De modo que esta tendencia recién adquirió mayor consenso hacia la década del 80, en que diversas jurisdicciones encararon proyectos similares de descentralización, entre ellas la Municipalidad de Buenos Aires y las provincias de Córdoba, Santa Fe, Mendoza y Buenos Aires. En 1978, el Ministerio de Salud nacional reinició la transferencia de casi todos los hospitales que quedaban en su jurisdicción, excepto los de la Ciudad de Buenos Aires y unos pocos más. Se concretó mediante la Ley 21.883, con la que pasaron a depender de las respectivas jurisdicciones de asentamiento, 65 de los establecimientos remanentes en la órbita nacional. Consideradas en perspectiva histórica, estas iniciativas *descentralizadoras* implicaron avances parciales, que no lograron romper el círculo vicioso de la ineficiencia hospitalaria: dedicación reducida de los profesionales, funcionamiento pleno sólo en horarios matutinos, alto ausentismo del personal, desvinculación entre los recursos presupuestarios y el rendimiento, compras de insumos a precios muy altos, carencias estacionales de insumos básicos, atención despersonalizada de los usuarios y, en suma, persistente actitud de hospital caritativo.

Entre las autoridades sanitarias de la Dictadura Militar, predominó una política de Salud esencialmente descentralizadora, extendiendo asimismo la transferencia de establecimientos desde las provincias a los municipios, así como desactivando los que estuvieran arquitectónicamente obsoletos. En la Municipalidad de Buenos Aires, por ejemplo, se desactivaron los hospitales Rawson, Alvear y Salaberry: el edificio del Rawson fue asignado a otros destinos, entre ellos, la Dirección de Reconocimientos Médicos; el del Alvear se transformó en un establecimiento de Salud Mental; el del Salaberry, en cambio, fue demolido y sus actividades transferidas al Hospital Santoyani, que dejó de ser un nosocomio para tuberculosos y pasó a ser un hospital general de agudos. Por otra parte, se implementaron sistemas de arancelamiento hospitalario para pacientes de Obras Sociales, en la mayor parte de las jurisdicciones.

También tuvieron significación los nomencladores globalizados para establecimientos públicos, ya que la aparición del Nomenclador Nacional (NN) de 1977 había impactado a la totalidad del sistema de atención médica, aunque estaba destinado a prestadores privados. La Municipalidad de Buenos Aires dispuso el arancelamiento de sus hospitales por la Ordenanza

N° 33.209/76 e implantó un Nomenclador Municipal por el Decreto N° 3287/78, que se caracterizaba por tener intervenciones quirúrgicas y prácticas especializadas, codificadas de la misma forma que el NN; pero las valorizaba con aranceles globales, que incluían honorarios profesionales y gastos hospitalarios, medidos en Unidades de Establecimiento Público (UEP). Los aranceles globales de las intervenciones quirúrgicas comprendían también los exámenes complementarios, los gastos farmacéuticos y el costo de la internación. A corto plazo, en 1978, el Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) de la Provincia de Buenos Aires, implantó un Nomenclador muy similar, con el propósito de ordenar una red de recaudación de facturaciones en los hospitales dependientes de la Provincia, no los municipales (Ustarán V., 1978; Bianco-Casanova, 1980). En ambos casos, la información para facturar se registraba a nivel hospitalario, pero la presentación de las facturaciones y las cobranzas se hacían a nivel central. Los recursos obtenidos eran parcialmente reintegrados a los hospitales de origen y -en el caso del SAMO- una parte era bonificada en los salarios del personal. La misma política fue retomada en la segunda parte de la administración radical. Mediante la Resolución N° 87 de 1987, la Secretaría de Salud estableció un nuevo Nomenclador, que tenía gran similitud con los instrumentos precedentes, destinado a los hospitales nacionales y a los establecimientos públicos en general. En una situación económica de alta inflación, tenía la particularidad de que el ajuste del valor de sus unidades, estaba automáticamente atado a las del NN, que periódicamente reajustaba el INOS.

A fines de la década del 80, sólo permanecían en la jurisdicción nacional 11 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, 3 de la Provincia de Buenos Aires y un leproario en la Provincia de Entre Ríos. En 1991 se decidió transferirlos a sus respectivas jurisdicciones definitivamente. Esto fue concretado con los 11 primeros, mediante la Ley de Presupuesto Nacional del ejercicio 1992. El de Entre Ríos fue desactivado y los 3 de la Provincia de Buenos Aires quedaron sin resolverse. Este tema será tratado en profundidad en el Capítulo 12.

Volviendo a la Ley 17.102, ésta tuvo otra aplicación -contradictoria con su espíritu original- en el Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan Garrahan". Ya se comentó más arriba su puesta en marcha en forma progresiva desde mediados de la década del 80 (O'Donnell y col., 1986). El principal problema que suponía su manutención, era el encuadre jurídico de su dependencia jurisdiccional, teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud de la Nación tendía a desprenderse de todos los hospitales de su área y que la magnitud de este establecimiento, implicaría una carga excesivamente pesada para la Municipalidad de Buenos Aires. Por consiguiente, recurriendo a cierta *ingeniería* jurídica, se decidió encuadrar al Hospital como un SAMIC de la Ley 17.102, mediante el Decreto N° 598 de abril de 1987, posteriormente consolidado a través del Decreto N° 815/89 (Dal Bó, 1989). Lo heterodoxo de la interpretación de la Ley, es que se consideró como la *comunidad* del Hospital, a las respectivas autoridades sanitarias de la Nación y la Ciudad de Buenos Aires que, a través de representantes, integraron el Consejo de Administración. El saldo favorable de ese encuadramiento es que el Hospital logró una autonomía administrativa envidiable, amparada además por el alto nivel científico-tecnológico de su producción, que permitieron la sustentabilidad en el tiempo de un establecimiento tan costoso (Katz-Maceira, 1991; González P., 1993).

Por la misma época, una ordenanza del Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, establecía la *participación comunitaria* en la conducción de los hospitales municipales (Ordenanza N° 41.824/87). La reglamentación que luego se procuró agregar a esta decisión, tenía un marcado sesgo de reparto político entre los bloques predominantes en ese cuerpo legislativo, de tal modo que nunca llegó a implementarse. El balance histórico de la aplicación de la Ley 17.102, parece mostrar que aunque en la Argentina frecuentemente se ha hablado de *participación comunitaria* en materia hospitalaria, los actores del Sector Salud tienen serias contradicciones para llevarla a cabo efectivamente.

Revisando históricamente estas experiencias, tuvieron un patrón común en su instrumentación política, que signó el comportamiento del Estado argentino, a través de las sucesivas gestiones. Cada iniciativa fue considerada *liminar* por sus impulsores, como si no hubieran existido antecedentes. Tras el impulso inicial, las dificultades encontradas para vencer la inercia burocrática del personal que debía ejecutarlas, fue desalentando la fuerza de la innovación y paulatinamente ésta fue abandonada. En lugar de recuperar las experiencias anteriores, revitalizarlas y actualizarlas, se prefiere empezar todo de nuevo. En realidad, todos los proyectos comentados tuvieron objetivos equivalentes: a) descentralizar la administración de los hospitales, en lo referente a compras y contrataciones, plantel de personal y

facturaciones; b) obtener recursos financieros extra-presupuestarios; c) posibilitar la participación de la comunidad en la determinación de las prioridades de los establecimientos, y d) implementar formas no convencionales de retribución, complementarias del salario.

Los criterios de participación comunitaria de aquellos proyectos fueron diversos: en la década del 60 predominó el concepto de *fuerzas vivas*, aludiendo a las instituciones sociales de mayores recursos; en los '70 predominó el concepto de *organizaciones intermedias* sectoriales (gremiales) o comunitarias (sociedades de fomento); en la década del 80 se eludía la participación de las *corporaciones* (sindicatos) y se procuraba fortalecer las asociaciones vecinales. Finalmente, en la mayoría de los casos se terminó acordando con la organización sindical del personal hospitalario y con las entidades gremiales médicas; a veces también hubo repartos políticos entre las fuerzas predominantes locales y, como en el Garrahan, la conducción compartida entre dos jurisdicciones. Pero una verdadera participación de la población usuaria, fue alcanzada pocas veces, aunque con alguna frecuencia se logró a nivel de centros de salud ambulatorios.

Conviene comentar a esta altura, algunos casos que pueden considerarse emblemáticos, por sus particularidades. En primer lugar el del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), proveniente de la privatización de una sala del Hospital Rivadavia de Buenos Aires -la del Prof. Norberto Quirno-, que en la década del 60 estableció una alianza público-privada con el grupo empresario de Otto Bemberg, propietario entre otras empresas de la Cervecería Quilmes. El objetivo inicial fue proporcionar una atención de alta calidad científica al personal de las empresas del grupo, mediante un plan de salud especialmente diseñado. El Prof. Quirno logró la autorización de las autoridades nacionales, de las que dependía el Hospital, y así se implementó la concesión privada y arancelada de una de las salas, que quedó fuera de la órbita de las normas hospitalarias públicas. La institución tuvo un marcado crecimiento, tanto en la fase asistencial, como en docencia e investigación, y se fue consolidando como un establecimiento privado sin fines de lucro, con una amplia cartera de clientes de Obras Sociales y Medicina Prepaga, así como un plan de salud propio. Durante la década del 80, como otros nosocomios privados, no pudo sustraerse a la tendencia a incorporar tecnología a través de acuerdos de complementación con inversores privados. Actualmente crece en forma continuada, ha construido un edificio hospitalario propio en el barrio de Saavedra, sigue contando con el apoyo de los herederos de la familia Bemberg -en la que era la mansión familiar del Barrio Norte, funcionan los consultorios externos- y continúa usufructuando sin contraprestación alguna el sector del Hospital Rivadavia originalmente cedido, lo que implica un subsidio residual. Más allá de las objeciones de procedimiento que puedan hacerse, ya que la concesión del patrimonio público -aún cuando esté bien justificada en ciertas circunstancias- requiere un apropiado encuadre jurídico y adecuadas condiciones de reciprocidad, la experiencia de CEMIC debe considerarse exitosa. Permitió el nacimiento de una organización de servicios de salud de alto prestigio académico y asistencial, que provee un excelente servicio a la comunidad.

Otro caso particularmente polémico que merece comentarse, es el de la Fundación Favaloro: ninguna institución privada recibió en la Argentina tanto apoyo de la comunidad; sin embargo, en la opinión pública y en el imaginario social, persiste la idea de que su fundador fue abandonado a su suerte. El Dr. René Favaloro adquirió un enorme prestigio nacional e internacional, tras haber perfeccionado la técnica quirúrgica del *bypass* coronario, trasplantando venas del propio paciente, que modificó drásticamente el pronóstico de las coronariopatías. Su carrera ascendente se inició en el Sanatorio Güemes de Buenos Aires, desde donde formó una extensa camada de cirujanos cardiovasculares. Hacia mediados de la década del 70, a partir de su amistad con un controvertido dirigente de la Sociedad de Distribuidores de Diarios y Revistas, Ángel "Cholo" Peco, recibió en donación o al menos en condiciones muy favorables, los terrenos de Av. Belgrano y Entre Ríos, aledaños a la sede de esa Sociedad. En ese predio se construyó el más ambicioso proyecto de hospital privado de alta complejidad de este período, que comenzó a funcionar a principios de los '90. Fue la única institución privada que recibió crédito del BID con garantía del Estado. Recibió subsidios estatales de todos los Gobiernos: desde el Proceso Militar -incluyendo adelantos de capital para importar equipamiento, a ser devueltos en prestaciones a la DAMEs (Capítulo 8)-, hasta Alfonsín, Menem y de la Rúa. Sin embargo, funcionó al comienzo en forma deficitaria y con problemas administrativos. El prestigio del Dr. Favaloro y su extraordinaria capacidad de comunicación social, dentro de una actitud de notoria humildad, volcaron a su favor los

sentimientos sociales. En ese ámbito creó una universidad, también prestigiosa, y desarrolló intensos programas de investigación. Tras su suicidio en julio de 2000, la Fundación reconvirtió su organización interna y funciona eficazmente, dentro de las limitaciones del sistema. Más allá de los comentarios precedentes, al igual que CEMIC, estos esfuerzos dieron origen a un servicio a la comunidad del más alto nivel científico y académico³⁴.

También hay que volver a mencionar en este punto a los hospitales de comunidades extranjeras ya que, debido en parte a su naturaleza esencialmente privada -aunque sin fines de lucro- demostraron una gran plasticidad para adaptarse a la evolución de los tiempos, sin perder sus características originales. Lograron insertarse eficazmente en la Seguridad Social, implementar formas accesorias de retribución del trabajo profesional, extendieron el funcionamiento asistencial en forma plena durante las 24 horas de cada jornada, lograron que una parte importante de sus médicos se dedicaran a tiempo completo al trabajo hospitalario e incorporaron sus consultorios particulares a la oferta de prestadores de cada hospital, como servicios descentralizados. Asimismo desarrollaron sus planes de salud como verdaderas empresas de medicina prepaga y, al mismo tiempo, mantuvieron la atención -como forma de socorros mutuos- de sus afiliados compatriotas de bajos recursos. Por otra parte, como entidades jurídicamente privadas, durante la etapa de explosión de las importaciones tecnológicas -1977 a 1981- supieron aprovechar las medidas económicas favorables a la adquisición de equipos de alta complejidad. De este modo, en el transcurso de este período la mayor parte de los hospitales de comunidades extranjeras, permanecieron como una interesante oferta de servicios privados con garantía de elevada jerarquía científica (García D., 1984). Algunos tuvieron una evolución muy favorable, como los Hospitales Italiano, Alemán, Británico y Centro Gallego de Buenos Aires, Italiano de Córdoba y Español de Mendoza. Otros encontraron serias dificultades para reconvertirse o irregularidades en su gestión, como los Hospitales Español, Francés, Israelita y Sirio-Libanés de Buenos Aires, e Italiano de Mendoza.

Nuevas tendencias en la organización hospitalaria

Las tendencias reseñadas se han reflejado con mayor claridad y más ordenadamente en otros países, a través de políticas bien definidas, especialmente en los países industrializados, donde la renovación de la capacidad instalada hospitalaria, fue mucho más fluida que en nuestro país. Por supuesto, la diversidad entre las evoluciones históricas ocurridas en cada una de estas naciones fue grande, ya que también son marcadas las diferencias socio-culturales, institucionales, económicas y políticas, más aún cuando suceden en un marco de distintos niveles de desarrollo. Sin embargo, hay algunas constantes que parecen evidenciarse como signo de este tiempo: la flexibilidad en la utilización de los espacios, la importancia organizativa de los servicios intermedios y de apoyo, la planificación diferenciada de la circulación de pacientes y personal, la rápida accesibilidad de las instalaciones de infraestructura para su mantenimiento, revestimientos y mobiliario modulares de fácil reemplazo y limpieza, el equilibrio entre la extensión en superficie y el crecimiento vertical de los edificios. Todo esto dentro de un marco general de ordenamiento y racionalización de los niveles de prevención y atención médica (SCA-FAEA, 1988; Biquard y col., 1982).

En los países industrializados se evidenció desde los '50 el concepto de que la administración del funcionamiento de los hospitales era equivalente en todos ellos, independientemente de su naturaleza jurídica. Lo que los diferenciaba era la titularidad del patrimonio y el destino de sus utilidades. En los hospitales públicos el patrimonio es estatal y las utilidades deben reinvertirse. En los establecimientos privados sin fines de lucro, el patrimonio pertenece a una asociación civil y las utilidades también se reinvierten. En los privados con fines de lucro, los bienes pertenecen a una sociedad comercial y el Directorio decide sobre el destino de sus dividendos. Pero tanto nosocomios públicos como privados, deben funcionar como empresas de servicios, vigilando el equilibrio entre necesidades, recursos e inversiones. Los hospitales públicos tienen autonomía administrativa, capacidad para ejecutar su presupuesto y fiscalización diferida de la gestión, confrontando el plan de

³⁴ Los hechos relatados con referencia a la Fundación Favaloro y CEMIC, provienen de informantes clave que presenciaron las circunstancias comentadas, así como de la experiencia testimonial del propio autor, que intervino personalmente en trámites relacionados con dichos hechos, como funcionario del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

trabajo y el presupuesto de cada ejercicio, con el balance ejecutado y los resultados. En función de ello recibirán premios y castigos de las autoridades sanitarias, pero la gestión es técnica, no política, y los cargos directivos son concursados. Por otra parte, desde su propia génesis, los establecimientos privados fueron en general emprendimientos comunitarios, lo que determinó un necesario compromiso social con los usuarios y un proyecto de gran magnitud. Es menos frecuente, en cambio, que -como ocurrió con la gran mayoría de los sanatorios argentinos- un grupo de médicos se asocie para un proyecto modesto, que garantice sus propias fuentes de trabajo. Su responsabilidad social -o *accountability*, empleando una jerga más reciente- será menos significativa.

Según Milton Roemer, en la evolución de los servicios hospitalarios pueden mencionarse algunas tendencias universales, a pesar de los diferentes niveles de desarrollo entre los países y del predominio de la centralización o la descentralización ejecutiva de su organización sanitaria; es decir, sin guardar relaciones *lineales* de causalidad con su situación económica y con la ideología política dominante (Roemer, 1977: 342-370). Entre esas tendencias destaca las siguientes:

- mayor importancia del hospital en la organización sanitaria;
- mayor concentración y utilización de recursos de salud en ámbitos hospitalarios;
- tendencia a la institucionalización de servicios de salud en establecimientos complejos;
- diversidad de instituciones patrocinantes y propietarias de hospitales;
- mayor intervención estatal en la construcción y normatización de servicios hospitalarios;
- múltiples fuentes de financiación del funcionamiento hospitalario;
- especialización de la administración hospitalaria;
- regionalización de los servicios hospitalarios e integración en redes de derivación de complejidad creciente;
- mayor control de la calidad de los servicios y de la relación costo/ beneficio.

En lo referente a la estructura organizativa, el modelo más difundido durante este período fue el *departamentalizado*, es decir, el agrupamiento bajo una misma jefatura de los servicios pertenecientes a actividades y conocimientos afines, del mismo modo que el organigrama tradicional de los organismos estatales y las empresas comerciales. Por consiguiente, el esquema habitual comprendía los departamentos de: Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Materno-Infantil, Diagnóstico y Tratamiento, Promoción y Protección de la Salud y Emergencias. Este organigrama era particularmente apropiado para la organización por salas y especialidades de los establecimientos complejos de la 2ª generación. Sin embargo, la adecuación de los hospitales de la 3ª generación al criterio de *cuidados progresivos*, obligó a replantear esta estructura, de modo que permitiera una mejor articulación entre los distintos niveles de intensidad de cuidado o de acciones asistenciales: Promoción y Protección, Emergencias, Consultorios Externos, Cuidados Mínimos, Cuidados Intermedios, Cuidados Intensivos, Atención Domiciliaria y Servicio Social. En los establecimientos más complejos, frecuentemente se combinaban ambas vertientes organizativas, total o parcialmente: la organización *piramidal* por especialidades y la articulación *horizontal* por niveles asistenciales. A menudo, los enlaces de esta *matriz* organizativa, estaban a cargo de los directivos: el Director, los Directores Asociados y el Secretario Técnico o Director Asistente. Estas características organizativas continúan en general vigentes hasta la actualidad.

Un enfoque productivo de la organización hospitalaria, que ya había sido empleado en los *perfiles de complejidad*, comparaba a la institución con una línea de fabricación de bienes, cuyo producto final eran las prestaciones médicas. De este modo las actividades del hospital podían clasificarse en:

- servicios finales o sustantivos: atención ambulatoria, internación, docencia, investigación, programas preventivos;
- servicios intermedios: laboratorio, radiología, enfermería, alimentación, farmacia;
- servicios de apoyo: directores, mantenimiento, maestranza, administración, archivo de HC, estadísticas, facturaciones.

Los mecanismos de conducción difieren según la naturaleza institucional del hospital. Los hospitales estatales sólo tienen autoridades ejecutivas, que dependen a su vez de las autoridades sanitarias de la jurisdicción. En cambio, los hospitales privados sin fines de lucro, los de comunidades extranjeras y los encuadrados como SAMIC, tienen un Consejo de Administración y una autoridad ejecutiva, que participa en las decisiones. Las autoridades ejecutivas varían en número según la complejidad del hospital. En los establecimientos menos

complejos son suficientes un Director y un Administrador. Los más desarrollados necesitan un Director, uno o más Directores Asociados para los servicios finales y los intermedios, un Director Asistente o Secretario Técnico -para los servicios técnicos y de apoyo- y un Administrador, del que dependen las oficinas administrativas, compras y contrataciones, patrimonio, personal, facturaciones, etc. Desde el punto de vista administrativo-contable, los hospitales estatales se manejan con un presupuesto anual ordenado por partidas, agrupadas en dos capítulos: erogaciones *corrientes* -personal y bienes de consumo- y erogaciones *de capital* -servicios no personales (contratos a terceros), equipamiento y construcciones-. Sin embargo, en la década del 80 se tendió a ordenar los presupuestos empleando otras alternativas: a) por líneas de trabajo o *por programas*, que comprendían erogaciones de distinto tipo; b) en base a la deducción del incremento respecto de los registros históricos de ingresos y gastos, como presupuestos con *base cero*, y c) proyecciones contables basadas en la composición del costo de las prestaciones, que requieren una contabilidad organizada por *centros de costos*.

En síntesis, durante este período coexistieron formas organizativas propias del modelo de la 2ª generación, junto con modalidades novedosas atribuibles a la 3ª generación, aún dentro de un mismo establecimiento. Como ejemplo de las primeras pueden mencionarse: distribución de las camas por especialidades, administración y compras centralizadas por la autoridad sanitaria, financiación exclusiva por el presupuesto estatal, líneas de conducción en orden *piramidal*, sin coordinaciones *horizontales*, así como presupuesto y contabilidad por partidas. Como innovaciones de la 3ª generación hospitalaria, deben señalarse: organización de las camas por *cuidados progresivos*, incluyendo *hospital de día* e internación domiciliaria, descentralización de las compras y contrataciones, múltiples fuentes de ingresos provenientes de la facturación de prestaciones, mecanismos organizativos de coordinación *horizontal*, así como presupuestación y contabilidad por *centros de costos* (Rizzi, 1979; Arce, 1995).

En la faz asistencial, el principal rasgo que caracterizó las actividades hospitalarias en ambas generaciones, fueron las decisiones de diagnóstico y tratamiento adoptadas en forma *compartida*. Pero en la 3ª generación se agregó el empleo cada vez más frecuentes de algoritmos que sistematizan el desempeño asistencial y la normatización de la atención de las patologías más frecuentes, mediante *guías de atención clínica*. Asimismo, las tareas asistenciales fueron siempre aprovechadas y complementadas con finalidades docentes y de investigación, en los establecimientos complejos tanto públicos como privados, pero en la 3ª generación se incorporaron los programas de *residencias médicas*, como modalidad permanente de capacitación de postgrado. Por otra parte, la creciente complejidad de los sistemas de atención médica, fue determinando la necesidad de procedimientos de evaluación sistemática de las tareas intra-hospitalarias, así como métodos de evaluación externa, instrumentados por entidades extra-hospitalarias. A título de ejemplo pueden enumerarse las siguientes:

- | <i>Evaluación intra-hospitalaria</i> | <i>Evaluación extra-hospitalaria</i> |
|---------------------------------------|---|
| – recorrida de sala | – procedimientos cuantitativos: |
| – comités de: | o estadísticas de rendimiento |
| o docencia e investigación | o tasas de morbi-mortalidad |
| o historias clínicas | o codificación diagnóstica de egresos |
| o auditoría médica | o indicadores de resultados |
| o infecciones | o costos por patología |
| o tumores | – procedimientos cualitativos: |
| – ateneos: | o auditoría médica externa de casos |
| o clínico | o fiscalización de facturaciones |
| o quirúrgico | o categorización por complejidad o riesgo vital |
| o anátomo-patológico | o acreditación hospitalaria |
| o bibliográfico | – fiscalización de instalaciones: |
| – normas de atención médica: | o habilitación de radiofísica, |
| o algoritmos diagnóstico-terapéuticos | radioisótopos, ascensores, circuitos |
| o guías de atención clínica | de gases |
| o puntajes de vitalidad o gravedad | o dispositivos contra incendios |
| (scores Apgar o APACHE) | |

o disposición de residuos patogénicos

Como corolario relativo a lo institucional, a diferencia de la 2ª generación, donde los hospitales tendían a diferenciarse por especialidad, los establecimientos de la 3ª generación tendieron a una nueva especialización dada por su nivel de complejidad o por el riesgo vital atribuible a las patologías que podían resolver; se diferenciaron por el grado de concentración de tecnología y recursos complejos para el que se encontraban preparados. De este modo, algunos hospitales se dedicaron a la atención general y a la prevención de primer acceso para la población del área programática, y otros fueron hospitales de referencia a los que se accede por derivación desde otros efectores. Pero a partir de la década del 90, se fueron produciendo diversos cambios parciales en el funcionamiento hospitalario, que no estuvieron exentos de conflictos y polémicas y que indujeron a reconsiderar la naturaleza de los hospitales. También hubo algunas inversiones en construcciones hospitalarias. Estos temas se tratarán en el Capítulo 12.

Cuarta parte

Década del 90 y principios del Siglo XXI

Capítulo 10 - Política social internacional:
**La caída de la bipolaridad y
el despliegue de la globalización**

Capítulo 11 - Política sanitaria nacional:
**Tendencias en un período de
turbulenta estabilidad económica**

Capítulo 12 - Tendencias hospitalarias:
Nuevas tendencias en la gestión nosocomial

La caída de la bipolaridad y el despliegue de la globalización

Podría afirmarse que, la última década del Siglo XX, comenzó en realidad -desde el punto de vista histórico- a mediados de los '80, con la dramática pendiente del régimen político de la Unión Soviética, que desembocó en la desarticulación total del bloque socialista. La caída definitiva de la *Cortina de Hierro* determinó -más bien *por defecto*- la permanencia de una única potencia hegemónica. Todas las construcciones institucionales fundamentadas en la *Guerra Fría* debieron ser replanteadas, incluyendo las relaciones entre los países dentro de los organismos internacionales, que se amparaban en la estrategia de *coexistencia pacífica* de los dos bloques de la *bipolaridad*. La derrota del comunismo como forma de acumulación de capital, de desarrollo tecnológico y de camino apto para encolumnar a la sociedad en una expectativa colectiva de prosperidad, desencadenó un momento de euforia universal, ante una controversia política que parecía haber llegado a su fin. La *democracia*, como único modelo deseable de organización institucional, y la *economía de mercado*, como patrón exclusivo de las relaciones de producción, aparentaban haber agotado toda discusión sobre la organización ideal de la estructura social. Las anteriores corrientes de *izquierda* parecían haber quedado arrinconadas -en el espacio ideológico- a ciertas reivindicaciones ecológicas, a una *tercera vía* vacía de contenido o a resistir un proceso de *globalización* irreversible. Pero la caída de aquella bipolaridad, no necesariamente implicaba la *unilateralidad* del ala triunfante, ya que al mismo tiempo se abría el camino hacia una posible multi-polaridad. La configuración general de esta etapa llega a grandes rasgos hasta el momento actual.

La explosión tecnológica y de los medios de comunicación, determinaron lo que Marshall Mc Luhan había pronosticado en los '60 como una nueva *tribalización* a escala planetaria. El desenvolvimiento simultáneo de eventos en todo el mundo, cuyas distancias son anuladas por la inmediatez de las comunicaciones satelitales, posibilita proyectos de desarrollo de amplitud universal, en los que el costo de los contactos es casi despreciable. En estas condiciones generales, parece haber un único destino para todas las economías nacionales: insertarse en la economía *global*. Encontrar un *nicho* comercial donde colocar su producción y producir a costos competitivos con otras economías ubicadas a grandes distancias, con las que pocos años atrás no hubieran tenido ningún punto de contacto. Entre el final de la 2ª Guerra Mundial y la actualidad, la participación del comercio internacional en el producto bruto mundial (PBM) creció del 5 al 20% (de la Balze, 2007). Ante determinantes económicas consideradas ineludibles, los Gobiernos tendrían que ajustar el gasto de los servicios públicos y los sectores sociales, porque su peso en la sociedad conspira contra la competitividad del comercio exterior. La permanencia del *Estado de Bienestar*, como paradigma de las décadas del 60, 70 y 80, está seriamente cuestionada y se buscan criterios alternativos, que configuren instrumentos *sustentables* de protección social. Por otra parte, el vertiginoso incremento de los costos de la atención médica y la marcada prolongación de la expectativa media de vida, descalifican toda estimación de viabilidad que mantenga las pautas anteriores de contribución y beneficios sociales.

En el mercado de capitales, el dinero se desplaza por las distintas bolsas de comercio a la misma velocidad de la rotación de la tierra, mediante transacciones virtuales e intangibles. Desde una computadora portátil -vía Internet- un operador puede desplazar grandes sumas entre los mercados financieros del mundo entero. Lo mismo ocurre en el campo del conocimiento. Una red de satélites suspendidos alrededor de la tierra o de cables suboceánicos intercontinentales, posibilita que un individuo se contacte con el otro extremo del mundo en *tiempo real*, con el único recurso de contar con una computadora personal (PC) y una conexión telefónica local. Por el mismo medio, cada persona accede a navegar en un espacio virtual de alcance planetario, estableciendo un vínculo inmediato con conocimientos generados en otras latitudes y culturas. La magnitud del desplazamiento de capitales es tan incontrolable, que en los '90 recobró actualidad la posibilidad de aplicar la *tasa Tobin*: un impuesto a la circulación de capitales improductivos, propuesto en 1978 por el economista norteamericano y Premio Nobel, James Tobin.

En este escenario *global*, las instituciones creadas para la era en la que el desarrollo se centraba en las Naciones -los Gobiernos de los países y los organismos internacionales-, se

mostraron ineficaces para regular el desenvolvimiento de la economía mundial (Fitoussi, 2007). Tampoco pudieron controlar los fenómenos políticos. Por una parte, el inesperado resurgimiento de las guerras interraciales en la región de los Balcanes, como consecuencia de la descomposición del conjunto de etnias que habían pertenecido a Yugoslavia y a la URSS, dio lugar a la intervención de fuerzas internacionales. Por otra parte, el persistente conflicto entre palestinos e israelíes, sigue afectando la totalidad de las relaciones entre Occidente y el mundo árabe. En este campo, las alianzas occidentales se involucraron en diversos conflictos bélicos -supuestamente *preventivos*-, procurando garantizar su control territorial sobre los países árabes productores de petróleo. Esta situación de permanente conflictividad, puso además en evidencia graves y ancestrales controversias en el seno de la comunidad islámica, que se expresaron como beligerancia entre países y dentro de los propios países. Fundamentalistas musulmanes de diversas nacionalidades, conformaron una red global de células terroristas, que desencadenaron monstruosos atentados y diversas guerras, sin que los líderes occidentales hayan encontrado una fórmula apta, para detener una extendida conflagración de carácter multifocal y multicausal, en la que subyace una implícita confrontación entre culturas.

La emblemática década del 90

La calificación de *emblemática* no se refiere a un juicio de valor respecto a sus atributos, sino a que la nueva década fue tomada como exponente del desarrollo universal del capitalismo (Arce, 2001: 35-40). En efecto, con la caída del Muro de Berlín en 1989, quedó demostrada -más allá de la connotación ideológica- la mayor eficacia del capitalismo para acumular capital. Como motor más eficiente del desarrollo de las sociedades, lograba promover la creatividad de la población y la innovación tecnológica en las empresas -alentadas por la competitividad- y garantizaba al mismo tiempo las libertades individuales. De tal modo que el comienzo de la década, encontró a los observadores en una corriente de euforia capitalista, frente a un panorama presuntamente despejado de oposición socialista. Además de un crecimiento sostenido de la economía de EE.UU. a lo largo de toda la década, este clima fue también alentado por el marcado crecimiento del PBM, impulsado -además de la prolongada bonanza de EE.UU.- por el formidable desarrollo industrial de China, India y el sudeste asiático (Castro, 1998: 39-63). En este marco de expansión, se concretó el salto cualitativo de accesibilidad a la informática y las comunicaciones, que posibilitaba la extensión ilimitada y horizontal del conocimiento. Cabalgando sobre esta oleada de desarrollo mundial, se concretó la *globalización* de los mercados financieros, así como la *internacionalización* de las transacciones comerciales y la producción industrial. La competitividad transnacional de las empresas constituyó un imperativo para garantizar su viabilidad y crecimiento, en una corriente de apertura del intercambio y de integración de mercados regionales. Más allá de la voluntad de los Gobiernos, también comenzaron a aparecer signos de *globalización* jurídica para delitos de lesa humanidad, como el juzgamiento fuera de sus países, tanto de ejecutores de represión ilegal mediante instrumentos de Estado, como de terroristas internacionales de destrucción masiva.

El proceso de declinación de la Unión Soviética (URSS), fue mucho más acelerado de lo que podía suponerse, después de 4 décadas de equilibrio entre las dos grandes potencias que mantuvieron la hegemonía al término de la 2ª Guerra Mundial. Seguramente, la falta de información económica y social fidedigna de los países del bloque socialista, ocultaba sus dificultades para sostener su desarrollo e incrementar su tecnología³⁵. Los primeros indicios se evidenciaron con el predominio de EE.UU. en la carrera por el dominio espacial, en el marco de una política exterior particularmente agresiva, iniciada por Ronald Reagan, mediante una estrategia denominada "Guerra de las Galaxias". Por otra parte, desde principios de 1985 accedió a la primera jerarquía política de la URSS -la Secretaría General del Partido Comunista- Mijail Gorbachov, que encaró a partir de 1986 un gigantesco plan para reformar y modernizar el socialismo, resumido en 4 palabras clave: a) apertura y transparencia de las acciones, *glasnot*; b) reestructuración de la organización del Estado, *perestroika*; c)

³⁵ Conviene acotar que Octavio Paz en 1983, en un lúcido análisis sobre la influencia de la herencia cultural de las naciones en la configuración de sus sistemas políticos, más allá de la ideología dominante, preanunciaba la inminente crisis de la URSS (Paz, 1983: 59-83).

democratización de las decisiones políticas, *democratizatsiya*, y d) desarrollo económico y tecnológico, *uskoreniye*. Las reformas también alcanzaron al sistema de salud y admitieron programas privados de aseguramiento (Chazov, 1988).

En noviembre de 1985, Reagan y Gorbachov suscribieron un plan de desarme nuclear, que evidenció el primer avance significativo en la detención de la Guerra Fría. El desastre del reactor nuclear de Chernobyl (Ucrania) en abril de 1986, cuya radiación afectó a centenares de miles de habitantes, mostró el estado de deterioro que transcurría en el interior de la URSS. El Gobierno decretó una amnistía para todos los presos políticos, a fines de ese año, lo que posibilitó el regreso del destierro del científico Andrei Sajarov. La descomposición se precipitó en noviembre de 1989, con la caída del símbolo físico emblemático de la Guerra Fría, el Muro de Berlín, que determinó la unificación de las dos fracciones alemanas, las Repúblicas Federal y Democrática de Alemania. En 1990 el Congreso puso fin al monopolio del Partido Comunista e instauró un sistema presidencialista, que llevó a la Presidencia a Boris Yeltsin en 1991. El 1° de julio de 1991 se disolvió el Pacto de Varsovia, con lo que recuperaron su independencia los países que formaban parte del bloque socialista. En adelante, la mayor parte de las repúblicas que integraban la URSS, se independizaron y formaron su propia estructura de Gobierno. Por otra parte, Checoslovaquia se subdividió en la República Checa y Eslovaquia, y Yugoslavia, después de múltiples conflictos bélicos y episodios de exterminio racial, se subdividió prácticamente en las nacionalidades que la habían integrado.

Como contrapartida, mientras se desarticulaba el régimen comunista, se fortalecía el bloque occidental, no sólo por la integración de la Unión Europea, sino también porque los países más poblados del planeta -India y China- iniciaron un prolongado proceso de expansión económica e industrialización, por el camino del desarrollo capitalista. La Unión Europea se constituyó por el Tratado de Maastricht (Holanda) de 1991, a partir de acuerdos de las décadas precedentes, como la Comunidad Europea del Carbón y del Acero (CECA), la Comunidad Europea de Energía Atómica (EurAtom) y la Comunidad Económica Europea (CEE). Hasta principios de 2007 se habían integrado 27 países, que incluían a la mayoría de los que integraban el Pacto de Varsovia, así como algunos que habían pertenecido a la URSS, y continúa extendiéndose. Aunque no adhieren todos los miembros, cuentan con una moneda común -el Euro (€)-, el Parlamento Europeo y un extraordinario crecimiento del intercambio comercial. Empero, no han logrado la aprobación de una Constitución Europea, ni alcanzaron aún un aceptable ajuste recíproco de las políticas macroeconómicas de sus integrantes. El formidable crecimiento económico de Europa, también incrementó su importancia en el mantenimiento del equilibrio político mundial. Además, el impacto político que produjo la incorporación de los países que habían integrado el bloque oriental, volcó hacia Europa del Este el interés de las inversiones europeas y de los organismos multilaterales de crédito. La comunidad político-económica no alcanzó por ahora a los sistemas de salud, que cada país miembro mantiene con sus normas y modalidades habituales.

Simultáneamente, la otra gran potencia socialista -China- transitaba un inusitado crecimiento, a partir de un conjunto de reformas, que posibilitaban el desarrollo de modalidades de acumulación capitalistas, manteniendo el sistema político dictatorial del régimen comunista. Las reformas se iniciaron en 1978, cuando Deng Xiaoping -dos años después de la muerte de Mao Tsé-tung- promovió el reconocimiento de la propiedad privada. Desde ese momento, se produjo un prolongado proceso de cautelosas reformas políticas y legales, que desembocaron en 2007 con el reconocimiento definitivo de la economía de mercado y el derecho a la propiedad de la tierra, bajo la Presidencia de Hu Jintao. De este modo a lo largo de 25 años, China mantuvo un promedio de crecimiento anual del PBI del 9% y unos 400 millones de chinos lograron superar la línea de pobreza. Sin embargo, los cambios no pudieron resolver la migración de millones de campesinos hacia las ciudades, sin que logren alcanzar inserción laboral, así como una manifiesta desigualdad de los ingresos en su población. Tampoco logró establecer un régimen de protección que permita acceder a servicios de salud a la población de menores recursos.

Sin embargo, el gran impulsor del crecimiento del PBM sigue siendo EE.UU., ya sea por la extraordinaria capacidad reproductiva de su economía interna, como por su vigorosa expansión como primer exportador mundial de tecnología, bienes durables y productos consumibles. A estos componentes *pacíficos* de su desenvolvimiento económico, debe agregarse la más poderosa organización *bélica* mundial. Ya sea por medio de una permanente sucesión de prolongados conflictos militares, o mediante el mantenimiento de fuerzas *preventivas* en

distintos puntos estratégicos del planeta, la industria guerrera constituye otro constante impulsor de su desarrollo económico. Tras una breve recesión en 1991, inmediatamente posterior a la 1ª Guerra del Golfo Pérsico, bajo la Presidencia de George Bush padre, la política económica del Presidente Bill Clinton, promovió el equilibrio de las cuentas fiscales -alcanzando el superávit- y mantuvo la estabilidad monetaria e inflacionaria, con la menor tasa histórica de desempleo. Incluso mantuvo el nivel de la demanda laboral más allá del índice del 4% de desocupación, al que tradicionalmente se consideraba como umbral inflacionario (Stiglitz, 2003: 342-344). Este marco de estabilidad le permitió abordar una postergada reforma del sistema de Seguridad Social, e incorporar en 1997, una cobertura específica para la madre y el niño de escasos recursos -el *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP)- como forma transitoria de protección para familias sin trabajo (Clinton, 2006).

El Consenso de Washington

En este panorama mundial de desarrollo sostenido del capitalismo, los organismos internacionales de crédito y los países industrializados, buscaron una oportunidad para establecer las pautas económicas que orientaran las decisiones gubernamentales de los países de América Latina y el Caribe, dentro del escenario de globalización y euforia de mercado reseñado más arriba. Esta oportunidad no se produjo durante un foro de la comunidad internacional, en el que se debatieran las necesidades y alternativas esperables en el desenvolvimiento mundial hacia el Siglo XXI. Por el contrario, fue el resultado de un documento de trabajo -adoptado por la mayoría de los participantes- durante una reunión entre académicos, economistas y funcionarios de EE.UU., así como directivos y técnicos del Banco Mundial (BIRF) y del FMI, realizada en Washington D.C. en 1989. Hasta donde se sabe, no hubo gestiones políticas previas; era un aporte sobre las pautas económicas recomendables para América Latina -más de carácter académico que político- que ávidamente fue tomado por los participantes como expresión del pensamiento predominante en el evento. La denominación de "Consenso de Washington" fue adoptada con posterioridad al evento -sin que ésta fuera la intención de su autor (Williamson, 1990)- y con el carácter de un manifiesto liminar, que recomendaba una receta de desarrollo neoliberal para la región. En términos similares a los del *Consenso*, los organismos crediticios multilaterales introdujeron pautas equivalentes, para las condiciones de elegibilidad de la asistencia financiera a los países de la Región: ajuste del déficit fiscal, apertura de la Economía, estabilidad monetaria, mayor eficiencia del gasto fiscal y social, y reformas pro-competitivas.

Concretamente, el enunciado de los 10 puntos del *Consenso* fue el siguiente:

1. Establecer una disciplina fiscal.
2. Priorizar el gasto público en educación y salud.
3. Llevar a cabo una reforma tributaria.
4. Establecer tasas de interés positivas en relación al mercado.
5. Lograr tipos de cambio competitivos.
6. Desarrollar políticas comerciales liberales.
7. Una mayor apertura a la inversión extranjera.
8. Privatizar las empresas públicas.
9. Llevar a cabo una profunda desregulación.
10. Garantizar la protección de la propiedad privada.

Desde el punto de vista de los organismos internacionales de crédito, los postulados del Consenso no implicaban innovación alguna. En última instancia recomendaba políticas ortodoxas tradicionales, que habitualmente estuvieron presentes en todas las *cartas de intención* que suscribían con los países potencialmente tomadores de crédito. Pero en las circunstancias de globalización que enmarcaban la economía mundial, se confiaba en que esas medidas iban a incrementar las tasas de crecimiento, con un efecto favorable sobre la pobreza y la inseguridad. Se esperaba que el flujo de capitales y de las exportaciones promoviera una demanda intensiva de mano de obra en los países en desarrollo -cosa que no ocurrió-, en la medida que cada país encontrara los *nichos* comerciales que aseguraran su expansión. Entretanto, los países industrializados se anticipaban reclamando una mayor apertura a las inversiones extranjeras y la reducción de barreras comerciales. Pero sosteniendo también una conducta internacional tradicional, no mantenían el mismo comportamiento respecto a la

protección de sus propios intereses. En efecto, ni la prolongada negociación de la *Ronda Uruguay* del GATT (ver Capítulo 4) cerrada en 2005, ni la actual *Ronda de Doha*, lograron vencer la resistencia de EE.UU. y Europa a los subsidios de su producción agrícola, que decididamente siguen obstaculizando todo acuerdo aduanero internacional.

Otros puntos -como disciplina fiscal, garantizar la propiedad privada, establecer tasas de interés positivas y lograr tipos de cambio competitivos- no provocaron mayores cuestionamientos, ya que podrían considerarse inherentes a economías de razonable desempeño, desde un punto de vista ortodoxo. Los abusos en el uso indebido del gasto público, frecuentemente utilizados para hipertrofiar injustificadamente los planteles de personal estatal con fines de *clientelismo* político, fueron comunes a toda la Región y una de las causas de su decadencia. La inestabilidad jurídica y macroeconómica, aunque no fuera ejecutando abiertas expropiaciones, en muchos casos tuvo significación confiscatoria, ya sea por bruscas variaciones en el tipo de cambio o por la retención de depósitos bancarios. Establecer como prioridad del gasto público la salud y la educación, lejos de alentar políticas regresivas, promovía la reasignación con finalidad distributiva del gasto público, hacia los sectores sociales en sentido progresivo. Si a esto se agregaba una reforma tributaria, que también favoreciera la redistribución de la riqueza hacia la población con menores recursos, el efecto debía ser socialmente progresivo. Fue a menudo objeto de polémicas la recomendación de incrementar las tasas de interés, para alentar el ahorro y sustraer dinero circulante, a efectos de reducir la demanda de bienes, evitar la inflación y desalentar el recalentamiento de la economía.

Lo que sí provocaba orientaciones controvertidas era la privatización de empresas públicas y la desregulación de los mercados. La privatización de los servicios públicos no era una tendencia atribuible sólo a esta Región: también los países industrializados llevaron a cabo procesos de desestatización de los servicios públicos desde la década del 70. Pero en las circunstancias en que se emitió el Consenso, no podía tener otra significación que nuevas y atractivas oportunidades de negocios, para las empresas de los países industrializados adiestradas en la operación de servicios públicos. También se suponía que, en tanto estas empresas operadas por el Estado habían sido receptoras del exceso de empleados públicos, al privatizarse iban a mejorar su eficiencia y su rentabilidad, al reducir al menos sus gastos en personal. Sin embargo, el Estado ineficiente como *prestador*, resultó asimismo ineficiente como *regulador*, ya que los entes reguladores creados para controlar a los operadores privados, tampoco cumplieron eficazmente su función. En realidad, la base de la ineficiencia en la operación de los servicios públicos, no consistía en su manutención por parte del Estado, sino en las condiciones monopólicas de su funcionamiento. Según algunos autores, la situación de único operador y la consecuente falta de competencia, eran los factores que determinaban la ineficiencia, aunque los servicios fueran delegados a empresas privadas (Gerchunoff-Guadagni, 1987). En el mismo sentido, debía esperarse que los beneficiarios de mercados *desregulados*, sin medidas de protección a favor de inversores nacionales, no fueran otros que los inversores de países industrializados, que estaban mucho más preparados para competir internacionalmente. Por consiguiente, las reformas *pro-competitivas* tendientes a desregular los mercados, seguramente favorecerían a actores económicos que habrían de competir en condiciones no equitativas, por diferencias tecnológicas inherentes al país de origen.

Sin embargo, la desregulación tiene al menos un aspecto -en los países en desarrollo- que actúa a favor de la movilidad social. Según Hernando de Soto, uno de los rasgos de la economía en los países en desarrollo, en general, -y en América Latina, en particular- es el excesivo e irracional crecimiento de las normas burocráticas de regulación y fiscalización del Estado, que hacen inaccesible el *costo de la legalidad*, para los emprendimientos de la población de bajos recursos. Esta situación de la evolución económica, que considera previa a la etapa de acumulación sostenida del capital, la caracteriza como *mercantilista*, en el sentido de un Estado burocratizado y reglamentarista que, en función de supuestos principios *redistributivos*, no hace más que trabar las iniciativas de emprendedores humildes, y resulta funcional a la concesión de privilegios prevendarios a diversos factores de poder o de presión, vinculados a las autoridades políticas. Sus comentarios provienen de extensas investigaciones en diferentes países -entre ellos Perú, Filipinas, Haití y Egipto- en las que determinó el costo en trámites, tiempo y dinero, que requiere la habilitación de un pequeño taller o comercio. Estas dificultades alientan a las familias de bajos ingresos a operar en el campo de la economía *informal* o *no registrada*, con lo que se consolida el atraso y la marginalidad de una parte de la población, cuyas transacciones económicas no contribuyen al crecimiento del conjunto de la

sociedad, ni a los sistemas de protección social. Asimismo, el patrimonio acumulado por este sector de la población dispone de una *tenencia* precaria, pero no goza de los beneficios que proveen la protección legal de la propiedad, los intereses que genera y la reproducción de sus activos. La magnitud relativa de la economía *informal*, en términos del PBI, puede alcanzar niveles aún mayores, que la economía *formal*. En realidad -concluye- el logro central de los países desarrollados, consiste en haber incorporado a la totalidad de su población a la estructura legal de la economía (de Soto, 1987 y 2002).

Más allá de los comentarios precedentes, las consecuencias de la aplicación del Consenso de Washington fueron variadas. Se registró un moderado crecimiento del producto bruto regional, junto con una disminución del índice general de pobreza, no atribuible a la redistribución de los recursos económicos. Al mismo tiempo crecieron las exportaciones de productos primarios, derivados de sectores de uso intensivo de recursos naturales. Sin embargo, al igual que en todo el mundo, se amplió la brecha entre la mano de obra calificada y la no calificada, a consecuencia de la incorporación de una franja de la población al empleo de tecnología informática y de comunicaciones. Un documento titulado "La Larga Marcha", resultante de una reunión efectuada en Montevideo en 1997 sobre el desarrollo de la Región, recomendaba la necesidad de implementar reformas adicionales. Invertir en la capacitación de recursos humanos, promover mercados financieros consolidados, mejorar el marco legal del mercado laboral, revisar las regulaciones que afectaban las inversiones privadas en infraestructura y servicios sociales, mejorar la calidad de los organismos públicos -especialmente la administración de justicia- y consolidar la estabilidad macroeconómica. Estas recomendaciones respondían a distancia, a conceptos que sustentaban el Consenso de Washington. En el marco de las reformas institucionales allí planteadas, se esperaba un incremento de las demandas por parte del sector privado que, compitiendo ahora en un mercado globalizado, advertía que sus utilidades y su competitividad se verían afectadas por la calidad y eficiencia de los servicios públicos, la asistencia financiera, la calidad educativa y la eficacia del sistema judicial. En lo relativo a la legislación laboral, en realidad se esperaban medidas que flexibilizaran el mercado de trabajo (Dallanegra P., 2007).

Las políticas implementadas en los países de la Región durante la década del 90, tuvieron una marcada influencia de los organismos internacionales de crédito, en los que el Consenso de Washington actuó como documento de referencia. Debido a la disponibilidad de corrientes de capital, se incrementó considerablemente el endeudamiento, sin que hubiera suficientes recaudos de viabilidad, tanto por cuenta de los dadores como de los tomadores de créditos. Diversas y sucesivas crisis financieras, evidenciaron el exceso de endeudamiento al que se habían comprometido los países, como las de México en 1994, Brasil en 1999 y Argentina en 2001. Las privatizaciones de los servicios públicos, al igual que las inversiones externas, implicaron procesos de reconversión tecnológica en las empresas, que determinaron la exclusión de grandes franjas de trabajadores del mercado laboral. Muchas empresas de capitales nacionales, con escasa inversión en tecnología, se encontraron inermes para competir con productos importados, por lo que debieron cerrar sus puertas o limitar sus mercados a niveles de subsistencia. Este fenómeno contribuyó a incrementar la desocupación. En el marco de la globalización y la apertura del comercio, una gran cantidad de productos altamente competitivos invadieron las economías regionales. Estas tendencias fueron atribuidas a políticas derivadas del Consenso de Washington, con lo que se *demonizó* aquel documento y se sobredimensionaron sus alcances.

Sin embargo, muchos de los hechos imputados al Consenso formaban parte de tendencias mundiales, no regionales. Destacados analistas socio-políticos admitían que las décadas de predominio del Estado de Bienestar habían terminado definitivamente, ya que la globalización obligaba a las economías nacionales a reducir sus costos laborales, con el fin de obtener mayores *ventajas competitivas* para sus productos, en el comercio mundial. La incorporación de adelantos tecnológicos, determinó una marcada concentración de capitales, de las escalas económicas de producción y de los requisitos de calificación del personal. La consecuencia universal de estos fenómenos, fue una acelerada *expulsión* de mano de obra y la *exclusión social*, para las que no se encontraban caminos alternativos. El propósito central de la Política Social había pasado, de extender el derecho a la Seguridad Social -rasgo saliente de las décadas del 60 al 80- a evitar la *exclusión* del mercado de trabajo, a garantizar el derecho a la *pertenencia social* (Fitoussi-Rosanvallon, 1998). Por otra parte, en la región latinoamericana durante la década del 80, ya se había verificado un acentuado proceso de decadencia de la

inversión bruta interna, de desindustrialización y de empeoramiento de las condiciones de vida, medidas en términos de PBI *per capita*, tal como manifestaba un informe del Banco Mundial (BIRF, 1987). Entre 1981 y 1989, el PBI de América Latina creció globalmente un 11%, mientras que la población aumentó un 21,8%, lo que significó un deterioro del PBI *per capita* de -9,4% en el mismo período (CEPAL, 1990).

El deterioro señalado también había sido advertido en el campo sanitario, donde los indicadores de salud y condiciones de vida habían mostrado signos notorios de estancamiento. Hasta el punto que la OPS calificó a la década del 80, como “la década perdida”. En consecuencia, la profusión de comentarios que denostaron el Consenso de Washington, más bien estuvo vinculada a un discurso político, tendiente a culpar a un chivo expiatorio, antes que a analizar las verdaderas causas de los fenómenos observados en la década del 90. En el fondo, la polémica enfrentaba dos posiciones tradicionalmente enfrentadas: la llamada *teoría del derrame*, que suponía que la acumulación de capital -por sí sola- iba a impulsar el desarrollo, ya que realizaban el mercado como el más eficiente asignador de recursos, frente la llamada *teoría de la heterogeneidad estructural*, que consideraba imprescindible la intervención del Estado, para garantizar una equitativa distribución de los recursos, porque el mercado en los países en desarrollo es particularmente imperfecto. Más allá de los argumentos teóricos, los 3 pilares promovidos por el Consenso -austeridad fiscal, privatizaciones y liberalización de mercados- no parecen haber sido adecuadas recetas para los países de la Región, ya que las altas tasas de interés alentadas por el FMI, conspiraron contra la creación de empleos y nuevas empresas, tal como señalaron críticamente diversos economistas, entre ellos Joseph Stiglitz. Pero como se vio más arriba, estos componentes de las recomendaciones económicas no partían de la elaboración de un grupo de funcionarios reunidos en forma conspirativa, sino de tendencias mundiales que afectaban a todos los países y regiones. Tendencias que en este subcontinente adquirirían rasgos específicos y se desenvolvían en circunstancias políticas particulares, que desembocaron al menos en resultados no satisfactorios, respecto a los propósitos planteados inicialmente.

Nuevos enfoques en los Sistemas de Salud

En las postrimerías del fin del milenio, diversos organismos internacionales -y especialmente la OMS- se aprestaban a admitir que, las ambiciosas metas planteadas con anterioridad en Alma-Atá, no podrían ser cumplidas. Las causas no eran sólo atribuibles a factores intrínsecos del Sector Salud; se habían logrado mejoras significativas en los indicadores de la mayoría de los países, aunque muchos problemas *evitables* estaban lejos aún de haber alcanzado soluciones aceptables. En realidad, los motivos principales del relativo estancamiento de la situación sanitaria, estaban dados por los condicionantes económicos y políticos -determinantes de la situación del Sector- y por el marco social emergente de la distribución inequitativa de la riqueza. Desde la perspectiva sanitaria, subyacían las aspiraciones de alcanzar una visión *totalizadora*, en condiciones de relativa *autonomía* decisoria, sobre las determinantes del Sector Salud. Estas aspiraciones, provenían de una larga tradición *tecnicista* -o más bien *cientificista*- de los especialistas sanitarios que, desde la década del 50, alentaban la expectativa de que podía determinarse lo político, a partir de una adecuada planificación e implementación.

En la década del 90 aquellas metas fueron reemplazadas por objetivos inmediatos más viables. La Salud Pública aspiraba ahora a contribuir a la *redistribución social* de los recursos, entre los distintos estratos de ingreso de la población en sentido *progresivo*, es decir, a favor de los estratos de menores ingresos. Para alcanzar este propósito, se promovía la *identificación de grupos de riesgo* y la *focalización* de las acciones en estos grupos, a efectos de concentrar en ellos las medidas de protección y ayuda social. Diversos documentos revisaban las funciones de la Salud Pública y, a la vez que referían los problemas sanitarios a la inequidad de la organización social, ensayaban nuevas definiciones procurando adaptarse a recientes tendencias (OPS, 1998; CCPM, 1998). El problema sanitario también empezaba a ser considerado desde el campo económico, ya que el peso del gasto en salud en el producto bruto se incrementaba paulatinamente en todos los países. El análisis del campo de la Salud ya no quedaba circunscripto al diálogo entre los actores del Sector; también era objeto de interés de la política económica, que planteaba nuevas categorías de análisis: impacto

distributivo del gasto en salud, o estudios de costo-efectividad de las prestaciones asistenciales. En términos de costo-efectividad, la evaluación de las acciones médicas ya no se limitaría a su eficacia en los resultados inmediatos de los tratamientos -como lo hacía el enfoque médico habitual-, sino también ponderaría los resultados a largo plazo y la frecuencia con que las patologías se presentaban en la población. Un trascendente documento del Banco Mundial abordó este enfoque, con una metodología apropiada para evaluar los resultados de la atención médica en términos económicos. Tenía el objetivo de calificar cuantitativamente cada patología para permitir la comparación entre ellas, así como su prioridad sanitaria, acuñando una nueva unidad de medición -*años de vida ajustados por discapacidad* (AVAD)- que combinaba los años de vida saludables perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos como resultado de discapacidad (Banco Mundial, 1993).

A principios de los '90, todos los modelos de sistemas de salud -servicio único estatal, seguro nacional de salud, sistemas pluralistas regulados o Seguridad Social- enfrentaban serios problemas financieros, debido a que no podían absorber los costos crecientes de la atención médica. Por otra parte, después de la 2ª Guerra Mundial se fue produciendo un paulatino envejecimiento de la pirámide demográfica, que indujo una creciente *propensión al gasto* en los usuarios de los servicios de salud. Algunos autores estudiaban los modelos de organización sanitaria en América Latina, con el fin de analizar los componentes comunes a todos y proponer un prototipo que satisfaga las necesidades de cobertura de la totalidad de la población, así como la forma más adecuada de articular a los actores del Sector (Londoño-Frenk, 1997-1999). Para posibilitar la estabilidad financiera de cada sistema, se introdujeron nuevos criterios que interpretaban a la Seguridad Social como un sistema *asegurador*, analizándolos por consiguiente con una lógica de *distribución del riesgo de enfermar* y de *viabilidad actuarial* de los modelos aseguradores. La introducción de reformas pro-competitivas en los países latinoamericanos, alentadas por los organismos internacionales -especialmente FMI, BID y BIRF- resignaban anteriores paradigmas, como el de *cobertura universal e ilimitada*, inspirados en una visión *asistencialista* propia del predominio del Estado de Bienestar (Bertranou, 1999).

También en el campo previsional, en función del equilibrio financiero de los sistemas jubilatorios, se introdujeron otros modelos, tendientes a reemplazar la modalidad de *reparto* por la de *capitalización* individual. En el modelo de *reparto* los fondos disponibles se distribuían equitativamente entre los beneficiarios, ajustados por nivel salarial, aportes acumulados y otras cargas familiares, pero la magnitud de la cobertura de los usuarios, debía limitarse en función del equilibrio financiero del sistema. No se distribuían más recursos que los que la base financiera del seguro permitía. Pero a medida que la expectativa media de vida de la población se fue incrementando, la proporción entre aportantes activos y beneficiarios pasivos del sistema fue reduciéndose y, en consecuencia, la disponibilidad de los fondos que sustentaban los beneficios quedó cada vez más comprometida. En el modelo de *capitalización*, en cambio, cada beneficiario reserva en una cuenta individual sus aportes jubilatorios, que van a generar intereses y que va a percibir según la modalidad que desee, en el momento que le toque retirarse.

En el campo de la Salud, y en particular en EE.UU., hubo varias propuestas que emulaban el modelo de *capitalización*, adecuándolo a la cobertura de la atención médica, con la denominación de *cuentas médicas de ahorro* (*medical saving accounts*). Cada usuario aporta a una cuenta individual mensualmente; si no utiliza los fondos puede acumularlos; los fondos acumulados podrá emplearlos cuando los necesite pero, si no los utiliza al término de cada ejercicio, puede retirarlos o pasarlos acumulados al ejercicio siguiente. La propuesta estaba fundamentada en el alto costo y las restricciones administrativas de los programas de cobertura, tanto los estatales *Medicare* y *Medicaid*, como los prepagos privados (*health maintenance organizations* - HMO's). Mediante este mecanismo, el usuario puede acordar su tratamiento en forma privada, gastando cuando lo necesite, con un costo operativo casi nulo (Gramm, 1994-1999; Goodman, 1998). Desde el punto de vista individual, los modelos de *capitalización* parecen más equitativos, porque las contribuciones no utilizadas por cada beneficiario se acumulan para el ejercicio siguiente pero, desde el punto de vista social, quiebran el principio *solidario* de la Seguridad Social.

En materia de gestión de las instituciones aseguradoras, en la década del 90 se introdujeron nuevos criterios, que hacían mayor hincapié en los atributos tendientes al equilibrio en los resultados de la gestión, que a los que se inspiraban en el cumplimiento de los objetivos

fundacionales de las distintas entidades, sin que implicara dejarlos de lado. Los instrumentos centrales de la conducción de estas entidades pasaron entonces a procurar la *eficiencia administrativa*, la *efectividad en los resultados asistenciales*, el *mejoramiento de la calidad* de la atención médica y la mayor *equidad en la asignación de los recursos*. No debe suponerse que los criterios mencionados no estaban presentes en las modalidades precedentes de gestión, no eran verdaderas innovaciones; sólo había un desplazamiento del foco de atención en los aspectos considerados prioritarios. En realidad, este conjunto de instrumentos configuraban un modelo de gerenciamiento, que incorporaba a las facultades existentes, la responsabilidad de que el sistema -o la parte de él que a cada institución le corresponde- se mantuviera dentro de términos de equilibrio entre ingresos y gastos. El enfoque predominante era la *gestión de contratos de riesgo*, que llevaba implícita la tendencia a transferir hacia los administradores locales, una parte significativa del riesgo financiero de los sistemas nacionales. Por ejemplo, en los países europeos se discutía el efecto de *reformas pro-competitivas*, en las que el gasto creciente en salud determinaba la introducción de cambios en la operatoria de los sistemas: descentralización del riesgo financiero hacia administraciones locales de los servicios, competencia entre distintos administradores por una misma población, paquetes básicos de beneficios contemplando las coberturas prioritarias y guías de atención clínica para las patologías prevalentes (Freeman, 1999). Entretanto en EE.UU. se instalaba la *atención gerenciada* o *managed care* como modelo de gestión, especialmente en las HMO's que actuaban como operadoras de programas nacionales de cobertura de servicios de salud. Estas entidades recibían fondos que debían administrar a su riesgo, con el compromiso de brindar servicios médicos a una cartera asignada de beneficiarios. Para lograrlo sin perder el equilibrio financiero, establecían diversas barreras al consumo, aplicando una lógica de equilibrio *actuarial* que ocupaba el centro de la gestión de los administradores (Newhouse, 1996).

En los países con *pluralidad* de iniciativas en la organización de los servicios de salud, las políticas estatales también tendían a la *integración* de todos los recursos en una misma red asistencial. En el marco de la *globalización* de la economía, el papel del Estado se reservaba la función de complementar en forma *subsidiaria*, los servicios sociales que la comunidad no podía cubrir con sus propios recursos. Aunque predominara una organización unitaria o federal, los países descentralizaban hacia jurisdicciones estatales menores -como Estados, provincias, regiones, departamentos o distritos- la administración de servicios y programas de alcance nacional, tutelando en algunos casos esa delegación de funciones, mediante leyes-marco o actas de consenso. Los organismos estatales actuaban entonces cumpliendo funciones de *asistencia técnica* y de orientación de los programas especiales, para respaldar a las jurisdicciones que los ejecutaban en forma descentralizada.

También en la administración de los hospitales públicos se implementaban medidas de descentralización, de modo que tendieran a gerenciarse como establecimientos autónomos de prestación de servicios, compitiendo con los efectores privados en la atención de los pacientes con cobertura social. Para que se concretara esta tendencia, el Estado -en el sostén de los servicios públicos- debería transitar desde el *subsidio a la oferta* hacia el *subsidio a la demanda*, limitándose a financiar los gastos de atención de la población sin cobertura. De modo que la gestión de los hospitales quedaría sujeta a su eficiencia en la asignación de recursos, ya que todos los usuarios contarían con algún tipo de cobertura y deberían generar alguna facturación de las prestaciones recibidas. En estas condiciones -que son las que rigen en los países industrializados y en algunos en desarrollo- los nosocomios públicos tenderían a *autofinanciarse*, manteniendo la *titularidad patrimonial* del Estado (Arce, 1997-2000).

Como signo distintivo de la década, debe señalarse la creciente preocupación de los organismos estatales por regular el Sistema de Salud, a través de mecanismos de mejoramiento de la *calidad de la atención médica*, así como la proliferación de iniciativas no gubernamentales con este objetivo (Bodenheimer, 1999). Las motivaciones para alentar el *mejoramiento de la calidad*, además de estar inspiradas en un imperativo ético (Donabedian, 1999), estaban impulsadas asimismo por la corriente de *reformas pro-competitivas* ya mencionada (Glennester, 1998; Davidson y col., 1998; Schoenbaum-Coltin, 1998). Pero lo que determinaba la universalidad de esta tendencia, es que este tipo de iniciativas no se daban sólo en los países de alta disponibilidad de recursos, sino también en países de economías signadas por la producción de recursos primarios elementales, que -vinculándose por vía informática- adherían a la vertiente de calidad para orientar sus reformas (Arce, 1999).

Como se mencionó más arriba, en los '90, tuvo una marcada difusión el término *atención gerenciada* o *managed care*, para aludir al conjunto de actividades realizadas para gestionar *contratos de riesgo*, atendiendo a los usuarios a través de una *red de servicios de salud*, a partir de recursos financieros limitados, asignados en general mediante pagos *per capita*. Convendría definir los alcances del término, porque su aplicación fue a menudo inadecuada y se la vinculó a la corriente de inversiones internacionales en salud, en los países latinoamericanos. En primer lugar, implica un objeto de estudio superior al del establecimiento individual, ya que el ámbito de gestión se extiende a una *red de servicios*, que puede comprender establecimientos con internación, centros ambulatorios y consultorios individuales. Sus características principales fueron definidas así (Bosch-Vázquez, 1998):

- a) Está destinada a una población definida.
- b) El diseño y la organización del sistema favorecen comportamientos apropiados, tanto de los usuarios como de los prestadores.
- c) El sistema de información registra datos de utilización, costos, conductas y resultados, que permiten evaluar la calidad.
- d) Produce información para el nivel gerencial, acerca de la conducta de los usuarios y el desempeño de los prestadores (retroalimentación o *feed-back*).
- e) Facilita la investigación sobre el desempeño de los servicios de salud.
- f) Permite tomar decisiones, basadas en información, sobre las políticas a adoptar.

Puede verse que supone un modelo regulado, mediante el permanente monitoreo del desempeño de la red de servicios, de la *calidad* de la atención médica y de la *distribución de riesgos* dentro de una población, cuyos miembros tienen distintos niveles de *propensión al gasto*. Algunos autores advertían -con cierto sesgo ideológico- sobre la presunta *exportación* del modelo de *managed care* hacia los países latinoamericanos, por parte de EE.UU. (Stocker y col., 1999; Pérez Stable, 1999). En realidad, el modelo americano de *atención gerenciada* tiene rasgos particulares: para abordar los distintos niveles de propensión al gasto, utiliza habitualmente el análisis actuarial de los planes de salud, de acuerdo a principios equivalentes a los de los seguros comerciales de bienes materiales. Este criterio de gestión no ha sido frecuente en los países latinoamericanos, donde se han administrado contratos de riesgo al menos desde la década del 70, aplicando sobre todo barreras burocráticas o de cobertura para limitar los gastos de los usuarios. Por otra parte, la vertiente de inversiones norteamericanas en los países de la Región, estuvieron en general orientadas a la compra de paquetes accionarios a través de fondos de inversión, antes que a trasladar enfoques gerenciales a las entidades adquiridas. Los rasgos comentados permiten concluir que, la modalidad americana de gestión, estaba orientada a *dimensionar* el comportamiento macroeconómico de los planes de salud y a evaluar su *viabilidad* financiera, vigilando la demanda actual para *predecir* el futuro inmediato. En cambio, los *contratos de riesgo* gestionados por algunos países latinoamericanos, privilegiaban las *normas operativas* para regular la *flexibilidad* de las *barreras* administrativas, a efectos de vigilar el balance de ingresos y gastos, con escasos instrumentos *predictivos* (Bertranou, 1999-2000).

Conviene detenerse en algunos rasgos comparativos del estilo americano de gestión, porque en los '90 tuvieron alguna influencia -más que una exportación comercial del modelo- en los países latinoamericanos, pero más aún en los países europeos. Un primer elemento fue la incorporación por parte de los HMO's de *gatekeepers* (médicos porteros), con el fin de regular la intervención de los especialistas y racionalizar los exámenes complementarios. Aunque existía como antecedente el *médico generalista* (*general practitioner*) del Servicio Nacional de Salud británico, el *gatekeeper* tenía la misión específica de restringir el gasto asistencial. Otros países latinoamericanos implementaron *médicos de cabecera*, como primera instancia de acceso a la red de servicios, pero estaban más inspirados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud que en la de *managed care*. Otro elemento fue la modalidad de arancelamiento iniciada en los '80, conocida como DRG (*diagnosis related groups*), que permitieron estimar el contenido en prestaciones de los diversos tratamientos, según la patología. Esta estructura del arancelamiento, basada en la codificación diagnóstica de la OMS, no se extendió en forma masiva a América Latina, salvo algunos casos aislados en instituciones de grandes dimensiones de distintos países. En cambio, fue adoptada por los países europeos, no sólo como un listado de aranceles modulares, sino también como un instrumento de gestión adecuado para uniformar y proyectar los gastos futuros.

Simultáneamente se los combinaba con *guías de atención clínica* (*practice o clinical guidelines*), con lo que se posibilitaba el monitoreo según normas de la atención prestada y se reducía la variabilidad de las conductas asistenciales. Pero detrás de esta tendencia, también se encontraba el anhelo *gerencial* de evitar por ejemplo, procedimientos diagnósticos no motivados por la necesidad de optar entre distintas alternativas terapéuticas. Es decir, *estandarizar* la conducta profesional bajo la guía de un *algoritmo* lógico que concentre más *evidencias* científicas, que las que un médico podría reunir individualmente. La eficacia de estas guías en el mejoramiento de la práctica asistencial, ha sido objeto de un prolongado debate y, en algunos países, forman parte de programas nacionales (Bastian, 1996; Baker-Feder, 1997; Cluzeau y col., 1999). Pero su tendencia a uniformar conductas y, a ubicar al equipo de salud como *operador* de esas actitudes uniformadas, también cuestionaba la propia *profesionalidad* del trabajo asistencial y la condición de *arte* de su ejercicio, aunque sea aplicando criterios científicamente definidos (Barousse, 2000). Se generaba así una sorda resistencia (Grol y col., 1998), cuando no una oposición franca de los médicos, para sujetar su actividad a la aplicación de guías. Las generaciones de médicos mayores las atribuían exclusivamente a la necesidad de reducir los gastos e incrementar la rentabilidad de los programas de salud (Roncoroni, 2000). Algunos descalificaban las guías considerando que estaban más preocupadas por uniformar prestaciones, que por sus presuntos fundamentos de *Medicina basada en evidencia* (Casalino, 1999). En cambio, generaciones más jóvenes, a menudo formadas en escuelas de Medicina estructuradas en la *educación por problemas*, se adaptaron más fácilmente a ejercer en base a guías, que buscaban reducir la variabilidad de las conductas asistenciales.

Tendencias en la reforma de algunos Sistemas de Salud

Una vez observados los nuevos enfoques en el análisis y evaluación de los Sistemas de Salud, predominantes a partir de la década del 90, es conveniente analizar algunos casos particulares, no sólo porque constituyeron modelos emblemáticos emulados por otros países, sino también porque las pautas de las reformas que instrumentaron, fueron luego aplicadas parcial o totalmente en otros casos, siguiendo los rasgos y tendencias propios de las circunstancias generales del momento.

En el **Reino Unido** a principios de los '90, se aplicó una medida de desregulación en hospitales, traslados en ambulancia y servicios ambulatorios. La medida consistía en posibilitar que los efectores que integraban la red de servicios de una zona geográfica circunscripta, tuvieran la oportunidad de constituir voluntariamente fideicomisos del *Nacional Health Service* (NHS), administrando sus recursos financieros con independencia del control de la autoridad sanitaria local. Si trasladamos los términos empleados en el apartado anterior, se trataba de gestionar un *contrato de riesgo*, administrando fondos fiduciarios *inextensibles* asignados por el NHS, para proveer a la demanda relativamente *elástica* de una población determinada. Como precedente conceptual de esta decisión, en 1989 se publicó el documento *Working for Patients*, que fundamentó la implementación en abril de 1991, de la propuesta de crear un mercado interno de administraciones locales, manteniendo el principio de financiación mediante impuestos generales y cobertura universal. Se buscaba por este medio, mejorar la organización y los mecanismos internos de retribución de los prestadores, a través de condiciones competitivas de funcionamiento. En los hospitales generales de agudos, la medida implicaba desdoblarse las funciones de contratación y prestación de servicios ya que, las autoridades sanitarias distritales o los administradores de fideicomisos, podían comprar ciertos servicios hospitalarios, y éstos a su vez, contratar otros prestadores según los costos más convenientes.

Asimismo, los médicos generalistas podían actuar como administradores de fondos (*fundholders*), comprando servicios en nombre de sus pacientes a través de contratos con los hospitales. La decisión final que debían adoptar los hospitales públicos, era asumir el riesgo de resignar la dependencia y el control de las autoridades sanitarias locales, a cambio de auto-administrarse en forma independiente y mantener el equilibrio de sus cuentas. Para continuar con el control unificado del sistema, la dirección del NHS se mantuvo a cargo de un Comité Ejecutivo, cuya misión era evaluar la gestión de las autoridades sanitarias regionales y los fideicomisos. A su vez, las autoridades sanitarias regionales tenían las funciones de asignar y supervisar los presupuestos de los respectivos distritos, suscribir contratos con los médicos y

decidir las inversiones en infraestructura. A las autoridades sanitarias de distrito, que reportaban a las regionales, les correspondía controlar a las directivos de los servicios ambulatorios y a los médicos de cabecera, que administraban fondos (Glennerster, 1998).

En términos de fuentes de recursos, en ese momento el NHS estaba financiado en un 79% por impuestos generales, en un 16% por contribuciones de trabajadores y empleadores y en un 5% por aranceles cobrados a los pacientes al utilizar los servicios, así como otros gastos. En relación al gasto global en salud, en 1989 el 12% correspondía a gasto privado, que estaba compuesto por un 70% de gastos directos de bolsillo y un 30% en concepto de seguros de salud privados. Los médicos generalistas (*general practitioners* o GP's) percibían un pago anual *por capitación*, según la cartera de pacientes asignados, así como pagos adicionales por prácticas y servicios especializados. Los pagos *per capita* estaban ponderados en 3 niveles, de acuerdo a la edad de los pacientes. En cambio, los médicos de los hospitales eran asalariados, pero -si no estaban comprometidos por acuerdos de dedicación exclusiva- podían atender en forma privada al margen del NHS. Por su parte, los médicos de familia que actuaban como *fundholders*, lograban mejorar la atención de los hospitales a sus pacientes, con lo que el resultado general de los fideicomisos parecía potenciar una mayor calidad y eficiencia en los servicios.

Durante las dos décadas anteriores, al igual que en la mayoría de los países, la participación del gasto en salud dentro el PBI aumentó progresivamente, y lo mismo siguió ocurriendo en los '90. Algunos datos pueden ilustrar esta tendencia: en 1970 era de 4,5%, en 1980 de 5,8% y 1991 de 6,6%. Este incremento era atribuible a factores inherentes al Sistema de Salud y a cambios en la estructura de la población. Debe recordarse que el NHS cubría a la totalidad de la población con servicios integrales, que en un 80% eran totalmente gratuitos. Sólo un 11% de los habitantes contrataban seguros privados, pero seguían siendo contribuyentes al sistema a través de los impuestos generales. En los '90 se incrementaron los precios relativos de los bienes y servicios, especialmente las remuneraciones de los profesionales. Por otro lado, la población mayor de 74 años, que en 1970 representaba el 3,7% del total, en 1991 había ascendido al 7,0%, fenómeno que fue notorio en todos los países europeos (López, 2005).

Aunque el NHS constituyó por varias décadas el modelo ideal de organización, para las generaciones de sanitaristas formadas en ese período, desde el punto de vista de sus resultados finales y de las necesidades de los usuarios, no estaba exento de críticas. El rendimiento de los nosocomios y de los médicos de familia, pese a depender del Estado y revistar en condiciones equivalentes, era variable debido a la ausencia de incentivos para mejorar la calidad y la eficiencia de la atención brindada. Asimismo, existía una excesiva centralización en la toma de decisiones, dejando un espacio reducido para las iniciativas a nivel local, así como para tener en cuenta la opinión de los pacientes. Como fue comentado en los Capítulos 4 y 7, debe tenerse en cuenta que la implementación del NHS, significó introducir una organización de absoluta dependencia estatal para proveer una Medicina socializada, en un país de tradición y cultura capitalista. De manera que tanto los hospitales como los profesionales, funcionaban con remuneraciones relativamente estables, con una actitud similar a la de empleados públicos y con escasos estímulos competitivos para mejorar. Por consiguiente, es razonable que las reformas del sistema encaradas a partir de la década del 90, estuvieran orientadas a promover la competencia y descentralizar la administración de los servicios. Por último, más allá del principio fundacional de universalidad de la cobertura, algunos observadores opinaban que el NHS no logró eliminar las diferencias entre las clases sociales respecto a su situación sanitaria.

En Alemania los cambios fueron sustanciales, no sólo por tendencias generales del campo de la Salud, sino -y principalmente- por el punto de inflexión determinado por la reunificación del país, tras la caída del Muro de Berlín. Desde la 2ª Guerra Mundial, Alemania Federal había mantenido básicamente la organización original de la Seguridad Social, con una distribución descentralizada de la gestión y provisión de servicios por parte de entidades no estatales; en cambio, en la **República Democrática Alemana** la administración del sistema se había centralizado, y tanto el financiamiento como la prestación de los servicios dependía de organismos estatales. Después de la unificación, se introdujeron una serie de reformas, especialmente en el sector oriental, que debió articularse con la estructura general de protección social del país.

En **Alemania Occidental** el seguro social de enfermedad era obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia y sus familias, hasta un determinado nivel de ingresos, pero estaba disponible para que adhirieran como voluntarios los que superaran ese límite. De modo que, el 75% de los trabajadores estaban comprendidos dentro del seguro en forma obligatoria y un 13 % adherían voluntariamente; es decir, que el 88% de la población tenía cobertura de la Seguridad Social. Además, un 2,6% de los habitantes eran beneficiarios de fondos caritativos o de asistencia social. El sistema dependía de un organismo estatal autárquico y autofinanciado, tutelado por un andamiaje jurídico de alcance nacional. Los prestadores del sistema eran todos los efectores asistenciales del país, tanto públicos como privados. Por otra parte, las asociaciones profesionales de médicos, ya sea los que revistaban en relación de dependencia en hospitales, como los que atendían en sus consultorios privados, participaban activamente en la organización directiva y contralor del sistema. Los fondos eran asignados a organizaciones sin fines de lucro, administradas por trabajadores y empleadores, que son los aportantes al sistema, además de las contribuciones del Estado. Como se dijo en el Capítulo 7, estas organizaciones se denominan *cajas de enfermedad* -o *krankenkassen*- y administraban los recursos y servicios, asumiendo el riesgo financiero de la gestión. El 1990 había 1.147 cajas de enfermedad distribuidas así: las de origen local cubrían al 40% de los trabajadores, las de origen federal el 27%, las de origen empresarial (para empresas de más de 450 empleados) el 12% y las gremiales y de mineros, otro 12%. Por otro lado, un 11% de los habitantes contaba con seguros privados, con planes ponderados según riesgo.

El financiamiento del sistema se solventaba con aportes de trabajadores y empleadores en forma igualitaria, como una alícuota del ingreso promedio de los miembros de cada caja, que era del orden del 13% del salario de bolsillo, con un paquete integral de beneficios asistenciales. Los discapacitados y jubilados, mantenían la cobertura de la caja a la que aportaron en la etapa activa. En términos de gasto global en salud, el sistema alemán se financiaba en un 21% con impuestos generales, en un 60% con la Seguridad Social obligatoria o voluntaria, el 7% mediante seguros privados y otro 7% de gasto directo de las familias. Las modalidades de pago eran variables, por capitación, por aranceles modulares o por prestación. Antes de la unificación, el gasto *per capita* era de US\$ 1.232 y pesaba un 8,2% en el PBI. De este monto general el 72% provenía del gasto público. En 1987 se modificaron los honorarios médicos, con el fin de jerarquizar a los médicos de familia respecto de los especialistas, pero después de la unificación -para garantizar servicios equitativos a toda la población- los médicos del sector oriental tuvieron que invertir en tecnología y contratar consultorios para la atención ambulatoria (López, 2005).

Cuando se unificó **Alemania**, una de las preocupaciones principales de las autoridades, fue la uniformidad y equidad del sistema de protección social, integrando las normas de ambos sectores políticos. El propósito era crear un sistema integrado, buscando equilibrar las diferencias financieras entre las diversas cajas, ya que las remuneraciones existentes en ambos sectores -antes de la caída del Muro de Berlín- eran muy diferentes. Desde 1993 se aplicaron medidas tendientes a promover la competencia entre las cajas, posibilitando la libertad de elección entre ellas y procurando un equilibrio entre los niveles de ingresos de los beneficiarios de las respectivas carteras, a fin de homogeneizar sus aportes. Desde el punto de vista macroeconómico, se pretendía impedir el aumento de las contribuciones a la Seguridad Social, dado que incrementarían el costo laboral, afectando la competitividad de los productos exportables. Del mismo modo, se evitaba aumentar los gastos en retribuciones a los prestadores, introduciendo copagos al utilizar los servicios, especialmente en medicamentos e internación. Por otra parte, con el fin de garantizar cierta equidad entre las cajas para los trabajadores de bajos ingresos, se estableció un paquete básico de beneficios. Debe tenerse en cuenta que, al igual que en muchos países de medianos y altos ingresos, Alemania tiene una sobreoferta de médicos y un déficit de personal de Enfermería. Como puede verse, las reformas implementadas tendían a introducir medidas pro-competitivas, siguiendo la tendencia general, pero en este caso tuvieron la particularidad de que se hizo especial hincapié en el manejo de patologías crónicas, mediante el empleo de guías de atención clínica y el monitoreo de pacientes, por parte de las cajas (Busse, 2004).

El debate sobre las reformas a introducir en el Sistema de Salud de **Estados Unidos** comenzó con la campaña electoral, que llevó a Bill Clinton a la Presidencia. Existían serios problemas generales, que ocupaban amplios espacios en diarios y revistas especializadas. Entre ellos, el alto costo del gasto global en salud, que a principios de los '90 alcanzaba al 14%

del PBI, y se esperaba que siguiera la tendencia incremental. Unos 45 millones de habitantes -alrededor del 18% de la población- carecían de todo tipo de cobertura. Por otra parte, los indicadores de salud y calidad de vida mostraban grandes disparidades raciales, entre blancos, negros y latinos. En ese momento existía dos grandes vertientes de propuestas: la creación de un Seguro Nacional de Salud, por un lado, o estimular la competencia entre los actores del sistema, a través de la atención gerenciada o *managed care*. La primera alternativa implicaba unificar los planes estatales ya existentes de Seguridad Social -*Medicare*, *Medicaid* y SCHIP- y extender la cobertura a toda la población, como en Canadá. La segunda, fue ampliamente comentada más arriba, porque no sólo se limitó al ámbito de EE.UU., sino que se extendió a otros países, como parte de una corriente internacional. Después de un prolongado debate parlamentario, predominó ésta última orientación (White, 2000).

Más allá de los aspectos relativos a las reformas pro-competitivas internacionales, su aplicación en EE.UU. partió de un enfoque estratégico, consistente en introducir reglas de competencia de mercado en las relaciones entre usuarios y prestadores, así como empleadores que actuaban como compradores de servicios. La clave estaba en incrementar el poder de negociación de los últimos, promoviendo su agrupamiento en entidades *promotoras* -ya fueran asociaciones de empleadores, cooperativas u organismos estatales-, que funcionaban en representación de un *pool* de suscriptores, con el fin de lograr la mejor relación costo-beneficio entre las primas de los seguros -que habitualmente eludían la competencia- y los beneficios ofrecidos. Se esperaba contener los costos ya que, al crecer el poder de negociación de los *promotores*, compensarían la fuerza de las compañías de seguros y de las HMO's, que evitaban reducir las primas y las retribuciones. El plan suponía un papel central para las empresas aseguradoras privadas y aspiraba a extender la cobertura a todos los habitantes, con lo que compensarían la limitación de costos con una extensión de la distribución de riesgos. Asimismo, se preveía la obligatoriedad de enrolarse en un *plan de salud*, a través de las citadas cooperativas o *alianzas regionales*, en las que podían participar prestadores. El inspirador teórico de esta propuesta fue Alain Enthoven (1991, 1997), pero no debe suponerse que quedó limitada a sus enunciados, ya que encajaba perfectamente con las ideas predominantes en el país en ese momento, respecto al camino viable para mejorar el sistema perfeccionando la competitividad del mercado.

Excepto los indocumentados, que estaban cubiertos por el *Medicaid*, en las *alianzas regionales* estarían cubiertos todos los habitantes. La cobertura no era ilimitada: siguiendo tendencias internacionales, se definía un *paquete básico de prestaciones*, que debía revisarse periódicamente. Con el fin de reducir el riesgo de sobre-utilización de los servicios, o actitudes especulativas por parte de los usuarios (*moral hazard*), así como posibilitar el equilibrio actuarial de las diversas coberturas (*trade off*), los planes podían prever participaciones del usuario en el gasto o *copagos*; asimismo los cambios de planes estaban limitados a una vez por año. Los proveedores de servicios (*providers*) -organizados como redes- actuaban como efectores de la respectiva *alianza*, de manera equivalente a como las HMO's lo hacían con el *Medicare*. Como garantía de los usuarios, los proveedores no podían rechazar beneficiarios, con el fin de seleccionar los menos propensos al consumo (*risk aversion*). De este modo el sistema funcionaría en condiciones de mercado, condicionados por normas que evitaran la descompensación de los beneficios a favor de una parte de los actores (Newhouse, 1996). Los médicos que ejercían en sus consultorios podían adherir a varios planes, mediante una contratación *por capitación*, pero estaban impedidos de reclamar cualquier tipo de pago al contado a los pacientes. En síntesis, la estrategia consistió en descentralizar la competencia hacia ámbitos regionales, a la vez que concentrar el poder de compra, con el fin de alentar que los proveedores -actuando en un mercado más circunscripto- se vieran compelidos a pugnar en términos de calidad y costos (López, 2005).

Un fenómeno importante en EE.UU. fue la incorporación de los conceptos de *protección de la salud* y *prevención de enfermedades*, basados en proyecciones epidemiológicas sobre los riesgos futuros de enfermar, así como en el abordaje de la atención médica en forma sistémica, interpretándolos como *redes* de servicios de salud (Goldstein, 1997). Estos criterios de protección y prevención, tendientes a contemplar las necesidades y expectativas de los usuarios, permiten entender mejor el clima reinante entre los grandes HMO's americanos a mediados de los '90. En septiembre de 1997, en Washington D.C., 5 grandes instituciones emitieron una declaración de *Principios para la Protección del Consumidor* (AARP & others, 1997). Los firmantes eran: la organización Kaiser Permanente, el *Group Health Cooperative of*

Puget Sound, la *American Association of Retired Persons, Families USA* (consumidores) y la *American Association of Health Plans* (entidad representativa de planes de salud). Los títulos de los principios abordados, que incluían párrafos conceptuales que explicaban el contenido de cada uno, eran los siguientes:

1. Accesibilidad a los servicios.
2. Elección de planes de salud.
3. Confidencialidad de la información de los planes de salud.
4. Continuidad de la atención médica.
5. Información a los consumidores.
6. Cobertura de emergencias.
7. Exclusión de cobertura por tratamientos experimentales.
8. Desarrollo de formularios terapéuticos.
9. Información de porcentajes erogados por cada plan (*loss ratio*).
10. Prohibición contra la discriminación.
11. Programas de defensa del usuario (*ombudsman*).
12. Cobertura fuera del área geográfica.
13. Medición del rendimiento y comunicación de datos.
14. Comunicación de los prestadores con los pacientes.
15. Acreditación de los prestadores.
16. Garantía de calidad.
17. Gestión de la demanda.

Como parte de este fenómeno y respuesta a principios de protección de los consumidores, se elaboraron instrumentos de evaluación de redes de servicios de salud. Por un lado, la institución tradicional de evaluación de hospitales, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) desarrolló un manual para acreditar redes, que contemplaba criterios de gestión equivalentes a los enumerados más arriba (JCAHO, 1996). Por otro lado, una entidad principalmente promovida por el *Medicaid*, el *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), elaboró diversos conjuntos de indicadores estadísticos -en sucesivas versiones perfeccionadas- que permitirían a los empleadores evaluar los diversos planes de salud, en base a datos cuantitativos de costo-efectividad. Los indicadores estaban orientados a los resultados asistenciales de las redes de prestadores ofrecidas por cada plan (NCQA a-b, 1996). Como vinculación extraterritorial con este fenómeno, conviene recordar que desde la década del 80, la OPS había acuñado la denominación de *Sistemas Locales de Salud* (SiLoS), para referirse a la integración de servicios públicos y privados, funcionando en *red* dentro de un área geográfica determinada, como *táctica* particular para aplicar en la Región la *estrategia* de Atención Primaria de la Salud (APS). Algunos SiLoS fueron luego patrocinados por la Fundación W. K. Kellogg, con la denominación de Proyectos UNI (*Una Nueva Iniciativa* en la Formación del Personal de Salud), constituidos por una universidad, una red de servicios de atención médica primaria y un conjunto de instituciones comunitarias (OPS, 1990).

Canadá -otro de los modelos emblemáticos por su equidad- también se vio en la necesidad de encarar cambios en el sistema. Desde las reformas iniciadas en 1958 en Saskatchewan por Tommy Douglas, la totalidad de las provincias habían ido incorporando sistemas de protección sanitaria equivalentes, por lo que se requería un ordenamiento general del sistema. De modo que en 1989 se sancionó la Ley Nacional de Salud, que tuvo el carácter de *ley marco* de ordenamiento general del Seguro Nacional de Salud (SNS). Establecía los siguientes criterios nucleares:

- Los programas del SNS debían ser administrados por entidades públicas o privadas sin fines de lucro, bajo control del respectivo Gobierno provincial (*administración pública*).
- La cobertura del SNS debía alcanzar a todos los servicios esenciales de atención médica, tanto ambulatorios como hospitalarios (*cobertura integral*).
- La cobertura del SNS se debía extender a la totalidad de los habitantes del país. Los residentes que no hubieran cumplido un período de carencia, sólo dispondrían de servicios de emergencia. Las Fuerzas Armadas y la Gendarmería Real tendrían regímenes especiales. Las personas encarceladas estarían a cargo del Estado (*cobertura universal*).
- Dado que los administradores del SNS eran los organismos provinciales, existiría un mecanismo de compensación -similar al *clearing* bancario- para las prestaciones efectuadas fuera del lugar de residencia (*compensación geográfica*).

- Sería responsabilidad de los regímenes provinciales facilitar la atención de los usuarios, financiar los servicios de salud y regular los mecanismos de retribución a los prestadores (*accesibilidad*).

Las funciones asignadas al Gobierno Federal eran las de determinar políticas generales, así como vigilar la evolución financiera de los organismos aseguradores provinciales, compensándolos mediante contribuciones de las rentas generales. Para cumplir esta función, las provincias debían brindar información periódica sobre el balance de ingresos y gastos, así como las normas operativas y estadísticas de utilización de los servicios. Las contribuciones federales debían ser difundidas por los organismos beneficiarios, del mismo modo que eventuales penalizaciones por facturaciones adicionales no contempladas en las normas. Las provincias con menores recursos productivos recibirían incentivos de *nivelación*, provenientes de las de mayores recursos. El SNS admitiría la existencia de seguros privados con coberturas adicionales, así como pagos de bolsillo para prestaciones no contempladas en las normas generales de cobertura. Estos seguros privados podrían competir en los mercados provinciales como beneficios complementarios, pero no podrían hacerlo con los beneficios de los programas públicos de protección.

Algunos datos cuantitativos pueden ilustrar la magnitud del sistema y la distribución de su financiamiento. En 1990 Canadá tenía un gasto global en salud de US\$ 53.741 millones, que implicaba un 9,5% del PBI y un gasto *per capita* de US\$ 2.017. Este gasto en salud se distribuía en un 70% como gasto público y un 30% como gasto privado. Este gasto público estaba compuesto por diferentes franjas de aseguramiento, como hospitalización, enfermedad, medicamentos y ciertos servicios odontológicos. En cambio, el gasto privado comprendía servicios adicionales de hotelería, atención profesional privada y pólizas de seguros privados. En términos de fuentes de financiamiento, el gasto en atención médica se sustentaba en alrededor de un 66% por impuestos generales, un 9% por contribuciones al seguro social, un 20% por pagos directos de bolsillo y un 3% por seguros privados. A diferencia de otros países, como EE.UU. y la Argentina que tenían una alta proporción de especialistas, los médicos del 1^{er} nivel de atención representaban el 63% de la población médica, y de éstos, el 80% eran médicos generalistas o de familia, con lo que mostraba en este sentido la influencia del Reino Unido (White, 2000).

La operatoria actual del sistema contempla que, tanto los hospitales públicos como los privados, obtengan su principal fuente de recursos del SNS. Para administrarlos, los establecimientos presentan ante cada ejercicio un presupuesto basado en la demanda estimada, gastos previstos de producción y crecimiento vegetativo de la población. Estos fondos se acreditan a cada institución, que cuenta con autonomía para administrarlos a lo largo del ejercicio. Al término del período, si la información sobre la gestión hospitalaria permitió fondos remanentes respecto al presupuesto asignado, se puede autorizar al hospital a disponer del saldo para nuevas inversiones o el desarrollo de proyectos. La mayor parte de los médicos que se desempeñan en hospitales son remunerados por salario. En cambio, los que atienden en sus consultorios son retribuidos mediante la modalidad de pago por prestación. Los valores se establecen por medio de un listado arancelario, que acuerdan las asociaciones profesionales y las respectivas autoridades provinciales. Sin que suponga una evaluación actuarial del equilibrio del sistema asegurador, cuenta con mecanismos destinados a contener los costos crecientes de la atención médica. Estos organismos están integrados por representantes federales, provinciales y de asociaciones profesionales. La accesibilidad del sistema es amplia: los usuarios deben presentar su tarjeta del seguro para acceder a los servicios, sin necesidad de ningún otro trámite administrativo; también pueden elegir libremente a los médicos o los establecimientos donde desean ser atendidos, en cualquier lugar del país, quedando la facturación a cargo del respectivo seguro provincial (López, 2005).

Para evaluar la inducción al gasto por parte de los prestadores, se emplean guías de atención clínica y estadísticas de consumo, de modo que los desvíos pueden ser sancionados con deducciones en la facturación y hasta suspensiones de matrícula. Las estadísticas establecen indicadores de utilización por cada tipo de prestación, que permiten detectar conductas abusivas y se extienden a todos los niveles asistenciales. Las guías posibilitan evaluar el proceso de atención, confrontándolo con normas sobre las patologías más frecuentes, tanto en lo relativo a sobre, como a sub-prestaciones. Canadá cuenta asimismo con un prestigioso sistema de evaluación de la calidad asistencial, a través del método de Acreditación Hospitalaria, originado en la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, que

en 1951 tenía jurisdicción sobre EE.UU. y Canadá. Esa función fue luego ejercida en forma separada, por el *Canadian Council of Health Services Accreditation* (CCHSA), que recientemente cambió su denominación por *Accreditation Canada*.

Otro caso interesante a considerar es el de **Chile**, donde actualmente conviven desde los '80 un subsistema público, administrado por el Estado, y otro privado. Hacia principios de este siglo, el subsistema público cubría al 62% de la población, en tanto que los componentes del subsistema privado -las Instituciones de Salud Previsional o ISaPre's- protegían al 31%. Siguiendo un rasgo común a otros países de América Latina, las Fuerzas Armadas tienen sus propios mecanismos de cobertura y constituyen el 4%. Hacia 2002 el país sufrió una importante crisis económica, que significó un marcado drenaje de beneficiarios de las ISaPre's, que ahora se está remontando. El subsistema público se sigue financiando con el Fondo de Nacional de Salud (FoNaSa), al que aportan todos los trabajadores formales, incluyendo a los beneficiarios del subsistema privado. De este modo, la cobertura del sistema tiende hacia la universalidad, dado que partió de un modelo equivalente al del NHS británico. Para aportar al FoNaSa, los habitantes están categorizados en 4 grupos de ingresos. Los indigentes y trabajadores no registrados tienen una cobertura total, exclusivamente mediante la red de establecimientos públicos, que está descentralizada en 27 regiones sanitarias. Las dos categorías siguientes tienen coberturas parciales, con distintos porcentajes de participación en el gasto para atención médica ambulatoria y en internación, partos, medicamentos, etc. En estos casos, según su nivel de aportes, pueden optar por los servicios públicos o por la modalidad denominada de *prestador preferido*, en la que tienen libertad para elegir servicios privados (Larrañaga, 2000).

Las organizaciones agrupadas bajo la denominación de ISaPre's tienen diversas características, en cuanto a sus orígenes institucionales, su naturaleza jurídica y sus planes de cobertura. Pueden originarse en instituciones preexistentes, para cubrir a una población determinada, o ser abiertas a todo tipo de asociados. Pueden ser sociedades comerciales, como las empresas de Medicina Prepaga, o sin fines de lucro. Pueden tener planes cerrados con prestadores de un listado propio, o abiertos con acceso a reintegros. Los planes pueden tener diferentes niveles, según el prestigio de los prestadores, condiciones de hotelería y restricciones a la utilización de servicios. Los que contratan planes de salud en ISaPre's, no están exentos de contribuir al FoNaSa, por lo que también adquieren derechos de cobertura financiados por el subsistema público. En la operatoria corriente funcionan como prepagos ya que, no cubren patologías preexistentes, tienen períodos de carencia y topes de consumo para algunos servicios. Este comportamiento configura una selección por riesgo, que se ve agravada por la posibilidad de que la ISaPre derive la cobertura de pacientes complejos hacia el FoNaSa, dado que los usuarios -en su calidad de contribuyentes- conservan derechos en ese sentido. En estos casos, el FoNaSa termina actuando con un reasegurador para patologías de baja incidencia y alto costo (Bitrán-Almarza, 2000).

De acuerdo a datos de la OPS, a comienzos de la década del 90, el gasto público en salud era del orden del 2,7% del PBI, mientras que el privado era de 1,9%, con tendencia al aumento. Considerando el gasto global en salud, entre 1990 y 1997 se incrementó en un 104%, sin embargo las reformas del Sector han sido objeto de amplios debates, por persistentes problemas de inequidad entre usuarios de ambos subsistemas, administración burocrática, insatisfactoria productividad y deficiente calidad de los servicios públicos. Veamos estos rasgos. El comportamiento del Estado, como regulador general del sistema y administrador del subsistema público, mantiene vicios comunes al resto de los países latinoamericanos. Si bien se han implementado medidas de descentralización administrativa, no se ha logrado una reforma de la burocracia tradicional que mejore la eficiencia de su funcionamiento. Por su parte, los gremios de los trabajadores estatales se han ocupado de la estabilidad laboral y el incremento de los ingresos, antes que de una mayor eficacia en los resultados administrativos de los servicios que recibe la población. En términos de equidad distributiva, la complementación entre los subsistemas ha mostrado problemas importantes: a) la población de menores recursos y mayor riesgo de enfermar es usuaria de los servicios públicos; b) los de mayores recursos y menor propensión al gasto, cuentan con cobertura privada; c) en tanto los servicios públicos están disponibles para toda la población, cumplen funciones compensadoras de los picos de demanda y de la atención de alta complejidad en los prestadores privados, y d) a través de los derechos adquiridos ante el FoNaSa, estos fondos actúan como un reasegurador. Pese a estos resguardos el subsistema privado mantuvo conductas de

restricciones al consumo, selección adversa, descreme de mercado (*cream skimming*) y derivación de riesgos hacia el Estado (Aedo, 2000; Wainer, 2000).

Debe rescatarse en Chile, sin embargo, una solidez institucional superior a la de otros países de la Región, para encarar el debate público y el trámite parlamentario de las reformas al sistema de salud. Estos atributos posibilitaron la implementación de una solución compleja, orientada a establecer condiciones de equidad asistencial entre los usuarios de los diferentes subsistemas y planes, teniendo en cuenta el nivel de ingresos de cada beneficiario, en base a un plan escalonado de coberturas progresivas. El proyecto se inició a mediados de 2002 como Régimen de Garantías de Salud o Plan AUGE (Acceso Universal y Garantías Explícitas). Se consolidó a mediados de 2005 con la sanción de la Ley 19.966, que contenía el AUGE y creaba la Superintendencia de Salud, con poder de regulación sobre el FoNaSa y las ISaPre's. De este modo, se concentró la capacidad de articulación del sistema de salud y el poder regulatorio del Estado, bajo un solo organismo con facultades para actuar en la operatoria de los servicios públicos y privados. Hasta mediados de 2006 se habían incorporado 40 garantías explícitas sobre patologías prioritarias, que comprendían los siguientes capítulos: a) el hombre; b) la mujer; c) el niño; d) el cáncer; e) las enfermedades crónicas; f) el adulto mayor; g) el corazón; h) la salud mental, e i) las urgencias (Gobierno de Chile, 2006). Cada uno de estos capítulos tiene un conjunto de patologías prioritarias y, a su vez, dentro de cada patología existen definiciones precisas sobre el nivel de gravedad para considerarse incluidas en las garantías (González, 2003). En 2008 las Garantías Explícitas en Salud (GES) comprendían a 56 problemas de salud o patologías, así como exámenes preventivos, y también contemplaba un capítulo de Salud Oral (Superintendencia de Salud, 2008).

Otros países latinoamericanos, como Brasil, Colombia y México, también encararon reformas muy importantes de sus respectivos sistemas de salud. Pero a diferencia de los comentados, se trata de modelos mixtos, donde coexisten aportes salariales a la Seguridad Social, fondos estatales que subsidian a la población carente de capacidad contributiva y aseguradores privados; asimismo, establecimientos asistenciales públicos, de la Seguridad Social y privados con o sin fines de lucro. Por consiguiente, el objetivo de esas reformas -a través de diferentes estrategias- estuvo orientado a articular todos los componentes de cada sistema en una organización unificada, que permitiera un acceso equitativo a los servicios de salud.

Rasgos relevantes en las reformas de los Sistemas de Salud

Desde principios de la década del 90, todos los países encararon reformas en la organización de sus respectivos sistemas de salud, en el marco de nuevas tendencias en las funciones administrativas del Estado y las políticas sociales. Estas reformas estuvieron orientadas por la necesidad de contener los costos de la atención médica y establecer limitaciones a los alcances de la cobertura asistencial, de manera de garantizar la sustentabilidad financiera de los sistemas. Como se vio al comienzo, las interpretaciones ideológicas acerca de los fundamentos de estas reformas fueron diversas. Algunas vertientes las interpretaron como de inspiración *neoliberal*, alentadas por los organismos multilaterales de crédito y definidas a partir del Consenso de Washington. Otras interpretaciones atribuyeron estas reformas, exclusivamente al agotamiento *del Estado de Bienestar* y a la necesidad de los países de acomodarse ante las nuevas condiciones de competitividad, derivadas de la *globalización*, promoviendo a su vez medidas *pro-competitivas* en los sectores sociales. El objetivo de este capítulo fue mostrar que ambas visiones compartieron el escenario, que sustentó los cambios internacionales observados en los sistemas de salud, y explicaron una parte de las causas que los motivaron.

Los propósitos comunes a esas estrategias de cambio pueden sintetizarse así:

1. Contención de los costos de la atención médica, racionalizando el gasto en salud a favor de las prestaciones más costo-efectivas y garantizando paquetes básicos de beneficios.
2. Estímulos a la competencia entre los actores, mediante nuevas modalidades de gestión de riesgos (*managed care*), que permitan restringir el gasto y normatizar los criterios de diagnóstico y tratamiento por cada patología.

3. Desdoblamiento de los componentes de cada sistema entre las funciones de prestación de servicios y las de financiación o aseguramiento, fortaleciendo la posición de ambas con el fin de optimizar las condiciones de contratación.
4. Diversificación de modelos organizativos, con participación competitiva de redes asistenciales públicas y privadas; asimismo combinación de fuentes de financiamiento provenientes de contribuciones salariales, de impuestos generales y gastos de bolsillo (Wagstaff, 2007).

Subyaciendo a las posiciones interpretativas mencionadas, está presente el debate acerca del predominio de las funciones distributivas del Estado, versus la acción del mercado como el más eficaz asignador de recursos, en un marco de *derrame* de riqueza proveniente de la acumulación de capital. Particularmente en el campo social, la capacidad del mercado para asignar recursos ha resultado insatisfactoria. Ningún sistema de salud ha alcanzado una configuración equitativa, sin la función de planificación y regulación del Estado. Como contrapartida, la intervención del Estado a través del gasto público social (GPS), no significa necesariamente una redistribución de recursos en sentido *progresivo*. Más allá de las intenciones de los funcionarios, a menudo los fondos asignados a financiar prestaciones sociales se agotan en la gestión burocrática, son objeto de corruptelas en los niveles intermedios o terminan beneficiando a los que menos los necesitan. De modo que el *impacto distributivo* del GPS debe ser objeto de permanente evaluación y monitoreo. En cuanto a la convivencia de diversos actores o modalidades de financiamiento dentro de un mismo sistema, todas las alternativas pueden dar resultados favorables, en tanto existan autoridades sanitarias con poder de decisión y regulación suficiente, como para compensar las ineficiencias, inequidades y abusos.

En última instancia, puede afirmarse que no existen modelos ideales. Aún aquellos que aparecieron como emblemáticos de una época, sufrieron posteriormente transformaciones, para adecuarse a nuevas tendencias históricas y a las crecientes necesidades de la población. A medida que se van conociendo medidas implementadas por los países, se van desvaneciendo los límites de los modelos arquetípicos. Las distancias entre los modelos de estirpe *bismarckiana* o *beveridgeana* se van acortando; unos y otros están buscando los mejores resultados, dentro de una disponibilidad de recursos limitada y sustentable.

Tendencias en un período de turbulenta estabilidad económica

Al igual que en el capítulo anterior, puede afirmarse que esta etapa de la Política Sanitaria argentina no comenzó con la década, sino con la crisis hiperinflacionaria desencadenada en la 1ª mitad 1989 -que determinó la renuncia del Presidente Raúl Alfonsín-, seguida por un nuevo episodio hiperinflacionario a mediados de 1990. El análisis se extiende hasta el momento actual, pero se concentrará la información en los años anteriores a la dramática debacle de fines 2001, ya que sobre los hechos posteriores -por su cercanía histórica- no se tiene la suficiente perspectiva para estudiarlos con amplitud. El título procura significar la ambigüedad política y económica del período, ya que se caracterizó por paridades cambiarias fijas y ciclos de crecimiento económico sostenido: entre 1991 y 2001 la paridad US\$ 1 = \$ 1; desde 2003 alrededor de US\$ 1 = \$ 3. Entre fines de 2001 y principios de 2002, una violenta crisis institucional derrumbó el Gobierno de Fernando De La Rúa, se congelaron los depósitos bancarios y se estableció una *pesificación asimétrica* que, según estimaciones de algunos economistas, implicó una expropiación del orden de los US\$ 20.000 millones sobre los bienes de la sociedad.

Antes de esa catástrofe, durante las Presidencias de Carlos Menem y Fernando De La Rúa, predominó la política económica delineada por Domingo Cavallo y el Plan de Convertibilidad iniciado en abril de 1991. Después de ese hito, durante las Presidencias de Eduardo Duhalde y Néstor Kichner, las líneas principales fueron definidas por Roberto Lavagna. En la década del 90 -y especialmente hasta 1998- se mantuvo un continuo crecimiento económico, pese a las crisis de endeudamiento que se produjeron sucesivamente en México, el Sudeste Asiático, Rusia y Turquía, y provocaron una marcada volatilidad de los mercados financieros internacionales. El endeudamiento general, en el que también participó la Argentina, evolucionó hasta la declaración del *default* en los últimos días de diciembre de 2001. Asimismo hacia fines de la década, la falta de liquidez determinó que muchas provincias emitieran bonos, canjeables -como medio de pago local- y denominados técnicamente *cuasi-monedas*, que contribuyeron a agravar la crisis institucional. Los primeros años del Siglo XXI, estuvieron signados por la nueva paridad, la re-negociación de la deuda externa -con una quita de las $\frac{3}{4}$ partes del capital adeudado- y el rescate de las *cuasi-monedas*. Al mismo tiempo, precios internacionales ampliamente favorables para los productos exportables argentinos, un crecimiento exponencial de la producción agropecuaria y un incremento de la producción industrial hasta colmar la capacidad instalada, determinaron desde 2003 una evolución del PBI a un promedio anual de 8%. Desde el punto de vista político estos años estuvieron lejos de ser estables, no sólo por los conflictos remanentes de la crisis de 2001-2002, que mantuvieron la *Emergencia Económica* hasta 2008 inclusive, sino también por la conducta para manejar las relaciones internacionales, que amplió los frentes de conflicto y estableció nuevas alianzas, cuya conveniencia fue discutible. En este marco, se dictó una *Emergencia Sanitaria* que rigió entre 2002 y 2006.

En la Introducción se propuso caracterizar al período iniciado a partir de la hiperinflación de 1989/90, como *Modelo pluralista de competencia regulada*. En realidad, la perspectiva histórica desde la que se estudia este momento no es suficientemente distante para confirmar este diagnóstico, pero diversos elementos de juicio que se verán a continuación permiten presumir que es acertado. Dentro del período se distinguen además dos etapas, como en el período anterior: la de *formación* y la de *institucionalización*.

- Período desde 1989/90 hasta la actualidad: *Modelo pluralista de competencia regulada*
 - o 1989/90 a 2001: etapa de *formación*
 - o 2001 a 2007: etapa de *institucionalización*

Como punto de partida, conviene resaltar el carácter *federal* de la organización constitucional del país. *Federalismo* que no es resultante de una división territorial con fines administrativos, sino de la *preexistencia* de las Provincias con respecto a la Nación, en el momento en que se sancionó la Constitución Nacional de 1853. Este factor permite explicar parcialmente la fragmentación institucional del Sistema de Salud. En segundo lugar, como queda evidenciado a través de la configuración del último modelo organizativo, vigente hasta la crisis de 1989/90, el carácter *pluralista* de los recursos de salud, determina la convivencia de

diferentes *subsectores*, que operan simultáneamente como proveedores de servicios, organizadores de la demanda o aseguradores y financiadores. Pero aún dentro de cada uno de ellos, se desenvuelven diferentes jurisdicciones, diversas organizaciones que compiten entre sí y una gran variedad de instituciones intermedias, que constituyen otros tantos factores de poder en la toma de decisiones. Por esta razón, para analizar integralmente el Sistema, será necesario estudiar la configuración de los distintos actores en las diversas funciones que cumplen y, al mismo tiempo, observar los cambios evolutivos que van ocurriendo en su interior. Este capítulo tendrá una estructura distinta a los anteriores, donde el aspecto central era la evolución histórica, ya que lo que aquí se describirá -más allá de los cambios parciales que se produjeron- representa la configuración actual del Sistema de Salud, analizada en sus componentes presentes. Por otra parte, en algunos casos, nos remontaremos a antecedentes del período anterior.

La enumeración siguiente, ordena los diferentes actores según la función que desempeñan en el Sector y las diversas instituciones que contienen. Esta distribución, a su vez, anticipa la secuencia con que serán tratados aquí.

- El Estado como regulador del sistema.
- Configuración de los prestadores de servicios de salud:
 - o los prestadores públicos;
 - o los prestadores privados.
- Configuración de la cobertura de servicios de salud:
 - o reconversión de las Obras Sociales;
 - o regulación de la Medicina Prepaga.
- Financiamiento del Sistema de Salud.

En todos los casos, se presentarán los datos macro-económicos disponibles, indicadores estadísticos, aspectos legislativos y conductas micro-económicas. En general, a efectos de facilitar la comprensión actual, y teniendo en cuenta que durante la mayor parte del período 1990-2001 rigió la paridad cambiaria US\$ 1 = \$ 1, los datos serán expresados en dólares, aunque las fuentes de donde provienen los expresaran en pesos de ese momento. En cambio, los datos posteriores a 2001 están disponibles en pesos, en general, dado que el tipo de cambio se fijó alrededor de US\$ 1 = \$ 3, como se comentó antes. Por otra parte, algunos fenómenos particulares serán intercalados con un enfoque especial, donde resulte pertinente a lo largo de la exposición, ya que no pueden ser exactamente encuadrados en la clasificación anterior, por ejemplo:

- Empleo creciente de financiamiento externo para proyectos del Sector;
- comportamiento de las inversiones extranjeras en el campo de la salud;
- la sobreoferta tecnológica como estrategia de diferenciación;
- la expansión de los *gerenciadores*.

1. El Estado como regulador del Sistema

Este apartado procura analizar la capacidad de conducción y de toma de decisiones, con que cuentan las autoridades sanitarias del Gobierno nacional y de las provincias. Actualmente se emplea el término *rectoría*, proveniente de la traducción de *stewardship*, para caracterizar esa aptitud para conducir el sistema. Pero aún admitiendo que el Sector Salud carece de autonomía, que ésta depende en gran medida de las decisiones del Gobierno y de la política económica, conviene discutir los factores inherentes al Sector que condicionan el desempeño de la autoridad sanitaria, así como la brecha entre las intenciones políticas y los resultados efectivos de la gestión. En síntesis, si como se propuso más arriba, el sistema se encamina hacia un *modelo de competencia regulada*, cuál será la capacidad de regulación del Estado.

1.1. Atribuciones de la autoridad sanitaria nacional

Como se dijo antes, el artículo 104 de la Constitución Nacional de 1853, consagraba la autonomía de las provincias respecto a la Nación, para administrar los asuntos relativos a la Salud, la Educación y otros aspectos no expresamente delegados al Gobierno Federal. Debe recordarse que esa autonomía fue ratificada en el art. 121 de la Reforma de 1994. La ciudad de Buenos Aires -en tanto Distrito Federal- mantiene la jurisdicción sanitaria del Gobierno

Nacional, pese a que desde 1994 debería transferirse al Gobierno de la Ciudad Autónoma. Por este motivo, el Ministerio de Salud de la Nación aún ejerce el poder de policía sanitaria sobre la ciudad y, en virtud de esta facultad, es la autoridad de aplicación de la Ley 17.132, que rige las *Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración*. La aplicación de esta Ley implica -entre otras- las siguientes funciones de regulación: a) la *matriculación* de todas las profesiones del campo de la salud, que autoriza a ejercer legalmente la actividad; b) la *certificación de especialidad* que permite a los profesionales autorizados a anunciarse como especialistas; c) la *certificación de ética profesional* que testifica la ausencia de denuncias por transgresiones a las normas legales, y d) la *habilitación de establecimientos y servicios asistenciales*.

Algunas provincias -en general las de menor desarrollo- adhieren a la Ley 17.132 por convenios específicos y, sus respectivos Ministerios de Salud, se encargan de aplicarla dentro de sus territorios. La mayor parte de ellas cuentan con leyes propias, que a veces coinciden con la Ley nacional, pero otras veces tienen marcadas diferencias o agregan reglamentaciones específicas a la legislación general. Sin la intención de recorrer el régimen legal de las Provincias, conviene señalar algunos casos a título de ejemplo, vigentes en 1992. En Córdoba regía la Ley 6.222 con diversas reglamentaciones. En Salta estaba vigente la Resolución Ministerial 1.720/81. Río Negro fiscalizaba mediante la Resolución Ministerial 340/87. En Santa Fe regía la Ley 9.847/84 y en Mendoza la Ley 5.532/88. Por último, en la Provincia de Buenos Aires, el instrumento de fiscalización era el Decreto 3.280/90. Sin embargo debe destacarse que, las funciones retenidas por los Ministerios provinciales, son las relativas a la *habilitación* e inspección de instituciones de salud ya que, en la mayoría de las provincias, la *matriculación* y la *certificación de especialidad* han sido delegadas por ley a entidades profesionales de naturaleza *deontológica*, genéricamente denominadas *colegios* (Otero, 1992).

La Reforma Constitucional de 1994, al consagrar la *autonomía* del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GACBA), estableció la necesidad de transferir el poder de fiscalización de los servicios de salud a la órbita de la autoridad sanitaria del Gobierno de la Ciudad. Esta transmisión del poder de policía sanitaria aún no se ha efectivizado, aunque ya fue aprobada la *Ley Básica de Salud* N° 153/99 y está reglamentada. Una vez que se cumpla esta transferencia de funciones, el Ministerio de Salud de la Nación quedará eximido de toda ingerencia en la fiscalización legal de los recursos de salud, salvo que nuevas normas establezcan una intervención arbitral ante conflictos entre jurisdicciones, o como instancia de apelación que exceda a la autoridad sanitaria provincial.

En lo relativo a la administración de servicios de salud, desde 1990 se sucedieron diferentes decisiones, que completaron su transferencia hacia los Estados Provinciales, continuando una tendencia que -con avances y detenciones- se venía desarrollando desde que, la Comisión Asesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1957, había aconsejado la descentralización de los hospitales. El mismo temperamento se tenía con la administración de los programas prioritarios -a los que en décadas anteriores se denominaba *verticales*- respecto a su manejo por las autoridades locales. Un documento de trabajo de la Secretaría de Salud en 1991 (Moreno, 1991), expresaba el propósito de las autoridades nacionales, de fortalecer su capacidad de asistencia técnica a las provincias y de concentrar sus esfuerzos en la planificación de los que denominaba *programas estratégicos* (materno-infantil, inmunizaciones, Chagas y SIDA). Por otra parte, el Decreto 1269/92 establecía las *Políticas Sustantivas e Instrumentales de la Secretaría de Salud*, que formalizaba la nueva distribución de funciones entre Nación y Provincias, aunque algunos autores las caracterizaron como *meramente indicativas* (Cetrángolo-Bisang, 1997). Finalmente, el Decreto 355/02, que reformó la Ley de Ministerios, definió las funciones actuales del Ministerio de Salud, señalando en su art. 4, entre sus atribuciones de coordinación y articulación, que debe “entender en la planificación global del Sector Salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales ..., con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social”.

A través de la Ley de Presupuesto N° 24.061, correspondiente al ejercicio 1992, se concretó la transferencia de los últimos hospitales públicos nacionales hacia las jurisdicciones en las que se asentaban. A partir de ese momento se eliminó del presupuesto de la Secretaría de Salud la partida destinada a servicios hospitalarios. De este modo, se transfirieron simultáneamente 11 hospitales al, en ese entonces, Municipio de la Ciudad de Buenos Aires, así como dos establecimientos de crónicos a la Provincia de Entre Ríos, que luego fueron desactivados. En

cambio no pudo aún ser resuelta, la transferencia a la Provincia de Buenos Aires, de un hospital general de agudos (Posadas), una colonia psiquiátrica (Montes de Oca) y una colonia para leprosos (Baldomero Sommer), que aún mantienen financiamiento conjunto nacional y provincial. Sólo quedaron en la jurisdicción nacional los institutos especializados, que pasaron luego a constituir la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), con sede en el Instituto Malbrán.

Cuadro N° 11.1: Proyección de la Finalidad Salud y partidas hospitalarias transferidas en el Presupuesto Nacional de 1992 (en millones de US\$).

Partidas Finalidad Salud	Organismos Centrales			Servicios Hospitalarios				Total Salud
	Ministerio SyAS (1)	Otros ministerios	Subtotal	Ciudad Bs.As.	Provinc. Bs.As.	Entre Ríos	Subtotal	
Monto (US\$)	484,6	156,8	641,4	68,0	40,2	2,5	110,7	752,1
Porcentaje	64,5	20,8	85,3	9,1	5,3	0,3	14,7	100,0

Fuente: elaboración propia.
(1) Ministerio de Salud y Acción Social

El Cuadro N° 11.1 muestra la magnitud relativa del presupuesto en Salud, entre los organismos centrales y los servicios hospitalarios transferidos. Esta transferencia se llevó a cabo en el marco de una estrategia tendiente a delegar en los Estados provinciales la función de prestación de servicios, ya que en el mismo acto administrativo se transfirieron los colegios secundarios dependientes del Ministerio de Educación. Comparativamente, conviene agregar que los US\$ 641,4 millones acreditados a los organismos centrales, correspondían al 3,56% del presupuesto global del Gobierno. De ese importe, alrededor de las $\frac{3}{4}$ partes debían ejecutarse a través del Ministerio de Salud y Acción Social (MSAS). Por consiguiente, si se sumaba la partida hospitalaria al presupuesto del MSAS, los hospitales pesaban casi $\frac{1}{5}$ parte de los créditos anteriormente asignados a ese Ministerio.

A partir de 1995, las funciones de *acción social* del Ministerio pasaron a la órbita de la Presidencia de la Nación, como Secretaría de Desarrollo Social y, desde diciembre de 1999, adquirieron jerarquía ministerial. Aunque dejó de intervenir en la administración de servicios de atención médica y de programas sociales, el Ministerio de Salud continúa teniendo una estructura similar a la que tenía antes de que se produjeran estos cambios. Según la Ley 25.401 del Presupuesto 2001, la Administración Central mantiene un plantel de personal de 3.760 agentes. La observación empírica y la experiencia personal muestran que, la mayor parte del personal, sólo está capacitada para circular expedientes y no está calificada para realizar tareas de planificación o asistencia técnica. Por otra parte, el conjunto de los organismos descentralizados suma otros 3.160 agentes (Congreso de la Nación, 2000).

Una parte de las funciones comprendidas dentro del *poder de policía sanitaria*, están concentradas desde 1992 en la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). La ANMAT es un ente descentralizado y autárquico -equivalente a la *Food and Drug Administration* (FDA) de los EE.UU.- que tiene a su cargo el contralor bromatológico de alimentos, la fiscalización del Código Alimentario, la autorización de nuevos productos farmacéuticos y la autorización de importaciones para dispositivos de uso médico. Sin embargo, una parte importante de las funciones de fiscalización de los respectivos mercados de estos productos -regulación de la competencia, control de precios, regulación de la producción, sanidad de productos agrarios- se encuentra en la órbita del Ministerio de Economía. Las tareas de investigación epidemiológica, producción de algunas vacunas y sueros, control de calidad de agentes antimicrobianos, de inmunizantes y diversas actividades docentes, corresponden a la ANLIS. Este organismo es otro ente descentralizado y autárquico, del que dependen los Institutos "Malbrán" (Microbiología), "Fátala Chavén" (Chagas), de Virología de Pergamino, "Jara" de Mar del Plata (Epidemiología) y "Coni" de Santa Fe (tuberculosis).

Las funciones de regulación del sistema de Obras Sociales, de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios de la Seguridad Social, corresponden a otro ente descentralizado y autárquico, la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), como autoridad de aplicación de las Leyes 23.660 y 23.661, dentro de la órbita del Ministerio de Salud. Las

atribuciones de la SSS, prevén asimismo la regulación del mercado de la Medicina Prepaga, pero por el momento -al no existir un régimen legal específico- estas funciones están a cargo de la Secretaría de Comercio. Otro organismo que, al igual que la SSS se financia a través del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) establecido por la Ley 23.661, es la Administración de Programas Especiales (APE), dependiente directamente del Ministerio, aunque comparte con la SSS el FSR. Su función es reintegrar a las Obras Sociales nacionales, los gastos erogados por ciertas patologías de baja incidencia y alto costo. Queda por considerar la fiscalización de las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART), que está a cargo de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SIRT), como autoridad de aplicación de la Ley 24.557, dependiente del Ministerio de Trabajo.

Los hechos comentados hasta aquí, permiten observar una progresiva transferencia de facultades desde la autoridad sanitaria nacional hacia las autoridades sanitarias provinciales, proceso que se viene concretando paulatinamente desde la década del 60. En las circunstancias actuales, esta delegación de atribuciones alcanza prácticamente a todos los aspectos ejecutivos y obliga a replantear la misión y funciones del Ministerio de Salud nacional. Pero las autoridades provinciales no actúan como bloque, tienen distintas necesidades y expectativas según su nivel de desarrollo sanitario, la composición de su población y los recursos de que disponen. Por otra parte, los organismos que ejercen las principales funciones que retiene el Ministerio nacional, tienen características administrativas de entes descentralizados y autárquicos y, en general, disponen de algunos fondos para autofinanciarse. Estos rasgos hacen presumir que, la capacidad de intervención del Ministro de Salud de la Nación, depende en gran medida de la capacidad de liderazgo personal del Ministro y del poder de convocatoria que logre entre los actores del Sistema.

1.2. El Consejo Federal de Salud (CoFeSa)

El ámbito natural en el que se reúnen las autoridades sanitarias provinciales con las nacionales, para concertar políticas y acciones, es el Consejo Federal de Salud (CoFeSa). La operatoria federal del Sistema de Salud argentino -ya comentada- determina la necesidad de concertación entre autoridades sanitarias, que pertenecen a los respectivos Poderes Ejecutivos de las jurisdicciones nacional y provinciales. Estos ámbitos exceden las previsiones constitucionales de concertación política entre la Nación y las provincias, que debería instrumentarse formalmente a través de las Cámaras del Congreso Nacional. Otros sectores contemplan organismos similares: en el campo educativo, el Consejo Federal de Educación (CFE), de histórica trayectoria en la adopción de políticas pedagógicas nacionales; en el campo de la Economía, el Consejo Federal de Inversiones (CFI), ha permitido estudiar y planificar proyectos productivos regionales.

Los orígenes del CoFeSa se remontan a las reuniones nacionales de autoridades sanitarias, organizadas durante el Gobierno militar del período 1966-73. En 1971, mediante el Decreto-Ley 19.717 se creó el Comité Federal de Salud, como parte del Consejo Federal de Bienestar Social (CoFeBiSo), cartera dentro de la que estaban comprendidas las acciones sanitarias. Durante el período 1974-76, las funciones de concertación inter-jurisdiccional se desarrollaron en el marco del Consejo Federal del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Tanto en el período de Gobierno militar mencionado, como en el de 1976-83, el marco *federal* de esta convocatoria, estuvo signado por el hecho de que las autoridades provinciales eran promovidas -o directamente designadas- por las nacionales. Recién en 1981 se creó formalmente el CoFeSa, mediante la Ley 22.373, que es la que actualmente rige el desempeño del organismo, dado que no hubo posteriores reglamentaciones ni normas adicionales. Sin perjuicio de las amplias funciones que le confiere la norma de creación, sus actividades no deben implicar "un aumento en los gastos a cargo del Tesoro Nacional" (Rodrigáñez R.-Tobar, 2003). Desde entonces, el CoFeSa no cuenta con recursos propios, no tiene personal oficialmente asignado, ni espacio físico propio. No figura en el Presupuesto Nacional; su Secretaría funciona en una oficina cedida por el Ministerio de Salud, atendida por administrativos de planta que se asignan a esta tarea. Sus decisiones no tienen carácter ejecutivo, sólo expresan acuerdos políticos entre autoridades de diferentes jurisdicciones, que deben ser ratificados por resoluciones ministeriales o decretos nacionales y, a su vez, reproducidos por actos resolutivos equivalentes de las Provincias.

Procurando fortalecer la capacidad decisoria del CoFeSa, la Secretaría de Salud promovió en octubre de 1991, junto con los Ministros y Subsecretarios de Salud de las Provincias, un documento destinado a establecer el punto de partida político, que respaldaría las acciones en

Salud del Gobierno Nacional (CoFeSa, 1991). En el mismo sentido, el Decreto 1.269/92 de *Políticas Sustantivas e Instrumentales de la Secretaría de Salud*, fue refrendado por las Provincias en el ámbito del CoFeSa. No sólo se celebraban por este medio acuerdos políticos entre las diferentes jurisdicciones, sino también se establecían los pasos iniciales para reconvertir los organismos de conducción sanitaria, en base a una redistribución de funciones: la autoridad sanitaria nacional delegando la administración directa de efectores, y asumiendo como funciones centrales las de *orientación política y asistencia técnica* y, en cambio, los ministerios provinciales adquiriendo la responsabilidad principal en la *administración de establecimientos públicos y de programas* de salud. Para llevar a cabo esta reconversión se emplearían de manera protagónica, recursos financieros provenientes de créditos internacionales, con destino específico al Sector Salud. Durante los últimos años -en 2004- en el CoFeSa se suscribió el Plan Federal de Salud, que luego fue avalado por la Presidencia de la Nación, por el que se establecieron metas escalonadas para todas las áreas de la Salud Pública, durante el período 2004-07. Fundamentadas en este instrumento de consenso político, se adoptaron la mayor parte de las decisiones nacionales en materia de Salud, a partir de ese momento (González G.-Tobar, 2004: 426-483). Pero, debido el cambio de Ministro desde diciembre de 2007, el Plan perdió impulso y no se renovaron sus metas.

Más allá de los hechos circunstanciales comentados, en la práctica el CoFeSa no constituyó más que el espacio de exposición de los planes de las autoridades nacionales ante las provinciales. En diversas oportunidades, la presentación de dichos planes generó documentos o declaraciones de adhesión, refrendados por sus integrantes, pero estos eventos -aunque significativos desde el punto de vista político- no generaron decisiones simultáneas y confluyentes de las respectivas jurisdicciones. En realidad, el factor aglutinante del carácter decisorio de los temas tratados en el CoFeSa, fue durante dos décadas las transferencias de fondos del Ministerio de Salud para apoyar programas de salud, denominados con la sigla PAS (Programas Asistidos en Salud), que alcanzaron diferentes magnitudes durante los '70 y '80 (Oviedo, 1991). A partir de 1991, se unificaron las vías de transferencia financiera entre la Nación y las provincias, a través de las respectivas carteras de Hacienda. De este modo se concentraron las vías federales de flujos de fondos y todas las remesas quedaron imputadas a los fondos *coparticipables*. Posteriormente, algunas decisiones parciales admitieron transferencias con fines específicos predeterminados en dinero o en especies (plan materno-infantil, vacunas, medicamentos, etc.), aunque siempre por medio del mismo conducto. En consecuencia, la puja distributiva federal dentro del Sector Salud, que se expresaba en el escenario del CoFeSa, se trasladó a las tensiones intersectoriales de los respectivos gabinetes de ministros provinciales.

En las condiciones actuales, la eficacia del organismo depende en gran medida de la capacidad de liderazgo del Ministro de Salud de la Nación, tal como se evidenció desde 2002. Pero, estructuralmente, está sujeta a la posibilidad de que funcione con recursos propios, asignados en base a los fondos coparticipables, tal como ocurre con el CFI (Ciácerá, 1988). En estas condiciones, el concierto de las autoridades sanitarias federales, constituiría además el punto de partida de inversiones, para investigar regionalmente en servicios de salud y calidad de vida de la población.

1.3. Modelos de administración descentralizada del Sistema de Salud

Las tendencias analizadas más arriba permiten concluir que, el centro de gravedad de las decisiones sanitarias, se fue desplazando paulatinamente desde el Estado nacional hacia los Estados provinciales, como predominaba durante las décadas del 50 y 60. Este desplazamiento no necesariamente significó una transferencia equivalente de poder, ya que estos últimos están fragmentados en 24 jurisdicciones. Sin embargo determinó expectativas de distinto tipo y, en diferentes circunstancias, proyectos para organizar Sistemas Provinciales de Salud. Por consiguiente, conviene revisar algunos modelos de administración descentralizada que, aunque en ningún caso lograron desembocar en el manejo provincial de todos los recursos y programas del Sistema, alcanzaron objetivos parciales y a veces resultados alentadores. Conviene aclarar que, en términos de un enfoque *sistémico*, el conjunto de recursos de un área geográfica determinada podría recibir la calificación de *sistema*, aunque no se cumplan mínimos requisitos de articulación entre sus componentes. Pero los proyectos que

aquí se mencionan, procuraron exceder el simple marco de la *convivencia* entre sus actores, con la intención de ampliar el poder de decisión sobre la realidad sanitaria de la población.

Comencemos por definir que, para caracterizar a la estructura de recursos asistenciales de cierta jurisdicción como un sistema, deberían considerarse al menos las siguientes condiciones de la autoridad sanitaria provincial:

- Capacidad para administrar los establecimientos y programas públicos de su territorio.
- Capacidad para entender en la administración de la Obra Social provincial.
- Identificación y distribución de la población carente de capacidad contributiva y/o beneficiaria de planes sociales.
- Capacidad para intervenir entre las asociaciones de prestadores y las delegaciones locales del PAMI.
- Capacidad para intervenir entre las asociaciones de prestadores y las delegaciones locales de Obras Sociales nacionales.

Según los rasgos que predominaron en cada caso, pueden caracterizarse *modelos* de gestión provincial descentralizada y agrupar algunos a título de ejemplo. A efectos de facilitar su comparación y aunque resulte extenso, conviene presentarlos bajo el formato de un cuadro, en el que se describen los tipos de modelo, las medidas que se llevaron a cabo para ponerlos en funcionamiento, cuáles fueron los objetivos que las guiaban y las dificultades que encontraron.

Cuadro N° 11.2: Tipificación de algunos modelos de gestión provincial descentralizada.

Provincias y período	Tipo de modelo	Acciones ejecutadas	Objetivos a la implementación	Dificultades de implementación
Río Negro (desde fines de los '60). Tucumán (desde principios de los '70). Aún vigentes.	Autarquía administrativa del subsistema público de servicios de salud.	Consejo Provincial de Salud en Río Negro. Sistema Provincial de Salud (SiProSa) en Tucumán. Entes descentralizados y autárquicos.	Facilitar la incorporación de fuentes alternativas de financiamiento. Facturación de prestaciones a la Seguridad Social. Participación de entidades representativas de los prestadores en la conducción del sistema.	Limitaciones en la capacidad de gestión del área de Salud, para instrumentar una efectiva descentralización hospitalaria. Asociaciones de prestadores, más preocupadas por su relación con las Obras Sociales, que por la marcha del subsector público. Obras Sociales nacionales orientadas preferentemente hacia los prestadores privados, antes que los públicos.
Neuquén (desde principios de los '70). Aún vigente.	Hegemonía del subsector público de servicios de salud, con énfasis en el 1 ^{er} nivel y atención pública integral.	Fuerte respaldo político del Gobernador y apoyo del Gobierno nacional al <i>polo de desarrollo Comahue</i> . Organizar y ampliar la red de establecimientos públicos, con un fuerte énfasis en	Formación y desarrollo de médicos generalistas, trabajando con exclusividad en el sistema público. Zonas geográficas apartadas e inaccesibles, fueron incluidas en un programa de seguimiento	La hegemonía <i>pública</i> determinó un desenvolvimiento paralelo del subsector privado y de las Obras Sociales nacionales asociadas, sin vasos <i>comunicantes</i> con los servicios estatales. Esta <i>coexistencia pacífica</i> entre los subsectores, se tornó conflictiva a partir de

		las acciones preventivas y el 1 ^{er} nivel de atención.	preventivo, con un marcado acento en los grupos vulnerables, especialmente en el materno-infantil. Logró reducir las tasas de mortalidad, hasta niveles inferiores al promedio nacional. Fortaleció la capacidad de planificación y gestión de la Subsecretaría de Salud, manteniendo la centralización administrativa de los hospitales públicos y ampliando la red de centros de salud.	1987 (1).
Municipalidad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires (desde fines de los '70). Aún vigentes.	Inserción de los servicios públicos como prestadores de la Seguridad Social, empleando aranceles modulares.	La Municipalidad de Buenos Aires desarrolló un Nomenclador de aranceles <i>globalizados</i> o modulares, con los mismos códigos del Nomenclador Nacional (NN), incluyendo en un único arancel todas las prestaciones de cada práctica u operación. La Provincia de Buenos Aires implementó su Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO), empleando un Nomenclador similar (2).	El NN actualizado y establecido en 1977, había adquirido un formidable poder ordenador de los aranceles, e incluso regulador de las inversiones en servicios y equipos de salud. La intención de los Nomencladores <i>globalizados</i> era dotar a los hospitales de una pauta simplificada para facturar a las Obras Sociales. Evitar el subsidio indirecto de los hospitales públicos hacia las prestatarias. Los fondos facturados, constituirían fuentes alternativas de financiamiento de los hospitales, diferentes del presupuesto de cada jurisdicción.	Mantuvieron la centralización de la recaudación, con la posterior distribución de lo recaudado entre los nosocomios. La facturación no derivó en una mayor autonomía ejecutiva de los hospitales, ni en una más eficiente gestión.
Mendoza y Santa Fe (a mediados de	Concertación entre los actores,	El Ministerio de Salud de Santa Fe impulsó el	Amplia convocatoria a los representantes de asociaciones de	Ambos proyectos resultaron inviables, debido a la negativa

los '80). Existencia transitoria.	articulada por la autoridad sanitaria provincial.	<i>Modelo Provincial de Salud</i> (3). El Ministerio de Bienestar Social de Mendoza, promovió la firma de un documento denominado <i>Mendoza-Salud: Documento Matriz</i> (4).	prestadores, Obras Sociales nacionales, mutuales y otras entidades significativas del Sector. Comprometer a las organizaciones sindicales y a las corporaciones de prestadores, en la constitución de un ámbito de negociación, que concertara la integración de las redes de servicios provinciales, a partir de un <i>documento marco</i> , fijando reglas de juego comunes y estableciendo la naturaleza y las funciones de cada protagonista.	de las Obras Sociales nacionales, a delegar en una autoridad local resortes decisivos retenidos a nivel nacional. Sin la capacidad de actuar sobre las entidades nacionales actuantes en el territorio provincial, las autoridades locales no amplían su capacidad de regulación del Sector.
Provincia de Buenos Aires (a fines de los '90). Aún vigente. Río Negro y Salta (5).	Seguro Provincial de Salud.	Acuerdo entre Fundación Favalaro y el Gobierno provincial, otorgándole ingerencia en la Obra Social provincial (IOMA - Instituto de Obra Médico-Asistencial). Creación de un organismo descentralizado y autárquico dependiente del Estado provincial (CoReS - Consorcio Región Sanitaria). Creación del Seguro Público de Salud (SPS) en 2000, destinado a la población sin cobertura dentro del territorio provincial.	Formulada a principios de 1998, procuró impulsar un seguro de salud para la Provincia de Buenos Aires, en base al modelo canadiense, que se proponía para nuestro país desde tiempo atrás (6). El Gobierno provincial acordó desde 1997 con el PAMI, hacerse cargo de la administración de la red de prestadores públicos y privados que atendían a sus beneficiarios, mediante un convenio por capitación, con pago a los prestadores por aranceles <i>modulares</i> . Con esta finalidad se creó el CoReS, que tenía a su cargo el gerenciamiento de los servicios de	Dificultad para financiar con fondos adicionales la cobertura de la población carente de capacidad contributiva, que en el Gran Buenos Aires alcanza una gran magnitud. Ausencia de un plan de reasignación paulatina de recursos destinados a financiar la red pública de servicios de salud. Insuficiente experiencia en la gestión de contratos de riesgo, por parte de funcionarios públicos actuantes en el CoReS. Dificultad para integrar y consolidar técnicamente los padrones de beneficiarios del SPS.

			salud del PAMI. La primera base de datos del SPS provino del registro de <i>agentes sociales</i>, denominado “manzaneras”, impulsado por el Gobierno provincial. Luego se incorporaron otros padrones de beneficiarios, como los de planes <i>trabajar y jefes y jefas de hogar</i>.	
--	--	--	---	--

Fuente: elaboración propia.

Referencias bibliográficas: 1) Gorosito-Heller, 1993; 2) Ustarán V., 1978; 3) Dall' Aglio, 1987; 4) MBS-M, 1987; 5) Belmartino, 1999: 276; 6) Favaloro, 1991.

Es pertinente extenderse un poco en los antecedentes del Seguro Público de Salud (SPS) de la Provincia de Buenos Aires, por ser el modelo más reciente. En realidad, el modelo de gestión implementado por el CoReS, provenía de la experiencia de una empresa constituida entre 1995 y 1997 por asociaciones de prestadores (FeCliBa y FeMeBa³⁶), denominada Equisal S.A., que tuvo a su cargo el gerenciamiento de prestadores públicos y privados del PAMI. El modelo se basaba en presupuestos mensuales “base 0” o autorregulados, con un marcado incentivo a los médicos generalistas y mecanismos de autocontención del gasto, que posibilitaban la viabilidad económica de la extensa red (Arce, 2000). El SPS se implementó en 2000, destinado a la población sin cobertura dentro del territorio provincial, con el fin de posibilitar su acceso a la red de servicios administrada por el CoReS, a las familias carenciadas y sin cobertura sanitaria. Como antecedente, vale la pena recordar que entre 1984 y 1987 se había instrumentado el *Convenio Provincial*, mediante el cual se brindó la cobertura del IOMA a los beneficiarios de *Cajas PAN*. Como resultado de dicho plan, se produjo un grave déficit financiero en el IOMA.

En la actualidad, aunque los fondos del SPS son cargados al Gasto Público Social (GPS) de la jurisdicción, la sustentabilidad del sistema está comprometida, porque no proviene de la reasignación de otras partidas del GPS, en un Estado provincial que está seriamente endeudado. Por otra parte, el manejo por el CoReS de la atención de la totalidad de los beneficiarios del PAMI fue fragmentado, otorgándose segmentos de esa población a otros gerenciadore, que están vinculados a organizaciones corporativas provinciales. Si se tomaran las decisiones políticas necesarias, para concentrar las áreas de competencia mencionadas en la órbita provincial, la Provincia de Buenos Aires podría reunir condiciones para constituir un Seguro Provincial de Salud: a) controlando los establecimientos públicos y el IOMA; b) a través del CoReS, si predomina la voluntad política de gerenciar la atención de todos los beneficiarios del PAMI, en una amplia red de nosocomios públicos y privados, y c) por medio del SPS, controlando la cobertura de los carenciados.

Tras haber *tipificado* históricamente diversas iniciativas, tendientes a articular los recursos de salud y fortalecer la concentración del poder de decisión en la órbita provincial, corresponde ahora -partiendo de esas experiencias- extraer algunas conclusiones acerca de las condiciones que se requieren, para alcanzar un Sistema de Salud conducido desde el Gobierno provincial. Una incipiente *taxonomía*, debería enumerar una serie de condiciones mínimas necesarias para suponer que, cierta organización de recursos y acciones provinciales, constituye un *sistema* viable. Es decir, que concentra el control de los medios y las actividades asistenciales, que se realizan en el territorio provincial y cuenta con las diversas fuentes de financiamiento, de modo de posibilitar la cobertura de la totalidad de la población (Arce, 2003):

³⁶ FeCliBa: Federación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Buenos Aires. FeMeBa: Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.

- a) Administración descentralizada de los establecimientos públicos: con capacidad para ejecutar sus respectivos presupuestos y los recursos que recaudan, planificar sus inversiones y articularse en redes con los servicios privados.
- b) Capacidad de orientar la gestión de la Obra Social provincial: dado que es la principal compradora de servicios puede influir en el comportamiento de la red de prestadores, incentivando criterios de calidad y orientando la conducta prescriptiva.
- c) Reasignación del subsidio a la oferta hacia el subsidio a la demanda: si se implementa la cobertura de los carenciados mediante un seguro estatal, todos los usuarios de servicios públicos contarían con alguna cobertura, con lo que una parte del presupuesto de sostenimiento de los hospitales debería asignarse a dicho seguro.
- d) Cobertura de la población carente de capacidad contributiva: implica identificar y cubrir a la población sin cobertura, con financiamiento estatal específico y accesibilidad a la red provincial de servicios públicos y privados.
- e) Administración de la red de servicios de los beneficiarios del PAMI: la descentralización de la administración del PAMI, proporcionaría otro instrumento de regulación de los prestadores ya que, junto a la Obra Social provincial, concentraría la mayor parte del financiamiento del sistema.

1.4. Financiamiento externo de los planes del Estado Nacional

Este fenómeno es relativamente nuevo, dado que se inició en forma sistemática a mediados de la década del 80 y se extendió hasta el presente, contribuyendo significativamente al incremento de la deuda externa, sin perjuicio de otros apoyos eventuales que se lograron en décadas anteriores. Entre sus causales pueden reconocerse diversos factores determinantes. Desde el punto de vista externo, el Banco Mundial (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento - BIRF) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), revisaron las prioridades del destino de sus inversiones, incluyendo entre esas prioridades a los sectores sociales. Con esta finalidad, iniciaron las primeras gestiones en la década del 80, para coordinar los objetivos con que orientarían sus préstamos, y suscribieron un documento de intención, con la intervención técnica de la oficina central de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por otra parte, en la carta de intención que el país suscribió con el Fondo Monetario Internacional (FMI), firmada a principios de 1992, como marco para la renegociación de la deuda externa, se incluyeron aspectos de la reforma del Sector Salud, como la llamada *desregulación* de Obras Sociales y la participación de la Medicina Prepaga en la Seguridad Social, que fueron ratificados en 2000.

Desde el ángulo nacional, coincidieron varias circunstancias. Por un lado, la paulatina disminución relativa de la participación del Ministerio de Salud de la Nación en el gasto público en salud, desde fines de la década del 50, así como la transferencia de los últimos hospitales de la órbita nacional a sus respectivas jurisdicciones, a partir de la Ley de Presupuesto de 1992. En segundo lugar, la unificación de las transferencias del Estado nacional hacia los Estados provinciales, a través de las respectivas carteras de Hacienda, instrumentada a principios de 1991, y la consecuente desaparición de las transferencias entre las carteras de salud. En las circunstancias descritas, para el Ministerio nacional implicaba ganar liderazgo a través de la supervisión y orientación de fondos provenientes del financiamiento externo, con destino a organismos nacionales y provinciales, constituyendo un medio para fortalecer sus propósitos de intervención en el Sistema.

Por otra parte, las escalas retributivas admitidas por los préstamos, son superiores a las del escalafón del personal de línea del Ministerio, de manera que permiten incorporar personal técnico altamente calificado que, aunque formalmente esté asignado a tareas inherentes a las acordadas en los préstamos, contribuyen y refuerzan las actividades del plantel permanente, de baja calificación y acostumbrado a tareas rutinarias. De este modo, cada nueva gestión ministerial acudía a la designación por este medio de personal calificado, para elaborar los estudios y documentos técnicos que la gestión requiere, eludiendo la herencia recibida de numerosos agentes con estabilidad laboral, apenas capacitados para circular expedientes. Por último, en la dinámica administrativa del Poder Ejecutivo Nacional (PEN), los trámites administrativos que implican erogaciones y son girados a la Secretaría de Hacienda, suelen recibir una respuesta más expeditiva cuando los pedidos están vinculados a compromisos externos, que cuando derivan de partidas corrientes del presupuesto nacional.

Al igual que con los modelos provinciales de salud, resulta conveniente presentarlos como un cuadro, a fin de facilitar el resumen de los datos principales de los préstamos gestionados durante el período en estudio, incluyendo -cuando fue posible disponer de los datos- los montos comprometidos en concepto de contrapartida nacional y/o provincial. También es apropiado agregar, con carácter ilustrativo, algunos créditos gestionados a partir de principios de 2002, o reasignaciones de préstamos anteriores, en razón de la Ley de Emergencia Sanitaria.

Cuadro N° 11.3: Préstamos de Organismos Internacionales de Crédito al Sector Salud (en millones de dólares).

Banco	N°	Denominación y fecha	Destino	Desembolso	Contraparte
BID	516	Programa de Rehabilitación de la Infraestructura en Salud. Iniciado en 1985, fue reformulado en enero/91 y concluido en diciembre/96.	Originalmente para 11 hospitales de "recambio" de 300 camas, en base a un modelo único, y al <i>fortalecimiento institucional</i> de las respectivas áreas, en el marco del Seguro Nacional de Salud. Al reformularse se ejecutaron 4 hospitales en Salta, Chaco, Neuquén y Córdoba (812 camas). Incluyó 40 centros de salud donados por el BID. Un componente de <i>asistencia técnica</i> dio origen al Proyecto BID AR120.	45,0	62,0 (1)
BIRF	2984	Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales (PRONATASS). Diversas reformulaciones desde 1988, concluido en junio/94.	Originalmente 4 áreas: desarrollo de los recursos humanos, red de información en salud, descentralización hospitalaria y programa materno-infantil (mapa de grupos de riesgo por consultores de UNICEF en 1991). En sucesivas reformulaciones se orientó a Hospitales Públicos de Autogestión, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología, Programa Nacional de Garantía de Calidad, implementación de bases de datos para las provincias y diversas actividades de capacitación.	28,0	20,0 (e)
BIRF	3643	Programa Materno-Infantil y Nutricional (PROMIN I). Agosto/93.	Correspondiente al tramo de <i>inversiones</i> del estudio de grupos de riesgo efectuado con el Préstamo 2984. Asistencia social y alimentaria a embarazadas y niños menores de 6 años en población con NBI (2) en 7 provincias.	100,0	60,0
BIRF	4164	Programa Materno-Infantil y Nutricional (PROMIN II). Septiembre/97.	Control sanitario y asistencia alimentaria a embarazadas y niños menores de 6 años en 25 áreas seleccionadas.	100,0	71,0 (3)
BIRF	3931	Programa de Reforma del Sector Provincial Salud (PRESSAL). Enero/96.	Asistencia técnica e inversiones para el desarrollo del modelo de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). Experiencia piloto en 15 hospitales: 5 de la Ciudad de Buenos Aires, 5 de la Provincia de Buenos Aires y 5 de Mendoza.	101,4	43,3

BID BIRF	619 3280	Programa de Saneamiento Financiero y Desarrollo Económico de las Provincias Argentinas (Provincias I y II, Ministerio del Interior).	Santiago del Estero, Río Negro, Formosa y Salta lo destinaron a recursos de salud. Se distribuyó según las alícuotas de coparticipación federal.	53,5 (e)	23,4 (e)
BIRF	4002	Programa de Reconversión de Obras Sociales e INSSJP (4) (PROS I). Abril/96.	Reconvertir la administración de Obras Sociales y resolver deudas por un 50 % de lo devengado: US\$ 100 millones a 30 Obras Sociales seleccionadas y 150 al PAMI (4).	250,0	275,0 (e)
BIRF	4003	Programa de Reconversión de Obras Sociales e INSSJP (PROS II). Abril/96.	Reconvertir la administración de Obras Sociales y resolver deudas por un 50 % de lo devengado: US\$ 50 millones destinados a 30 Obras Sociales seleccionadas y 50 al PAMI.	100,0	125,0 (e)
BIRF	4004	Programa de Reconversión de Obras Sociales e INSSJP (PROS III). Abril/96.	Reconvertir la administración de Obras Sociales y resolver deudas por un 50 % de lo devengado.	25,0	5,0 (e)
BID	1193	Proviene de la reformulación del Proyecto AR120 elaborado en el marco del Préstamo 516. Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS). Agosto/99.	El Proyecto AR120 estaba destinado a políticas y estrategias de salud, análisis del parque tecnológico, saneamiento básico rural, educación para la salud e institutos y laboratorios nacionales. Al reformularse se orientó al desarrollo de médicos de cabecera y servicios de atención médica primaria, actualmente limitado a Salta, La Pampa y Córdoba. Durante la Emergencia Sanitaria de 2002, una parte fue reasignada al Programa Remediar.	100,0	77,0
BIRF	4168	Programa LUSIDA. Septiembre/97.	Proyecto de prevención, control, asistencia e investigación del SIDA y enfermedades de transmisión sexual.	15,0	15,0
BIRF	4516	Programa VIGI-A. Octubre/00.	Vigilancia epidemiológica de la salud, organización de red nacional de laboratorios y control de enfermedades transmisibles.	52,5	22,5
BID- BIRF	Todo s los prést amos	Subtotal del período comprendido entre julio de 1989 y diciembre de 2001, inclusive.	Todos los conceptos ejecutados.	970,4	799,2

Fuente: elaboración propia en base a información de los Ministerios de Economía y Salud, y las representaciones locales de BID y BIRF.

(1) US\$ 17 millones a cargo de Nación y 45 a cargo de las Provincias.

(2) NBI: necesidades básicas insatisfechas.

(3) US\$ 50 millones a cargo de Nación y 21 a cargo de las Provincias.

(4) INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. PAMI: Programa de Asistencia Médica Integral del INSSJP, que ocupa en el lenguaje corriente la denominación del Instituto.

(e) Estimativo.

Con posterioridad al período estudiado, en función de la Emergencia Sanitaria declarada en 2002, se reasignaron fondos del BIRF provenientes de otras áreas de Gobierno a los Programas VIGI-A y PROMIN II, por un total de US\$ 140 millones. Asimismo, se gestionó el crédito del BIRF 7199, sobre Ajuste Sectorial para Apoyar las Actividades del Seguro Materno-Infantil, por un desembolso del orden de los US\$ 750 millones.

Para hacer una estimación grosera del peso que han tenido los recursos provenientes del financiamiento externo al Sector Salud, debe tener en cuenta que el Ministerio de Salud de la Nación es quien actuó como gestor y principal contraparte local, en la tramitación y administración de los respectivos convenios, aunque la totalidad de los fondos en concepto de contraparte no fueran aportados por el Presupuesto Nacional. Pero seguramente las participaciones provinciales, fueron deducidas de transferencias coparticipables del Tesoro Nacional. Los datos exhibidos en el cuadro precedente, suman US\$ 1.769,6 millones, entre desembolsos de los bancos y contrapartidas locales. Haciendo un ejercicio simple, que arbitrariamente suponga que los fondos hayan sido equitativamente asignados, durante los 12 años del período 1989 a 2001, correspondería un promedio de unos US\$ 147,5 millones anuales. El peso de ese monto es significativo, comparado con la participación de la jurisdicción estatal nacional en el gasto en Salud, que promedió la ejecución de entre US\$ 600 y 700 millones en el mismo período (2 a 3% del gasto global del Sector). Además, Salud habría contribuido con US\$ 970,4 millones, a la deuda externa del país acumulada en ese período.

El desempeño del Ministerio de Salud en la utilización de estos recursos externos no ha sido satisfactorio. En primera instancia, por los reiterados relevos de funcionarios que determinaron sucesivas reformulaciones; en segundo lugar, por un inadecuado empleo de estos recursos, asignándolos con frecuencia a personal insuficientemente capacitado, o a actividades que deberían ser realizadas por personal de línea. Por último, por una deficiente formulación de políticas y objetivos, que encuadren de manera pertinente recursos de carácter extraordinario.

También hay que señalar la significación que, las remesas *externas* de fondos, tienen para los funcionarios del Sector Salud de cualquier jurisdicción. Los recursos presupuestarios se asignan en más del 80% al pago de sueldos al personal y, las inversiones en bienes y servicios, están predeterminadas a destinos difícilmente modificables. De modo que la capacidad de innovación de los niveles decisorios, está fuertemente acotada por presupuestos históricos poco flexibles. Además, en la práctica corriente, la liberación de las partidas presupuestarias debe ser gestionada ante el organismo de Hacienda de la respectiva jurisdicción, que asigna los créditos en función de su disponibilidad de caja. Por consiguiente, los *fondos externos* -cuyo destino está previamente comprometido- proporcionan al funcionario de Salud, un instrumento relativamente autónomo en el ejercicio de sus funciones. La misma significación que tenían en las autoridades sanitarias provinciales los *fondos PAS*, que se recibían directamente desde al área de Salud nacional. Estos hechos contribuyen a explicar la magnitud del empleo de *recursos extraordinarios*, para realizar acciones que deberían llevarse a cabo con *partidas ordinarias*.

2. Configuración de los prestadores de servicios de salud

Este apartado tiene la finalidad de analizar las tendencias que se han producido durante el período en estudio en los prestadores públicos y privados, así como los rasgos de su comportamiento micro-económico, en función de las circunstancias cambiantes del Sector. Los efectores estatales y no estatales serán abordados en dos títulos diferentes. Previamente, se dedicará un título a dimensionar los diversos componentes de los recursos asistenciales: establecimientos con y sin internación, recursos humanos y tecnología de diagnóstico y tratamiento. De este modo, se anticipará una magnitud aproximada de los recursos, cuyo comportamiento se analizará después.

2.1. Componentes y magnitud de los recursos asistenciales

En forma preliminar, puede plantearse que la Argentina está sobredimensionada en su disponibilidad de camas de internación, profesionales de la salud y tecnología de alta complejidad. En cambio, es deficitaria en servicios de atención primaria, personal de

enfermería y acciones de prevención y promoción de la salud. Estas afirmaciones no son arbitrarias: forman parte de la observación empírica de los actores del Sector, han sido manifestadas en diversos trabajos de análisis del Sistema y están respaldada por múltiples datos cuantitativos que describen los recursos asistenciales. Las causas de esta distorsión en la disponibilidad de recursos, naturalmente, son múltiples. Sólo se mencionarán aquí algunas, sin la pretensión de agotar la enumeración:

- a) habitualmente, las Obras Sociales han volcado la mayor parte de sus erogaciones hacia el subsector privado, de modo que -durante las décadas de los 60, 70 y 80- determinaron un marcado crecimiento en camas y establecimientos privados;
- b) la tendencia común de los prestadores -como estrategia competitiva de diferenciación- fue orientada a adquirir equipamiento de alta complejidad, antes que a invertir en el mejoramiento de la infraestructura y la organización de sus establecimientos;
- c) la marcada presión política sobre las autoridades universitarias, ha obstaculizado las iniciativas para restringir el ingreso a las carreras en ciencias médicas, determinado una matriculación que excede las necesidades del mercado de trabajo y supera holgadamente el crecimiento de la población;
- d) la profesión de Enfermería está desjerarquizada y las retribuciones no resultan atractivas para alentar el ingreso a las escuelas profesionales; existe una alta proporción de personal de baja calificación y capacitación empírica;
- e) la configuración del Sector en Argentina, ha posibilitado que sea la oferta la que determine el comportamiento de la demanda; de manera que, el desequilibrio mencionado en la oferta de algunos recursos, fue incentivado por un modelo prestacional con una actitud reparadora antes que preventiva, tendiente a privilegiar las prestaciones de alta complejidad, en desmedro del 1^{er} nivel de atención.

En el Cuadro Nº 11.4 puede observarse el acentuado crecimiento en establecimientos y camas del subsector privado entre 1980 y 1995, frente a una disminución relativa del peso del subsector público en nosocomios con y sin internación. En términos de camas de internación, se destaca la diferencia de comportamiento, ya que las privadas aumentaron un 44,2%, mientras que las públicas decrecieron un 7,6%. El crecimiento relativo del subsector privado es más evidente en los nosocomios sin internación, donde casi triplican la oferta, mientras que los públicos la aumentan en un 65%. El comportamiento de ambos subsectores fue muy diferente también en lo relativo al tipo de servicios ambulatorios: mientras en los públicos predominaron centros de salud y servicios de atención primaria, en los privados se canalizaron inversiones hacia centros de diagnóstico (análisis clínicos e imágenes) e institutos especializados (oftalmología, ORL, cardiología, nefrología, etc.).

Cuadro Nº 11.4: Establecimientos de atención médica y camas de internación según catastros de 1980 y 1995.

Catastros	1980 (1)		1995 (2)		Variación
Establecimientos:	Cantidad	%	Cantidad	%	%
Con Internación	3.013	33.3	3.310	20.6	9.9
– Públicos	1.177	13.0	1.231	7.7	4.6
– Obras Sociales	113	1.3	55	0.3	- 51.3
– Privados	1.723	19.0	2.021	12.6	17.3
– Mixtos	n/c	n/c	3	0.0	-----
Sin Internación	6.038	66.7	12.775	79.4	111.6
– Públicos	3.471	38.3	5.740	35.7	65.4
– Obras Sociales	251	2.8	167	1.0	- 33.5
– Privados	2.316	25.6	6.852	42.6	195.9
– Mixtos	n/c	n/c	16	0.1	-----
Total	9.051	100.0	16.085	100.0	77.7

Camas disponibles:	Cantidad	%	Cantidad	%	%
Públicas	91.034	62.5	84.094	54.0	- 7.6
Obras Sociales	8.045	5.5	4.375	2.8	- 45.6
Privadas	46.611	32.0	67.280	43.2	44.2
Mixtas	n/c	n/c	82	0.0	-----

Total	145.960	100.0	155.749	100.0	6.8
Camas cada 1000 habitantes	5.21		4.55		- 13.7

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, 1997.

(1) Los datos de 1980 han sido ajustados según la definiciones empleadas en la actualización de la Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina, 1995.

(2) Los establecimientos sin internación incluyen los que también cuentan con Internación Breve u Hospital de Día.

n/c = no corresponde

El Cuadro Nº 11.5 muestra una leve reducción del promedio general de camas por establecimiento, entre los dos catastros. Dicho promedio se reduce en los establecimientos públicos, en tanto se incrementa significativamente en los privados. Sin embargo, cabe señalar que la magnitud en camas de los privados, es aproximadamente la mitad de la de los públicos. Es decir, los privados fueron más dinámicos en la creación de nuevas instituciones, pero su capacidad de inversión fue más limitada y orientada por criterios de costo/beneficio.

Cuadro Nº 11.5: Promedio de camas disponibles por establecimiento, según dependencia administrativa; años 1980 y 1995.

Año	Total	Públicos	Obras Sociales	Privados	Mixtas
1980	48,4	77,3	71,2	27,1	n/c
1995	47,1	68,3	79,5	33,2	27,3

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social, 1997.

n/c = no corresponde

La estimación de la cantidad real de recursos humanos ha sido siempre dificultosa, dado que los catastros sanitarios registran puestos de trabajo y no personas. Teniendo en cuenta que la conducta habitual de profesionales y trabajadores no universitarios del Sector, es la dedicación parcial a cada puesto y el pluriempleo, la sumatoria de puestos excede largamente la cantidad real de trabajadores. La distribución del personal de salud por categorías del Cuadro Nº 11.6, muestra la existencia de casi 110 mil médicos, frente a 86 mil trabajadores de Enfermería; pero sólo 1/3 de éstos cuentan con capacitación profesional, mientras que el resto son auxiliares o empíricos. En 1980, alrededor de la mitad de este personal de Enfermería escasamente calificado, estaba constituida por empíricos; pero, algunos esfuerzos en la capacitación de personal empírico, permiten suponer que actualmente sólo representan entre el 5 y 10% de esta fuerza de trabajo.

Cuadro Nº 11.6: Categorías profesionales en los recursos humanos del Sector Salud.

Categoría	Número	Porcentaje
Médicos	108.800	24.7%
Odontólogos	28.900	6.6%
Farmacéuticos	15.300	3.5%
Bioquímicos	11.100	2.5%
Psicólogos	43.000	9.8%
Kinesiólogos	9.800	2.2%
Dietistas/Nutricionistas	5.300	1.2%
Enfermeros	29.000	6.6%
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000	13.0%
Ingenieros sanitarios	1.000	0.2%
Trabajadores sociales	3.300	0.7%
Veterinarios	13.000	3.0%
Técnicos (excluidos profesionales)	11.100	2.5%
Administrativos y servicios generales	103.500	23.5%
Total	440.100	100.0%

Fuente: Abramzon y col., 2001.

La distribución de los profesionales es muy heterogénea. Los médicos, se encuentran en proporción a los habitantes, en un rango 10 veces mayor en la Ciudad de Buenos Aires que, por ejemplo, en Tierra del Fuego (1 cada 95 contra 1 cada 962 en 1998). La disparidad es más acentuada en lo referente a odontólogos. De cualquier modo, en función de la *plétora* médica, son muy pocas las zonas del país donde hoy pueda observarse una carencia total de médicos, ya que desde hace varias décadas, la tasa de crecimiento de la población médica supera a la de la población general (Mera-Bello, 2003: 74-76). Es notorio que la concentración de médicos del país -se estima que actualmente superan los 130.000- está entre las primeras del mundo. Además, la observación empírica del mercado de trabajo, permite afirmar que también hay una sobreoferta general de odontólogos, bioquímicos y psicólogos.

La incorporación de tecnología al Sistema de Salud, ha tenido un comportamiento inesperado. La situación económica coyunturalmente favorable para importar -existente entre 1977 y 1981- determinó la primera *oleada* de importaciones masivas. Sin embargo, como han señalado otros autores (Katz, 1995; Tafani, 1997), esa *oleada* de actualización de equipos biomédicos tuvo un efecto reproductivo sobre el mercado de salud, de modo que quienes lograron sostenerse y refinanciar sus deudas, determinaron una demanda persistente de nuevo equipamiento con tecnología innovativa. El Cuadro N° 11.7 muestra la permanencia de este fenómeno. Los datos no alcanzan a completar el período en estudio y, dado que están expresados en pesos, los años 1989 a 1991 inclusive no son comparables con los demás, ya que es a partir de abril de 1991, que se pone en vigencia la paridad \$ 1 = US\$ 1, establecida por el Plan de Convertibilidad. La caída de 1995 es posible que refleje las consecuencias del llamado "efecto tequila". Probablemente el mismo fenómeno se haya mantenido hasta 2001, con una moderada retracción recesiva desde 1998 y una notoria caída de importaciones, a partir de la devaluación de enero de 2002. Sin embargo, desde el inicio de la curva de recuperación económica de 2003, se ha reanudado la renovación de equipos.

Cuadro N° 11.7: Importación de bienes de capital con destino al Sector Salud (en miles de \$).

Tipificación de bienes	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
1. Instrum. y aparatos medicina, cirugía y veterinaria	11.380	10.178	22.897	75.542	68.814	102.351	54.003
2. Aparatos de rayos X o de sustancias radioactivas	4.091	3.320	18.145	36.265	31.346	54.844	32.110
3. Camiones o furgones para usos especiales	2.735	3.517	1.483	6.506	11.132	19.101	11.816
4. Aparatos electromédicos, excepto radiológicos	3.863	3.202	18.255	15.112	6.745	15.043	32.230
5. Equipos de oficina y cálculo, máquinas no especif.	987	829	2.502	4.075	5.985	8.009	5.888
6. Mobiliario uso médic.-quir., mesas oper., camas hosp.	4	109	354	4.749	5.504	9.100	6.338
7. Apar. mecanoterapia, respiradores, ozonoterapia	719	1.173	1.824	3.834	4.634	6.053	4.787
8. Aparatos e instrumental óptica	283	299	1.370	1.795	2.002	1.323	1.114
9. Instrumental odontología	1.110	740	2.606	1.276	1.488	1.879	1.138
10. Máquinas de filtrado de líquidos o gases	240	208	439	775	1.095	1.746	2.390
Total	25.412	23.575	69.875	149.929	138.763	219.449	151.814
Rubro 1 sobre el total	0,45	0,43	0,33	0,50	0,50	0,47	0,36
Rubro 1,2,3 y 4 sobre el total	0,87	0,86	0,87	0,89	0,85	0,87	0,86
Rubro 6 sobre el total	0,00	0,00	0,00	0,03	0,04	0,04	0,04

Fuente: Informe Económico 1994, Ministerio de Economía (extraído de Tafani, 1997).

El crecimiento de los establecimientos ambulatorios totales a más del doble, así como las diferencias en los objetivos, que motivaron las iniciativas públicas y privadas -comentadas más arriba- también explican en parte, el comportamiento de las inversiones en tecnología. No sólo crecieron abruptamente en conjunto durante este período, sino que en su mayor parte los inversores provinieron del subsector privado y se concentraron en las áreas densamente pobladas, donde se garantizan mayores utilidades de explotación, tal como ya había sido mostrado en 1985 (Secretaría de Salud, 1986). El fenómeno descrito, muestra también -indirectamente- que una parte de los prestadores privados comenzó a diferenciarse, a través de su capacidad de acumulación e inversión en bienes de capital. Esta diferenciación se analizará detenidamente más adelante.

En síntesis, la dispersión del poder de decisión en un Sistema de Salud fragmentado, la sucesión de etapas con diferentes políticas y escenarios económicos, la dificultad de las autoridades para regular y orientar el sistema, así como objetivos contrapuestos por parte de los actores sectoriales, cuyas acciones tienden a neutralizarse entre sí, configuran las causas principales del panorama de asignación inadecuada de recursos, planteado al comienzo de este título.

2.2. Comportamiento de los prestadores públicos

El comportamiento de los establecimientos públicos, está signado en esta etapa por el proceso de descentralización hospitalaria, que se lleva a cabo en la Argentina desde 1957. Sin embargo, conviene recordar brevemente algunos precedentes de *desconcentración jurisdiccional*. La transferencia de los hospitales públicos desde la jurisdicción nacional hacia las provinciales, por convenios con las respectivas Provincias y sucesivas leyes nacionales, se concreta entre 1961 y 1992. Como hitos importantes, debe recordarse: a) la Ley 16.432 del Presupuesto 1962, a través de la cual se instrumentó la transferencia de hospitales nacionales a las Provincias de Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba; b) la Ley 18.586/68, en cuyo marco se suscribieron convenios de reciprocidad con otras provincias; c) la Ley 21.883/78, que transfirió 65 establecimientos de la jurisdicción nacional, excepto algunos ubicados en la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires y, d) la ya mencionada Ley 24.061/91 del Presupuesto del Ejercicio '92, transfiriendo los últimos hospitales nacionales. También deben recordarse proyectos tendientes a *descentralizar* y agilizar la administración de los nosocomios. El proyecto del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires de 1960, que implementó los *hospitales de reforma*. La Ley 17.102/67 de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC), que encuadró un número amplio de establecimientos de todo el país, pero ahora sólo rige aún en unos pocos, entre ellos el Hospital Garrahan. Finalmente, la Ley 19.337/71 que dotaba a los hospitales nacionales de mayor autonomía (ver Capítulo 9).

Dentro de este período, el Decreto N° 578/93, definió el Hospital Público de Autogestión (HPA) y las condiciones que debía reunir para adquirir esa calificación. Asimismo expresaba la intención de la autoridad sanitaria nacional, de trasladar paulatinamente el tradicional *subsidio a la oferta* de los nosocomios, hacia el *subsidio a la demanda* de servicios generada por la población sin cobertura médica. Con un cambio de denominación, fue ratificado por el Gobierno siguiente, mediante el Decreto N° 939/00, que creó el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD). La factibilidad de esos objetivos, está fuertemente condicionada -en primer lugar- por la necesidad de implementar el *empadronamiento unificado* de los trabajadores en relación de dependencia y sus grupos familiares, así como un *registro unificado de los carenciados*. El primer requisito fue cumplido, por medio de la Clave Única de Identificación Laboral (CUIL). En cambio, no fue posible trasladar ese empadronamiento a una única tarjeta de identificación de los beneficiarios de las Obras Sociales, que permita establecer la institución que lo cubre, las características básicas de esa cobertura y la verificación de la condición de beneficiario. Un análisis más minucioso sobre la reconversión del financiamiento de los hospitales, así como la caracterización de su operatoria habitual, será completado en el Capítulo 12.

2.3. Comportamiento de los prestadores privados

El sector *prestador privado* de la Argentina está integrado por un espectro de instituciones de variada finalidad: centros médicos ambulatorios, institutos especializados, centros ambulatorios de

diagnóstico, sanatorios generales o especializados con internación y hospitales de comunidades extranjeras. También se considera dentro de este sector, a los profesionales individuales -ya sea que ejerzan en su propio consultorio o en una institución- sin relación de dependencia. Las consideraciones que ocupan este título, están principalmente dirigidas a la franja *institucional* de establecimientos generales de agudos con internación, aunque a veces también alcanzan a otras variables institucionales. De esta franja, unas pocas instituciones de las grandes ciudades, operan en condiciones verdaderamente privadas, al vender sus servicios con alguna autonomía para fijar los precios. En cambio, la inmensa mayoría de los sanatorios y clínicas del país se desarrolló desde la década del 60, prestando servicios a las Obras Sociales mediante aranceles rígidamente regulados, facturando a través de asociaciones sanatoriales o médicas (en este caso denominadas *camas gremiales*). Conviene acotar que, aunque sólo un 46% de las camas son privadas, desde el punto de vista de la estructura de pagos de las Obras Sociales, suelen representar entre unas 3/4 y 4/5 partes de los montos comprometidos, para nosocomios que están dotados en promedio de la mitad de camas que los públicos. La microeconomía de estas pequeñas unidades asistenciales, ya fue tratada en el Capítulo 8.

A partir de las crisis hiperinflacionaria, las Obras Sociales comenzaron a buscar contrataciones distintas, que redujeran sus riesgos. Grupos de sanatorios -ya no todo el padrón de la entidad gremial- admitieron contratos *por capitación* o *aranceles globalizados*. También empezaron a requerir la racionalidad de una empresa sanatorial integrada, donde todos procuraran la *eficiencia global* y el mejor rendimiento se obtuviera en base a la *economía general* de la organización asistencial. El riesgo financiero fue trasladándose hacia el *interior* de la institución prestadora, y ésta tuvo que discutir con qué criterios se iba a llevar a cabo la distribución interna de los ingresos. En lo relativo a la comercialización, aquellas clínicas tuvieron ahora que asociarse a *redes de establecimientos*, trabajando por *precios menores*, con una auditoría médica más estricta y procurando diversificar el *mix* de su clientela. En este proceso, se fue gestando una *concentración de capitales* y una *economía de escala superior*, en las nuevas ofertas competitivas de servicios. A través de esa evolución fueron conformándose nuevos actores dentro del Sector, que actuando como intermediarios en la relación entre prestadores y prestatarios, estaban en condiciones de absorber el riesgo financiero que estaba siendo transferido desde los últimos hacia los primeros. Fueron identificados genéricamente como *gerenciadores* por su función en la administración de redes, pero estaban integrados por empresas de naturaleza diferente. Algunos provenían de un conjunto de médicos o sanatorios desprendidos de una entidad gremial de prestadores; otros estaban relacionados con sindicalistas provenientes de Obras Sociales; por último, empresarios del Sector se asociaban para participar en una nueva unidad de negocios. Pero los comportamientos fueron diferentes, según el grado de autonomía empresarial de cada institución.

Los caminos seguidos en la evolución hacia empresas competitivas tuvieron dos vertientes principales, cuyo desenvolvimiento se encuentra aún en curso. La *integración* económica de las microempresas que cohabitaban en un sanatorio para constituir una empresa de escala superior, no se agotó en la reconversión del establecimiento individual. El conjunto de unidades asistenciales que conformaban una *red de establecimientos*, se vieron obligadas en algún momento a constituir empresas mayores con múltiples puertas de acceso. Necesitaban integrar sus inversiones tecnológicas, de modo que la carga de trabajo alcanzara para amortizar los aparatos. Un paulatino cambio de conducta, apremiado por las circunstancias, desde la clínica pensada como *servicio propio* de un grupo de médicos, a la lógica de una *empresa de atención médica*. Una parte de la capacidad instalada privada, que puede estimarse en alrededor de un 40% de los establecimientos, siguió o está siguiendo este camino. El resto no lograron diferenciarse como unidades de negocios, mantuvieron su condición de dependientes del comprador *monopsónico*³⁷ de sus servicios, el PAMI y la Obra Social provincial: pasaron de *PAMI-dependientes* a *gerenciador-dependientes*. Constituyen grandes redes de pequeños prestadores *cartelizados*, cautivos de una estructura dirigencial que les provee seguros de mala praxis y de ingresos mínimos, gestiona algunas de sus compras de insumos, organiza sus congresos y ferias anuales y, sobre todo, administra los contratos. A diferencia de otros *cartels*, basados en alianzas de grandes empresas con la finalidad de *monopolizar* la oferta, esta franja representa asociaciones de mini-productores en función de un comprador *monopsónico* de su oferta.

³⁷ Monopsonio: concentración de la demanda o compra de servicios.

El primer grupo, integrado por sanatorios privados con fines de lucro, con mayor capacidad para acumular capital y reconvertirse como empresas de servicios, constituyen entre 600 y 800 establecimientos, se agruparon en ADeCRA-ConfeSalud³⁸, con un promedio de más de 60 camas por institución. El grupo más numeroso, entre 1.000 y 1.200 unidades que promedian menos de 30 camas, funcionan como semi-cooperativas de médicos, aunque jurídicamente constituyan formas societarias diferentes. Son los que tienen su viabilidad más comprometida como empresas independientes y están nucleados en CAES-ConFeCliSa³⁹. Este sector es el que ha mostrado la mayor capacidad de presión y *lobby* ante las autoridades sanitarias, los directivos de Obras Sociales provinciales y el PAMI; incluso retiene la representación argentina ante organizaciones sectoriales internacionales, como la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) y la Federación Internacional de Hospitales (FIH). Por último, los hospitales privados de comunidades extranjeras y los de origen confesional sin fines de lucro, menos de 20 instituciones, son en general los de mayor solidez económica y se agruparon en ACAMI⁴⁰. Lo curioso aquí, es que son liderados por la más poderosa Obra Social de personal de dirección, OSDE⁴¹, cuyas necesidades y objetivos son diferentes a los de sus establecimientos asociados.

El grupo identificado con CAES-ConFeCliSa -que se caracterizó más arriba como *cartelizado*- es una organización de tipo *holding*, que no responde en realidad a una alianza de empresas, sino a una estructura piramidal de dirigentes que sostiene la unidad del grupo. Al menos desde julio de 2002, el conjunto de instituciones que lo integran se denomina "Argentina Salud-Comunidad Económico Social", compuesto por las siguientes entidades: a) ConFeCliSa como entidad gremial de 3^{er} grado; b) CAES como cámara, asociada a otras centrales empresarias de servicios; c) Fundación Docencia e Investigación, compartida con el sindicato del sector (FATSA⁴²), dedicada a la capacitación de personal empírico de Enfermería; d) Argentina Salud Privada, para la importación y exportación de insumos sanitarios; e) Mutual Responsabilidad Profesional, para seguros de mala praxis; f) ASSPE, cobertura de salud; g) Argentina Salud y Vida, seguros de ingresos mínimos, y h) Argentina Soluciones Financieras, planes financieros y cobranza de deudas. El financiamiento de la Fundación Docencia e Investigación proviene de una contribución del 2% de la nómina salarial, homologada por convenio colectivo de trabajo. Éste es uno de los motivos determinantes de la migración de una parte significativa de los prestadores hacia la otra entidad gremial de 3^{er} grado, que luego constituyeron ADeCRA.

En síntesis, los prestadores privados de servicios de salud constituyen un conjunto muy heterogéneo de instituciones, que se encuentra en una dinámica evolución. Todos están transitando su adecuación a los cambios en la operatoria del Sistema, así como a las inestables condiciones de la macroeconomía del país. El factor tecnológico, por las inversiones en renovación de equipamiento y las deudas en moneda extranjera que implica, es uno de los determinantes principales que condicionan su comportamiento individual como empresas. Pero los frecuentes cambios políticos en la conducción de las Obras Sociales provinciales y el PAMI que, por su poder de compra de servicios representan formidables reguladores del mercado, actúan como determinantes hegemónicos de su evolución. Las Obras Sociales nacionales en conjunto, no tienen tanta influencia en la economía de cada prestador, porque su significación en la cartera de clientes es mucho menor que las anteriores. Por último, las empresas de Medicina Prepaga y las Obras Sociales de personal de dirección -OSDE entre ellas- sólo tienen relevancia cuantitativa

³⁸ ADeCRA: Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina; entidad gremial de 3^{er} grado, resultante de la fusión de ADeCCA (Asociación de Clínicas de la Capital Federal) y CASI (Cámara Argentina de Sanatorios Independientes). ConfeSalud: Consejo Federal de Empresas de Salud; resultante de la convergencia de varias asociaciones locales desprendidas de ConFeCliSa. Actualmente este grupo está integrado dentro de ADeCRA.

³⁹ CAES: Cámara Argentina de Empresas de Salud; asociación empresarial constituida por ConFeCliSa a principios de la década del 90. ConFeCliSa: Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados; la 1^a entidad gremial de 3^{er} grado y única representación sanatorial hasta mediados de la década del 80.

⁴⁰ ACAMI: Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas; impulsada inicialmente por OSDE, reúne a los establecimientos privados sin fines de lucro -hospitales de comunidades extranjeras, establecimientos confesionales y otros- y otras Obras Sociales de personal de dirección.

⁴¹ OSDE: Organización de Servicios Directos Empresarios; significado actual de la sigla de Obra Social de Ejecutivos, inicialmente la entidad de cobertura de los miembros de la Unión Industrial Argentina (UIA), creada a mediados de la década del 70.

⁴² FATSA: Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad y Afines; entidad gremial de 3^{er} grado que nuclea a los trabajadores de instituciones privadas de salud de cualquier naturaleza, adhiere al sector sindical identificado como "los gordos" de la CGT (Confederación General del Trabajo), en la jerga periodística.

entre los prestadores de las grandes ciudades, dado que es donde se concentra la población de mayor poder adquisitivo y, por consiguiente, sus mayores carteras de beneficiarios.

3. Configuración de la cobertura de servicios de salud

Referirse a la cobertura de servicios de salud, no siempre significa hablar de actores diferentes a los abordados en el apartado de los prestadores. En muchos casos, son los mismos actores cumpliendo funciones diferentes, o entidades de cobertura que tienen la misma dependencia que las que cumplen tareas asistenciales. Por este motivo, en este apartado dichos actores serán abordados en tanto financiadores o aseguradores de la atención de la salud de la población. Para tener una visión inicial de la magnitud relativa de las diversas fuentes de cobertura de la población, en el Cuadro N° 11.8 se muestran las dimensiones de los segmentos de población cubiertos y los recursos que se invierten en su atención. La comparación entre el peso porcentual de los segmentos de población y los recursos que insumen, permite inferir los diferentes niveles de consumo asistencial que posibilita cada tipo de cobertura.

Cuadro N° 11.8: Modalidades de aseguramiento según población cubierta y recursos invertidos en 2003.

Segmento de población	Aseguramiento	Población		Recursos	
		millones	%	Millones \$	%
Trabajadores activos públicos y privados con familiares	OS's sindicales	6,6	18,2	3.155	17,3
	OS's personal direcc.	0,6	1,7	957	5,2
	Otros tipos de OS's	0,5	1,4	325	1,8
Monotributistas y servicio doméstico registrado	OS's sindicales	0,5	1,4	120	0,7
Trabajadores pasivos públicos y privados nacionales	INSSJP (PAMI)	3,9	10,8	2.753	15,0
Trabajadores activos y pasivos sector público provincial	OS's provinciales	5,1	14,1	2.155	11,8
Subtotal Seguridad Social		17,0	47,5	9.465	51,8
Trabajadores autónomos o no registrados con recursos	Empresas de Medicina Prepaga	3,2	8,8	2.912	15,9
Beneficiarios de pensiones no contributivas	Programa Federal (ProFe)	0,4	1,1	110	0,6
Trabajadores autónomos o no registrados sin recursos	Sin cobertura	15,4	42,5	5.798	31,7
Total población		36,2	100,0	18.285	100,0

Fuente: elaboración propia en base a datos de Colina y col., 2004.
OS's: Obras Sociales.

3.1. Operatoria habitual de los servicios públicos

El subsistema de servicios públicos se encuentra abierto a toda la población, el hospital es "público y gratuito". Esta afirmación expresa una constante política, proveniente de la primera mitad del Siglo XX, cuya retórica nadie se atreve a contradecir. Sin embargo, en la mayor parte de estos hospitales se factura a la entidad aseguradora, de modo que para los usuarios que están cubiertos por una Obra Social o una empresa de Medicina Prepaga, el hospital público no es *gratuito*, siempre que hayan declarado su cobertura. Si el paciente no declara su cobertura y goza de una atención sin cargo, se dice que implica un *subsidio indirecto* desde el subsector público al de la Seguridad Social. Pero el ciudadano que tiene capacidad

contributiva, no sólo contribuye a los fondos específicos de la Seguridad Social, sino también a otros impuestos generales, que alimentan las rentas generales del Estado y sostienen los servicios públicos. Por consiguiente, debería gozar de todos los derechos como usuario. Sin embargo, sólo la población carente de capacidad contributiva tiene *pleno derecho* a esa *gratuidad*, pese a que está habitualmente vinculada a la economía informal, habita viviendas precarias y no contribuye a los impuestos generales, salvo en los gravámenes asociados al consumo, como el IVA. Hasta fines de 2001, aproximadamente 1/3 de la población era usuaria habitual de los servicios públicos sin contar con cobertura, con un gasto promedio que, hacia 1995 se estimaba en unos US\$ 17 por persona y por mes (ver Cuadro N° 11.15). Según las zonas del país, los pacientes sin cobertura que concurrían a hospitales públicos, constituían entre el 50 y 80% de la demanda de cada hospital. Pero en las sucesivas circunstancias de crisis financiera de las Obras Sociales, los hospitales han actuado como válvula asistencial de los cortes de servicios, con que los prestadores suelen sancionarlas. Esta situación se agravó a partir de 2002, en que la mitad de la población pasó a la condición de carenciada.

El comportamiento micro-económico de los hospitales será analizado en el Capítulo 12, pero puede sintetizarse aquí que la calidad humana y administrativa del funcionamiento de los hospitales públicos es deficiente, aunque habitualmente la calidad técnica de la atención médica es de alta jerarquía. Los rasgos de este comportamiento provienen de un marcado arraigo cultural, tanto en la población usuaria, como en el personal hospitalario. Es improbable que puedan modificarse estas conductas con medidas parciales, sin abordar las condiciones estructurales de fondo. El hospital debe ser una *empresa pública de servicios*. El Estado debería hacerse cargo de subsidiar a la población carenciada mediante un seguro público, reasignando paulatinamente recursos destinados a atender sus erogaciones corrientes. Debe admitirse entonces que el hospital es *público* pero no *gratuito*, como ocurre en todos los países que tienen un sistema único de financiamiento (Reino Unido, Alemania, Canadá, Chile, Brasil o Colombia). Ningún hospital del país ha sido habilitado por autoridad sanitaria alguna, ni los alcanzan inspecciones municipales como ascensores, dispositivos contra incendios y otras medidas de seguridad. La inmensa mayoría carecen de personería jurídica y, en consecuencia, no pueden firmar contratos ni reclamar compromisos de pago. No puede esperarse un funcionamiento sólido y sustentable, en una institución cuyos cimientos jurídicos son débiles.

3.2. Reconversión de las Obras Sociales

El proceso de *reconversión* de Obras Sociales, comenzó a plantearse desde principios de los '90, apuntando especialmente a las de *origen sindical* no estatal, regidas por leyes nacionales, que -por su significación política- han sido destinatarias de decisiones y planes controvertidos, a lo largo de las últimas décadas. El PAMI y las Obras Sociales de los empleados públicos provinciales, originadas en iniciativas estatales, han tenido un desenvolvimiento diferente y otras implicancias políticas. En realidad, estas últimas son las más voluminosas, cubren hasta un 25% de la población del país y -en cualquier escenario provincial- representan compradores *oligopsónicos* del 50 al 70% de la facturación de la Seguridad Social. Sin embargo, las Obras Sociales de origen sindical han concentrado la atención, porque han sido un factor de tensiones y negociaciones políticas, entre el Gobierno y los trabajadores gremialmente organizados. Desde el principio se empleó el término *desregulación*, para caracterizar el proceso de *reestructuración* que debían transitar las Obras Sociales, con el fin de contribuir con mayor eficacia, eficiencia y equidad, al conjunto de políticas sociales a través de las cuales se procuraba instrumentar la redistribución social de los recursos, en sentido *progresivo*. El término resultaba de cartas de intención, suscriptas por el Gobierno nacional con organismos multilaterales de crédito (FMI, BIRF, BID), e involucraba a las empresas de Medicina Prepaga.

El marco jurídico de la transformación del sistema no se asentaba sobre bases coherentes. A fines de 1988, se sancionó el Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), mediante las Leyes 23.660 y 23.661, con la intención de concentrar el manejo financiero de la organización sanitaria del país, como *llave* para alcanzar su control político. El SNSS también preveía la incorporación de la población carente de capacidad contributiva, mediante aportes estatales nacionales y provinciales, pero -como se señaló- nunca llegó a concretarse. Las leyes mencionadas definían a las Obras Sociales como entes de *naturaleza pública no estatal*. Pero la ambigüedad jurídica siguió sin resolverse: a los fines de la recaudación y los derechos de los beneficiarios, las Obras

Sociales se rigen por el fuero público; cuando deben litigar con sus proveedores y acreedores, se presentan ante el fuero privado. En 1991 se logró unificar la recaudación del Sistema a través de un solo ente, la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS), con fiscalización a cargo de la Dirección General Impositiva (DGI), por el Decreto N° 2.284. Más tarde, se decidió *liberar* la facultad de afiliarse a la Obra Social preferida, así como evitar las condiciones de *cautividad* de las contrataciones, impuestas frecuentemente por las asociaciones de prestadores (Decreto N° 9/93). Sucesivas decisiones de las autoridades sanitarias y económicas nacionales, instrumentadas por Decretos del PEN, procuraron implementar estas orientaciones mediante diversas medidas parciales, que afectaban la operatoria de las Obras Sociales. Algunas fueron fundamentadas como modificatorias de la reglamentación de las Leyes 23.660 y 23.661, de manera que diferentes reglamentaciones *desregulatorias*, terminaron contradiciendo el espíritu *altamente regulatorio* de las leyes que decían reglamentar. En ciertos casos, actos decisorios sucesivos reflejaron contradicciones entre los organismos que los impulsaban. Por ejemplo, el Decreto N° 292/95, originado en el Ministerio de Economía, fue *enmendado* por el Decreto N° 492/95, originado en la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal), que estaba bajo fuerte influencia gremial.

Las bases conceptuales que determinaron la configuración particular del sistema de Obras Sociales argentino, fueron tratadas en los Capítulos 2, 5 y 8. Es pertinente recordar ahora que fueron concebidas como un modelo de *asistencia social*, inspirado en agrupaciones que precedieron a los sistemas europeos estatales de Seguridad Social. Pero, a diferencia de los ejemplos en que se inspiraron, las Obras Sociales argentinas se mantuvieron como entidades *fragmentadas*, primero por origen patronímico y luego por rama de la producción, en el seno de organizaciones *no estatales* de naturaleza mutual y sindical, impulsadas por los mismos inmigrantes que trasladaron el modelo (Katz-Muñoz, 1988). Por las características de su génesis, el sistema de Obras Sociales nunca se planificó a partir de la evaluación de su *viabilidad financiera*, respecto a la distribución de los riesgos que cubría. Por el contrario, en sus decisiones predominó el *otorgamiento de derechos*, antes que la *disponibilidad financiera* para asegurar su cobertura. En el transcurso del debate sobre su naturaleza, fueron comparadas a veces con aseguradoras comerciales. Pero los principios universales de la Seguridad Social, persiguen el bienestar de un sector o de toda la sociedad, mediante el *aporte solidario y obligatorio* de todos sus miembros. La particularidad del proceso de reestructuración de la década del 90, es que incorporó conceptualmente la evaluación de su viabilidad económica, procurando considerar el enfoque *actuarial* de la distribución de riesgos, así como la estimación de la *propensión al gasto* de cada franja de población (FIEL, 1991).

En este sentido, en la reestructuración de las Obras Sociales se favoreció la articulación de *unidades económicamente viables*, teniendo en cuenta tanto la *magnitud de la población* cubierta, como el *riesgo de enfermarse* de sus beneficiarios. La necesidad de integrar a las Obras Sociales entre sí, para que resulten económicamente sustentables, no ignoró su origen *grupal fragmentado*, vinculado a la *actividad laboral*, posibilitando que la fusión de las entidades afines se concrete por la voluntad de sus propios cuerpos orgánicos. Independientemente de los plazos de ejecución, el llamado proceso de *desregulación* de las Obras Sociales no ha alcanzado la dinámica esperada. A mediados de 2004, las Obras Sociales nacionales estaban fragmentadas en 285 organizaciones, de las que 201 eran sindicales. Desde que se posibilitó la libre elección de Obra Social en 1997, la mayor parte de ellas comenzaron a captar además afiliados voluntarios, con lo que compitieron en el mercado de la Medicina Prepaga. Dentro de las Obras Sociales nacionales, 25 entidades correspondían a personal de dirección que, con un marcado desarrollo, compitieron intensamente con las empresas de Medicina Prepaga, captando asociados voluntarios. Por otra parte, las Obras Sociales provinciales tuvieron un comportamiento similar, en los escenarios de sus respectivas jurisdicciones, donde los *prepagos* no han tenido tanto desarrollo.

Cuadro N° 11.9: Distribución de Obras Sociales nacionales según tipo y cantidad de beneficiarios a mayo de 2004.

Tipo de Obra Social según clasificación del Art. 1° de la Ley 23.660	Cantidad	Beneficiarios	
		Cantidad	%
Obras Sociales sindicales	201	9.334.483	65,90

Obras Sociales de Personal de Dirección	25	741.753	21,15
Obras Sociales no definidas (inciso h)	21	874.587	6,18
Obras Sociales por convenio	15	54.572	0,39
Asociaciones de Obras Sociales (ADOS)	13	66.376	0,47
Obras Sociales creadas por Ley 21.476	3	19.049	0,13
OS's adheridas. Municipios de la Prov. de Buenos Aires	3	23.851	0,17
Obras Sociales estatales	2	31.468	0,22
Obras Sociales de empresas	1	6.353	0,04
Instituto de Administración Mixta - INSSJP (PAMI)	1	2.981.093	21,15
Total	285	14.133.585	100,00

Fuente: Torres, 2004: 137.

En el Cuadro N° 11.9 se muestra la distribución de Obras Sociales nacionales, según tipo y cantidad de beneficiarios (Torres, 2004: 133-159). ¿Qué cambios se producían en el PAMI en ese momento? En los primeros años de la década del 90, se reestructuró nuevamente la modalidad de contratación, volviendo a la de pago por capitación. En esta oportunidad, los contratos se llevaron a cabo predominantemente con entidades gremiales de prestadores - fueran de origen médico o sanatorial- sin que quedara comprometida la totalidad de la oferta de servicios de cada entidad, sino los prestadores individuales que por voluntad expresa adhirieran al convenio colectivo. Las entidades contratantes podían ser incluso promovidas por organismos públicos, en nombre de los establecimientos de su dependencia, por ejemplo, los hospitales de la Universidad de Buenos Aires, o los de la Municipalidad de Buenos Aires. Los convenios les adjudicaban la denominación genérica de *Unidad Prestacional Integral* (UPI). El fenómeno se extendió masivamente a partir de 1992, con la decisión de licitar *redes* de establecimientos para atender el 2^{do} nivel de atención (ambulatorio especializado, emergencias e internación).

La modalidad de estos convenios era, en todos los casos, de pago por capitación. Algunos intentos iniciales, procuraron simplificar la distribución de los fondos en el interior de la red, repartiendo los recursos en relación proporcional al número de camas de cada establecimiento; esta conducta fue luego explícitamente eliminada. En consecuencia se difundieron nuevas modalidades retributivas, como *aranceles modulares* por patología e *incentivos a la restricción* de los gastos generales de la red, distribuyendo los fondos remanentes entre los establecimientos asociados. Con los aranceles modulares se mantuvo una modalidad intra-red de pago por prestación, pero trasladando parte del riesgo financiero al interior del sanatorio, que ahora debió definir cómo distribuir internamente los recursos. Las UPI o los *gerenciadores*, aprobados por el PAMI a lo largo de este proceso, compitieron entre sí por captar la adhesión de los beneficiarios de una misma jurisdicción. De modo que, ante el interés del afiliado para optar por alguna de ellas - diferente de la que le habían asignado- tenía que hacer un trámite en la delegación local del PAMI y elegir la opción preferida. Pero el ámbito de la competencia entre redes de servicios de salud, se mantenía limitado a la región o distrito de pertenencia.

En 1995, mediante el Decreto N° 292 se aprobó un plan de saneamiento financiero del PAMI, originado en realidad en el Ministerio de Economía, por el que se transfirió la cobertura de los beneficiarios de subsidios a la pobreza y las pensiones no contributivas, incluyendo la de los veteranos de la Guerra de las Malvinas, que había sido asignada a esa OS en 1991. Los subsidios a la pobreza fueron encargados a la ANSSal y, las pensiones no contributivas a la recientemente creada Secretaría de Desarrollo Social, dependiente de la Presidencia de la Nación, adquiriendo luego la denominación de Programa Federal (ProFe)⁴³. Esta decisión contribuyó a descargar al PAMI de la responsabilidad de coberturas de base no contributiva y a darle a éstas una reasignación, como gasto en Asistencia Social. De este modo, el PAMI decreció en su población cubierta desde alrededor de 4,5 millones de beneficiarios a los aproximadamente 3,8 millones que actualmente tiene. En 1997 el Decreto 197 estableció que la ANSSal se haría cargo de deudas pendientes hasta fines de 1996 y que, serían transferidas a la Tesorería General de la Nación las deudas impagas hasta fines de 1997, incorporando esas deudas al Presupuesto Nacional. En

⁴³ Posteriormente, los Veteranos de Malvinas lograron volver a la cobertura del INSSJP.

1999 Fernando De La Rúa creó el Ministerio de Desarrollo Social, que absorbió la estructura de la ex Secretaría, incluyendo al ProFe.

Respecto a las Obras Sociales provinciales, su análisis es muy complejo porque la información está dispersa en 24 jurisdicciones diferentes. En el Apéndice del Capítulo 8, se presentó un cuadro que muestra el origen y naturaleza jurídica de cada entidad. A fin de no dispersar la atención con la gran variabilidad organizativa entre las distintas jurisdicciones, se procederá de la misma forma, agregando un dos cuadros en el Apéndice de este capítulo, que contienen el rango de los aportes y contribuciones y los rasgos de la gestión. Lo común a todas es que cubren a los empleados estatales y sus familias, pero la mayor parte de ellas cuentan con planes de adhesión voluntaria, en los que compiten con la Medicina Prepaga. Un dato sorprendente aportado por la SSS a través de un estudio, mostraba que más del 15% de los beneficiarios de este sector, tenía además la cobertura de una Obras Social nacional (Torres, 2004: 161-168). Esta información confirma la evidente tendencia a la utilización política de los empleos públicos, ya que los trabajadores continúan manteniendo otros empleos y seguramente lo hacen a expensas de incompatibilidades horarias.

Ciertos datos numéricos, estimados a mediados de los '90, pueden agregar algunas dimensiones comparativas del sector. La población cubierta por Obras Sociales sindicales -que incluían nacionales y provinciales- alcanzaba a unos 15,8 millones de habitantes, las de personal de dirección a 950.000 personas, el PAMI sumaba unos 4,2 millones de beneficiarios y las empresas de Medicina Prepaga en conjunto reunían unos 2,1 millones de clientes. Pero, mientras las sindicales gastaban en promedio US\$ 16,6 mensuales por persona, las de dirección gastaban US\$ 70,2, el costo promedio por afiliado del PAMI era de unos US\$ 59,5 y el de la Medicina Prepaga de US\$ 83,3 (ver Cuadro N° 11.15). Estimaciones de ese momento asignaban a las Obras Sociales provinciales 4,9 millones de afiliados, con un gasto mensual promedio por persona de US\$ 23,8.

De acuerdo al compromiso suscripto por el país con el FMI, tanto las Obras Sociales como las empresas de Medicina Prepaga, debían competir para administrar los servicios de los beneficiarios de la Seguridad Social. La libertad de elección de Obra Social fue desalentada por ellas mismas, dado que preferían mantener poblaciones cautivas. Por otra parte, las $\frac{3}{4}$ partes de quienes optaron por cambiar pertenecían a los estratos de ingresos superiores. Hasta mayo de 2004, poco más de un millón de beneficiarios habían cambiado de Obra Social⁴⁴ (Torres, 2004: 181-197). La probabilidad de que las empresas de Medicina Prepaga desearan competir por la captación de beneficiarios de la Seguridad Social, es todavía dudosa. Como ya se mencionó, las Obras Sociales han sido más eficaces en la práctica para penetrar el mercado de la Medicina Prepaga, que estas últimas para recorrer el camino inverso. El principal sendero de esta *penetración* del mercado voluntario, se ha dado a través de las Obras Sociales de personal de dirección, aunque actualmente, tanto las grandes Obras Sociales sindicales, como las provinciales, han implementado planes de afiliación voluntaria y le restan potenciales usuarios a los *prepagos*, contando con importantes ventajas impositivas con respecto a sus competidores. También ha ocurrido que, a efectos de retener a sus beneficiarios de mayores ingresos, algunas Obras Sociales sindicales han *tercerizado* a cargo de empresas de Medicina Prepaga, la administración de planes especiales, con lo que *estratificaron* los beneficios del sistema. De este modo, beneficiarios de Obras Sociales de altos ingresos, lograron planes diferenciados de una gama superior.

Por otra parte, alrededor de las Obras Sociales más importantes, se fueron generando diversas empresas vinculadas a los dirigentes del sindicato correspondiente: servicios propios privatizados, *gerenciadores* de redes de servicios, planes de salud voluntarios, AFJP's, ART's⁴⁵, centros polideportivos, hoteles de turismo, etc. De este modo, sin que en general se conozca la trama legal que los relaciona, resultó la conformación de verdaderos *holdings* empresarios, controlados por los propios dirigentes del sector. Bancarios, seguros, comercio, construcción, personal civil de la Nación, gastronómicos, encargados de edificios, son algunos ejemplos de este fenómeno. Esta evolución ha sido facilitada por las normas de la legislación

⁴⁴ El Decreto N° 1141/96 estableció la opción de cambio entre las Obras Sociales sindicales. El Decreto N° 84/97 limitó esta opción a una vez por año. El Decreto N° 638/97 extendió este derecho entre los beneficiarios de Obras Sociales de personal de dirección (Torres, 2004: 182). Más tarde, durante el Gobierno de De La Rúa, el Decreto N° 466/00 facilitó aún más la libre elección de cobertura, pero fue derogado en 2001.

⁴⁵ AFJP: Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. ART: Aseguradora de Riesgos del Trabajo.

vigente sobre Asociaciones Profesionales, que admiten la reelección ilimitada de dirigentes al frente de una organización. Al amparo de estas condiciones, un mismo dirigente o grupo de dirigentes permanecen por décadas en la conducción de un sindicato y sus instituciones anexas, incluyendo la Obra Social, posibilitándose incluso que determinen su sucesión y, en algunos casos, que el sucesor sea el hijo del antecesor o un miembro de su familia, como ha ocurrido al menos con los camioneros y los encargados de edificios de propiedad horizontal.

La creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que concentró las funciones de la anterior ANSSal sobre las Obras Sociales, preveía también las de regulación de la Medicina Prepaga. Junto con la unificación de la recaudación en la ANSeS, posibilitaron la confección de un padrón único de aportantes y superó la dispersión de las facultades de fiscalización anteriormente existentes, a cargo de las respectivas prestatarias. El escenario que entonces se anunciaba para este sector en el futuro, era de no más de 80 instituciones, de entre 50 y 500 mil beneficiarios que eligieran libremente su afiliación, constituidas a partir de la fusión voluntaria de las actuales Obras Sociales, asistidas técnicamente por empresas de consultoría administrativa. No es esperable por ahora, que los trabajadores en relación de dependencia tengan libertad para disponer total o parcialmente de sus aportes al sistema, como ocurrió hasta 2008 con las AFJP's. Pero aún manteniéndose la *compulsividad* de los aportes, está ocurriendo que, por encima de las prestaciones previstas por el Programa Médico Obligatorio (PMO), los asociados de mayor capacidad contributiva, cuentan con la posibilidad de contratar *beneficios diferenciados* dentro de su propia entidad prestataria.

Respecto a la población carente de capacidad contributiva, no se vislumbra con claridad el panorama futuro de su incorporación a una Seguridad Social universal, como sería deseable (PRESS, 2001). Habiendo fracasado la intención original de la Ley 23.661, de proveerle una cobertura mixta por contribuciones nacional y provinciales, su cobertura podría llevarse a cabo: a) a través de una *Obra Social* específica para carenciados; b) mediante su incorporación a programas especiales de las Obras Sociales provinciales, y c) por el *subsidio a la demanda* en los hospitales públicos, por parte de las autoridades sanitarias respectivas, en base a padrones consolidados de trabajadores informales, desocupados y beneficiarios de planes sociales. En todos los casos, los fondos deberían necesariamente provenir de las rentas generales del Estado. Por último, además de las alternativas operativas analizadas, debería esperarse una revisión de la actual legislación sobre Obras Sociales que, a lo largo de tantas modificaciones parciales y de coyuntura, ha quedado desactualizada.

3.3. Comportamiento y regulación de la Medicina Prepaga

La *financiación privada* de la salud, comprende un espectro amplio de actividades de diversa naturaleza: a) planes de salud de establecimientos privados, de organizaciones intermedias de prestadores, de entidades mutuales y de empresas de naturaleza comercial; b) *abonos* vecinales de pequeños sanatorios y de cobertura de emergencias, y c) el gasto *de bolsillo* de las personas. La franja de empresas dedicadas específicamente a la Medicina Prepaga, con marca registrada, son la parte más destacada de sector, aunque sólo ocupan la mitad de los recursos que lo conforman.

El objetivo de *desregular* las Obras Sociales, incluyó desde sus comienzos la incorporación de las empresas de Medicina Prepaga (eMP's), tal como lo establecían los compromisos de intención con el FMI, BID y BIRF. En realidad, Obras Sociales y eMP's, son modelos institucionales no comparables. Las Obras Sociales son organizaciones *solidarias* constituidas por aportes *compulsivos*, mientras que las eMP's, son entidades *comerciales* de contratación *voluntaria*. Estas últimas, también tienen diferencias con las aseguradoras comerciales de bienes materiales. Las aseguradoras de bienes cubren sólo el *riesgo económico* de un eventual siniestro, no se ocupan de su reparación; las eMP's cubren económicamente el *riesgo de enfermarse*, pero también ofrecen los servicios a través de los cuales restituir la salud. Sin embargo, en su manera de preservarse de los riesgos financieros, estas últimas presentan ciertas similitudes con las aseguradoras de bienes. Establecen *plazos de carencia*, durante los cuales el asociado paga su cuota pero no puede utilizar los servicios. No cubren *patologías preexistentes*, mediante normas frecuentemente empleadas en forma arbitraria. Suelen fijar *topes de consumo* anuales, para los beneficiarios que presentan una alta propensión al gasto o requieren tratamientos muy prolongados. Asimismo, establecían una serie de *enfermedades o tratamientos excluidos*, como

patologías congénitas, adicciones, SIDA, diálisis crónica, drogas oncológicas o trasplantes de órganos. Este aspecto se mantuvo hasta que la Ley 24.754 de 1997 obligó a todos, Obras Sociales y Medicina Prepaga, a cubrir al menos las prestaciones tipificadas en el PMO, es decir, casi sin límites.

Comparando ahora la Medicina Prepaga con las Obras Sociales, éstas no tienen limitaciones en la cobertura como las mencionadas. Pero suelen, en cambio, establecer normas de *participación del beneficiario en el gasto*, a través del pago de un porcentaje del valor de las prestaciones (coseguros o copagos), así como de bonos moderadores, a efectos de desalentar el uso excesivo de los servicios. Por lo menos teóricamente, las Obras Sociales otorgan una cobertura *integral* de la atención de las enfermedades. Pero las limitaciones prácticas en la utilización de los servicios, se instrumentan a través de restricciones a la *accesibilidad*, ya sea por trámites administrativos, por la obligación de efectuar gastos adicionales en el momento de utilizar los servicios, o por la distancia geográfica que media entre el domicilio del beneficiario y el prestador contratado para cada zona. En términos económicos, si se aceptaba que la masa global de fondos disponibles para el sistema de Obras Sociales, admitía hacia 1999 una asignación *per capita* de hasta \$ 30 por beneficiario/ mes, las eMP's según sus pautas habituales de funcionamiento, estaban muy lejos de brindar una cobertura *integral* de atención médica por esos montos, y requerían por lo menos el doble. Desde 1993, se han intentado diversas iniciativas de regulación de la Medicina Prepaga, incluso alguna que procuraba encuadrarlas como aseguradoras comerciales de bienes, y se elaboraron distintos proyectos frustrados desde el Congreso Nacional. Sin embargo, hasta el momento no se ha logrado regular legislativamente este sector, pese a que es una de las principales causas de reclamos ante las organizaciones de defensa del consumidor y las oficinas de regulación de la competencia.

Una hipótesis de norma regulatoria para las eMP's, debería prever por lo menos los siguientes aspectos: a) obligaciones del asegurador; b) derechos de los usuarios; c) requisitos de *solvencia* financiera de las empresas; d) *fondos de reserva* como garantía de compromisos de cobertura; e) póliza de *reaseguramiento* para riesgos financieros eventuales, y f) estabilidad de las condiciones contractuales por al menos un año, incluyendo el precio. La *regulación* de la Medicina Prepaga, resulta en apariencia una política inversa a la de la mencionada *desregulación* de las Obras Sociales. En realidad se trata de sistemas que parten desde posiciones opuestas: las Obras Sociales provienen de una modalidad fuertemente regulada, con poblaciones *cautivas*, condiciones de contratación uniformes en base a precios fijados por el Nomenclador Nacional y prestadores atados a la intermediación monopólica de su entidad gremial. Las eMP's, en cambio, provienen de actuar fuera de toda regulación: sin garantías de solvencia, con normas de restricción de cobertura a menudo especulativas, con libertad para pactar condiciones y aranceles con los prestadores, y también sin ataduras para reajustar los precios de sus cuotas (Madies-Tobar, 2001). Respecto a este último punto, desde 2002 se ejerció sobre ellas una fuerte presión desde el Gobierno, a fin de que no incrementaran el valor de sus cuotas.

Pero, independientemente de la legislación que reglamente en el futuro el funcionamiento de la Medicina Prepaga, durante la década del 90 se ha observado una gradual *integración vertical y horizontal*. Por un lado, una *concentración* de las carteras de usuarios en un menor número de empresas. Por otro lado, la tendencia a adquirir u organizar *servicios propios* -ya sean centros de atención ambulatoria o sanatorios- con el fin de orientar la conducta de los usuarios o como parte de la concentración de capitales. El primer impulso significativo a la concentración de empresas, se produjo a fines de 1991 cuando OSDE, que *tercerizaba* la atención de la mayor parte de sus beneficiarios a través de empresas de Medicina Prepaga, decidió la contratación directa de los prestadores, mediante un plan al que denominó "OSDE Binario". De este modo perdieron sus posibilidades de supervivencia, una gran cantidad de pequeñas empresas, a las que podía considerarse *OSDE-dependientes*, cuyo surgimiento había sido alentado por esta particular modalidad de fácil captación de cartera pero, a la vez, asimétrica transferencia del riesgo financiero. En este período se produjo una abrupta concentración de carteras, a favor de las empresas que contaban con poblaciones propias de una aceptable fidelidad a su cobertura, en un mercado caracterizado por su acelerada rotación de clientelas.

El segundo impulso de concentración, se produjo desde mediados de la década del 90, en un proceso de adquisición de carteras y fusión de empresas, que desembocó en un mercado signado por la hegemonía de grandes corporaciones altamente competitivas, que en su composición

accionaria incluían capitales extranjeros. En este proceso de reestructuración del mercado, cuyos hitos principales se describen en el Cuadro N° 11.10, ha habido una significativa participación de inversores extranjeros, al amparo de la apertura de la economía. Los datos presentados reconstruyen información dispersa, que puede tener inexactitudes.

Cuadro N° 11.10: Transacciones de integración de eMP's (en millones de US\$ y cantidad de usuarios).

Año	Comprador	eMP y establecimientos vinculados	Monto estimado	Cartera usuarios
1994	<i>Swiss Medical Group</i>	CIM, Magna, Salud (50%) Previo: SMG y Sanatorio Suizo-Argentino	30,0	83.000
1994	Interclínicas (Chile)	Ceprimed, Mediplan	13,0	20.000
1995	<i>The Exxel Group</i>	Galeno, Vesalio, Life, Sanatorios de la Trinidad (72%) y Jockey Club (90%)	34,0	72.000
1996	<i>The Exxel Group</i>	TIM y Clínica del Sol. Galeno-Life-TIM constituyen SPM	40,0	80.000
1996	<i>Top Family</i>	OMAJA	s/d	s/d
1996	<i>Swiss Medical Group</i>	Diagnos	s/d	25.000
1997	<i>Swiss Medical Group</i>	OPTAR	12,5	13.000
1997	HSBC (Inglaterra)	Docthos	s/d	s/d
1997	Acción Médica Internacional	C.M. Buenos Ayres, AMPRI	s/d	s/d
1997	Sanitas (Colombia)	Nubial	s/d	s/d
1998	AETNA (EE.UU.)	AMSA, Sanatorios Mitre y Agote	s/d	270.000
1998	Adeslas (España), luego Euromédica	C.M. Santa Fe, C.M. Santa Isabel, OMAJA, <i>Top Family</i> , Clínica Bazterrica	s/d	s/d
1999	BBV Francés y Adeslas (España)	Euromédica	s/d	s/d
1999	SAMED	Ceprimed, Mediplan	s/d	s/d
2000	<i>Swiss Medical Group</i>	Sanitas, Nubial, Medicien y Qualitas (30%)	25,0	30.000
2000	Medical's	Amil	s/d	12.000
2001	Sistemas Integrados de Salud (SIS)	SPM Previo: Ceprimed, Mediplan, Sanatorios Quilmes y Dupuytren	40,0	160.000
2001	SIS - SPM (1)	AMSA y Sanatorio Mitre	20,0	270.000
2002	BBVA (España)	Euromédica	s/d	60.000
2003	<i>Swiss Medical Group</i>	Docthos (HSBC Salud)	15,0	157.000
2005	SPM	San Carlos Salud	s/d	s/d
2008	Omint	Consolidar Salud, Clínica Bazterrica, Clínica Santa Isabel y C.M. Bazterrica	40,0	250.000

Fuente: elaboración propia en base a información divulgada. Algunas transacciones provienen de Castro y col., 2007: 108, pero no incluían el monto de la operación y la cantidad de usuarios.

eMP, eMP's: empresa(s) de Medicina Prepaga.

S/d: sin datos.

(1) SPM -incluyendo Galeno-Life, TIM y AMSA- adoptó la denominación de *Galeno* para todo el grupo en 2006.

La marcada afluencia de capitales extranjeros durante la década del 90, como inversión financiera orientada al Sector Salud, hizo pensar que esta corriente inversora iba a acarrear

consigo el estilo de gestión de los países de origen, especialmente la modalidad de *managed care* de EE.UU. (Pérez Stable, 1999; Stocker y col, 1999). En realidad, una parte de estas operaciones no fueron más que transacciones sobre paquetes accionarios, sin otro objetivo que la optimización de utilidades, tal como ocurrió con *The Exxel Group*. La presencia de AETNA en la compra de AMSA, contribuyó a abonar esta presunción, y es posible que efectivamente la intención de sus directivos, fuera introducir criterios de gestión equivalentes a los de sus empresas centrales. Pero las características del mercado argentino de Medicina Prepaga, muy alejado de toda estimación de riesgos en los términos actuariales del *seguro de enfermedad* -como predomina en EE.UU.-, así como dificultades financieras de la casa matriz de la corporación, determinaron que AETNA se desprendiera apresuradamente de AMSA, cediéndola transitoriamente el grupo asegurador ING, que finalmente la vendió al consorcio SIS, luego SPM y, desde 2006, *Galeno*. Al mismo tiempo, las principales empresas efectuaron grandes inversiones en camas sanatoriales del Área Metropolitana y las grandes ciudades, ya sea remodelando, re-equipando a nuevo o ampliando instalaciones de sanatorios ya existentes, así como construyendo nuevos nosocomios.

Más allá de los aspectos jurídicos que deben regular el mercado de las eMP's, a efectos de garantizar una equitativa distribución de riesgos entre asegurados y aseguradores, en términos sanitarios y económicos, debería lograrse la conformación de un padrón unificado de la población beneficiaria del sector, tal como el que las Obras Sociales integraron a través de la ANSeS. Aunque esto es resistido por las empresas, podría exigirse en el marco de la legislación, si hubiera la suficiente voluntad política de hacerlo. Pero es improbable que ese *blanqueo* de carteras -resignando confidencialidad competitiva- se obtenga sin el incentivo de un beneficio en los riesgos de estabilidad de las empresas. Por consiguiente, es esperable que en el futuro, tanto las eMP's como las Obras Sociales, cuenten con un reaseguro, bajo la forma de *seguro de enfermedades catastróficas*, es decir, para patologías de baja incidencia y alto costo.

En realidad, este mecanismo ya existe dentro del régimen de las Obras Sociales nacionales, a través de la Administración de Programas Especiales (APE), que se financia con una parte del FSR. Sin embargo, en la actualidad depende de la capacidad de gestión de cada Obra Social y del conocimiento de los recursos administrativos con que puede contar. Su implementación bajo la forma de *seguros de enfermedades catastróficas*, debería abarcar grandes franjas de población, y comprender por igual a eMP's y Obras Sociales. El mismo problema se plantearía con las Obras Sociales provinciales, ya que las provincias se resistían a ceder la información de sus padrones, sin otro objetivo que contar con una base de datos nacional. Este caso, además de aspectos políticos relacionados con el federalismo, debería ser considerado junto con la descentralización de otros resortes nacionales, como el PAMI, como fue comentado en el apartado 1.3 de este capítulo.

Respecto a la voluntad de participación de las eMP's en el subsistema de Obras Sociales, no ha habido expresiones concretas de interés por su parte. A mediados de 2000 se abrió el registro de empresas para actuar como *entes prestatarios* de la Seguridad Social, mediante el Decreto N° 446, derogado poco después a comienzos de 2001. Las empresas que expresaron interés en participar en este nuevo mercado eran marcas poco conocidas y, una parte de ellas al menos, estaban constituidas por los propios dirigentes sindicales, a partir de gerencadoras de redes de prestadores. Finalmente, con el fin de transparentar las condiciones de competitividad de este mercado, un régimen legal específico para las eMP's, también debería ser obligatorio para toda entidad sin fines de lucro (incluyendo a las Obras Sociales), que implemente un programa de cobertura de afiliación voluntaria, de modo que registre una nueva empresa -separada de la que le dio origen- y participe en este mercado, ateniéndose a sus reglas de juego.

4. Financiamiento del Sistema de Salud

Para completar el análisis del Sector Salud en Argentina, resulta necesario considerar los datos macroeconómicos, que proporcionan la magnitud relativa de los fenómenos y tendencias descriptos. Con esta finalidad se abordará, por un lado, el origen y distribución de los recursos financieros del Sector Salud -tomado globalmente- y, por otro lado, las características cuantitativas del mercado asegurador, considerado como un componente de la operatoria general del Sistema.

4.1. Fuentes y distribución de los recursos financieros

El análisis del financiamiento del sistema, permite una visión del flujo de fondos entre sus actores, sin otros atributos que el origen y utilización de los recursos financieros y la magnitud relativa de cada una de estas transferencias contables. Sin embargo, este tipo de estudio, valioso para conocer las dimensiones macroeconómicas del sistema y de sus componentes, sólo aporta una visión bidimensional del comportamiento económico de los actores: origen y destino de los recursos, criterios distributivos, peso relativo de cada componente. Un análisis más profundo del comportamiento de los agentes económicos, requiere tener en cuenta sus cambios históricos, su capacidad de presión política, las mutaciones que sufrieron a lo largo del período en estudio y, sobre todo, los rasgos de su conducta micro-económica. Este tipo de consideraciones han sido las realizadas más arriba. Para completar el estudio, se agregan a continuación algunos datos macro-económicos, con el fin de aportar la magnitud financiera de los fenómenos comentados. En primer lugar, se muestra la evolución del gasto global en salud en la segunda mitad del período, así como su peso en el PBI y su distribución *per capita* (Cuadro N° 11.11).

Cuadro N° 11.11: Evolución del gasto global en salud 1995-2003 (en US\$).

Año	Gasto global (en millones)	% del PBI	Gasto por habitante
1995	22.105	8,6%	635.8
1996	22.205	8,2%	630.5
1997	23.701	8,1%	652.9
1998	24.472	8,2%	677.4
1999	24.840	8,7%	678.7
2000	24.193	8,5%	653.3
2001	22.060	8,2%	609.0
2002	23.639	7,6%	250 (e)
2003	27.833	7,3%	s/d

Fuente: a) Tobar y col., 2002; b) González G.-Tobar, 2004: 362.

(e) Estimado en (b). S/d: sin datos.

A continuación se toma, como representativa del período, la matriz de fuente y usos de los recursos financieros del año 1999, que es asimismo el de mayor gasto global (Cuadro N° 11.12). La caída registrada en el gasto en salud en los dos años siguientes, es atribuible a la repercusión sectorial de la etapa recesiva de la Economía, iniciada a fines de 1998. A partir de la *pesificación asimétrica* de enero de 2002, los valores se distorsionaron y resulta difícil establecer el criterio *deflactor* más adecuado, para mostrar datos comparables de la evolución económica. De hecho, los datos de 2002 y 2003 del cuadro anterior no parecen convincentes. Por consiguiente, la evolución del gasto como porcentaje del PBI, será analizada retrospectivamente más adelante, desde el punto de vista de la Política Social.

Cuadro N° 11.12: Gasto en Salud - matriz de fuentes y usos, 1999 (en millones de US\$).

1999	Fuentes					
Agentes ejecutores	Nación	Provincias	Municipios	Empresas	Hogares	Total
MdS Nacional	791					
MdS's Provinciales		3.957				
SdS's Municipales			782			
Subsector Público	791	3.957	782			5.530
OS's Nacionales	113			2.317	1.458	3.888
OS's Provinciales		1.075			907	1.982
INSSJP - PAMI				237	1.723	1.960
Seguridad Social	113	1.075		2.554	4.088	7.830
Fondo de Hogares					10.533	10.533
Subsector Privado					10.533	10.533

Total	904	5.032	782	2.554	14.621	23.894
--------------	------------	--------------	------------	--------------	---------------	---------------

Fuente: Tobar y col., 2002.

MdS, MdS's: Ministerio(s) de Salud. SdS's: Secretarías de Salud

OS's: Obras Sociales

Una estimación sobre la organización y flujos financieros del Sistema de Salud para 2001, basada a su vez en un esquema anterior sobre el circuito económico del Sector (González G.-Tobar, 1997), aportaba la siguiente información sobre la distribución del gasto en salud. Por una parte, definía la naturaleza de los recursos, con que se constituyen las diferentes fuentes de financiamiento, clasificadas como subsectores. Asimismo, estimaba la magnitud absoluta y relativa del gasto (Cuadro N° 11.13).

Cuadro N° 11.13: Origen y distribución del gasto en salud, 2001 (en millones de US\$).

Origen de los recursos	Ejecución del gasto	Monto del gasto	% del gasto global
Impuestos generales	<u>Estado</u> : Nación, Provincias y Municipios	5.102	22,6
Aportes y contribuciones	<u>Obras Sociales</u> : nacionales, provinciales y otras (1)	7.399	32,8
Cobertura privada y gasto de bolsillo	<u>Privado</u> : medicina prepaga y mutuales (2)	2.990	13,2
	Gasto directo de bolsillo (3)	7.093	31,4
Total	Todos los subsectores	22.584	100,0

Fuente: elaboración propia en base a Mera-Bello, 2003: 90.

(1) Incluye las de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, Universitarias, Poderes Legislativo y Judicial.

(2) Incluye planes integrales y abonos parciales, adhesión a cooperativas, abonos para emergencias.

(3) Incluye coseguros, bonos moderadores, gasto directo para productos de uso médico.

En el cuadro siguiente, se observa la distribución de las erogaciones que efectuaban los diferentes subsectores, en términos de gasto mensual por cada una de las personas que utilizaban sus servicios, discriminando las prestaciones hacia las que estaba destinada, así como la disponibilidad o no de cobertura (Cuadro N° 11.14).

Cuadro N° 11.14: Estimación del gasto mensual por usuario según cobertura, 2001 (en US\$).

Subsector	Agente	Gasto (1)	Destino	Cobertura	Gasto (2)	Destino	
Público	Ministerios y Secretarías	2,3	Programas	<u>Sin</u> cobertura	2,3	Programas	
		22,1	Servicios públicos		15,5	Servicios públicos	
Obras Sociales	OS's nacionales	29,1	Servicios privados, farmacia, servicios públicos	<u>Con</u> cobertura	43,9	Servicios Privados	
	OS's provinciales	33,0					
	PAMI	51,6			4,9	Servicios públicos	
Privado	Cobertura	68,1	Servicios privados, farmacia			2,3	Programas
	Gasto de bolsillo	22,0					

Fuente: elaboración propia en base a Mera-Bello, 2003: 90.

OS's: Obras Sociales.

(1) Estimación del promedio del gasto mensual por usuario, según tipo de agente y destino del gasto.

(2) Estimación del promedio del gasto mensual en usuarios sin y con cobertura, según destino del gasto.

Los cuadros precedentes muestran informaciones de diferente naturaleza, que no son comparables entre sí, dado que provienen de distintas fuentes de datos. Implican estimaciones importantes sobre el promedio del gasto mensual, por cada franja de usuarios desde dos enfoques: a) el tipo de agente que cubre su atención y el destino del gasto, y b) la

disponibilidad o no de cobertura y el destino del gasto (Cuadro N° 11.14). Por otra parte, el Cuadro N° 11.13 muestra la composición del gasto global en salud, según fuente de los recursos, subsector que ejecuta los gastos y su peso porcentual. Conviene completar los comentarios, dimensionando el peso de la participación de las jurisdicciones en el gasto público en salud, según la matriz de 1999 (Cuadro N° 11.12): la Nación participa el 14,3%, las Provincias el 71,6% y los Municipios el 14,1%. Sin embargo, cuando se discrimina el gasto nacional según el Ministerio que lo ejecuta, la participación específica del de Salud es del orden de las $\frac{3}{4}$ partes (Flood, 1997). En consecuencia, el peso de la ejecución del Ministerio de Salud nacional representa alrededor del 2,5% del gasto global en salud.

4.2. Proyección del modelo asegurador

La caracterización de las Obras Sociales, empresas de Medicina Prepaga, mutuales y otros tipos de coberturas como Sector Asegurador, expresa una de las tendencias del período en estudio. En las décadas del 70 y 80 no era usual considerar a las Obras Sociales como entidades aseguradoras, aún cuando formaran parte de la Seguridad Social. Sin embargo, la introducción de criterios pro-competitivos como, escala de distribución de riesgos actuarialmente viable, libertad de elección de Obra Social, competencia entre Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga, paquete básico de beneficios y otros, facilitó la equiparación de entidades de diferente naturaleza, en la denominación de *aseguradoras* (Montoya y col., 1998). Su composición se ha modificado a lo largo del período y continúa evolucionando, pero resulta necesario agregar algunos datos cuantitativos, con el fin de completar las dimensiones de los actores del Sector Salud abordados en este capítulo. La información existente es muy variable, según la fuente de los datos. A los efectos de la discusión que se realiza aquí, es conveniente disponer de estimaciones que resumen varias fuentes, incluyendo datos del mercado, con el fin de contar con dimensiones aproximadas del funcionamiento del Sistema.

Una estimación interesante de 1996, procuraba mostrar la composición del Sector Salud en términos de mercado, cuantificando cada franja de población según la cantidad de usuarios, su propensión al gasto y la magnitud relativa de su participación. Estos datos podrían ser discutibles actualmente, pero reflejaban con aceptable certeza la magnitud relativa del mercado asegurador en 1996 (Cuadro N° 11.15).

Cuadro N° 11.15: Dimensiones del mercado de salud hacia 1996 (en US\$).

Agentes de cobertura	Personas cubiertas	Gasto anual (1)	% de personas cubiertas	% del gasto total anual	Gastos (3) beneficiario / año	Gastos (3) beneficiario / mes
Obras Sociales sindicales (2)	15.800.000	3.150	45,34	27,51	199,37	16,61
Obras Sociales personal de dirección	950.000	800	2,73	6,99	842,11	70,18
Empresas de Medicina Prepaga	2.100.000	2.100	6,02	18,34	1.000,00	83,33
INSSJP - PAMI	4.200.000	3.000	12,05	26,20	714,29	59,52
Hospitales públicos	11.800.000	2.400	33,86	20,96	203,39	16,95
Total	34.850.000	11.450	100,00	100,00	328,55	27,38

Fuente: datos de ANSeS, ANSaI, Ministerio de Economía y Diagnos S.A. (Arce, 2000).

(1) Incluye gastos administrativos, en millones de US\$.

(2) Incluye Obras Sociales nacionales y provinciales.

(3) En US\$.

Cabe concluir que los datos que se están exhibiendo, no son muy diferentes a los expuestos en el Cuadro N° 11.8, por lo menos en sus dimensiones relativas. Lo que aquí se procuraba determinar, es cuál sería la magnitud del esfuerzo social que debería realizarse, si se lograra la decisión política necesaria, para integrar el Sistema de Salud en una cobertura articulada y se brindara un aseguramiento universal a toda la población. Otra estimación posterior, con menores precisiones, intentaba estimar el costo de la cobertura total de la

población, incluyendo el gasto en medicamentos, a partir de la integración de las diferentes coberturas actuales y del gasto efectuado por el subsector público (Cuadro N° 11.16).

Cuadro N° 11.16: Dimensiones estimadas del mercado de salud en diciembre de 2000.

Cobertura	Población (1)	Recaudación (2)
Obras Sociales nacionales	11,6	(3) 3.900
Obras Sociales provinciales	5,4	1.700
INSSJP - PAMI	3,4	2.100
Monotributistas	0,5	120
Empresas de Medicina Prepaga y mutuales	2,0	2.000
Subtotal con cobertura	22,9	9.820
Menos: con doble cobertura	1,0	
Subtotal con cobertura consolidado	21,9	
Atención en hospitales y campañas públicas	15,1	5.500
Población total	37,0	15.320
Gasto en medicamentos		4.000
Cobertura total		19.320

Fuente: INDEC, SSS, *Medical Brokers* y Clarín en base a datos del Mercado (Clarín Económico, 10-dic-00).

(1) En millones de habitantes.

(2) En millones de US\$ por año.

(3) Incluye bonos moderadores y coseguros.

Finalmente, una estimación reciente, con datos de múltiples fuentes más precisos, aunque sin contemplar el gasto en medicamentos, logra una visión más actualizada hacia fines de la década, con valores en pesos. Como se ve en el Cuadro N° 11.17, no se modifican significativamente las proporciones presentadas en los cuadros anteriores. Teniendo en cuenta que la paridad cambiaria durante el año 2007 osciló entre US\$ 1 = \$ 3,06 a 3,16, y que los datos recogidos tuvieron diferentes orígenes, podría tomarse un valor promedio de dólar de \$ 3,11. Haciendo ahora el ejercicio de traducir a dólares el mercado de salud estimado por ese cuadro, con el fin de compararlo con las estimaciones anteriores, resulta un valor equivalente a US\$ 16.633,4 millones. Dividiendo este valor para calcular el gasto por persona y por año, según la población estimada en el mismo cuadro, arrojaría un gasto *per capita* del orden de los US\$ 420 anuales. En la misma línea de razonamiento, el gasto anual en salud para la población sin cobertura, sería de unos US\$ 4.748,6 millones, que correspondería a alrededor de US\$ 298 anuales por persona o US\$ 24,8 por mes. Estos últimos valores, obtenidos por una sucesión de estimaciones encadenadas, que condicionan su coincidencia con la realidad, proporcionarían sin embargo una aproximación al costo de un seguro público de salud, destinado a la población sin capacidad contributiva.

Cuadro N° 11.17: Dimensiones estimadas del mercado de salud en 2007 (en pesos).

Cobertura	Población (1)	Recaudación (2)
Obras Sociales nacionales	12.844.178	16.208
Obras Sociales provinciales	5.945.440	
INSSJP - PAMI	3.170.902	4.480
Empresas de Medicina Prepaga y mutuales	3.305.360	6.119
Subtotal con cobertura	25.265.880	-----
Menos: con doble cobertura	- 1.500.000	-----
Subtotal con cobertura consolidado	23.765.880	26.807
Sin cobertura	15.870.389	14.706
Otros gastos (3)	-----	10.216
Población total	39.636.269	51.730

Fuente: *Key Market* en base a datos de Ministerios de Economía y Salud, INDEC, ISalud, ACAMI, ADEMP, AFIP, COSSPRA y SSS (Clarín iEco, 13-jul-08: 36).

(1) En millones de habitantes.

(2) En millones de \$ argentinos por año. Paridad en 2007: US\$ 1 = \$ 3,06 a 3,16.

(3) Incluye gastos de bolsillo, gastos directos de las empresas y otros gastos indirectos de instituciones no lucrativas.

A modo de corolario. Se ha tomado el gasto público en atención médica y acciones preventivas, como una inversión destinada a brindar cobertura universal a la población carente de capacidad contributiva. A esta asignación se sumaron los gastos totales que importan las diferentes coberturas, de que dispone la población con capacidad contributiva. El conjunto de estas erogaciones, constituiría el esfuerzo que debería realizar la sociedad para alcanzar un Sistema de Salud con cobertura universal. En realidad, no se trata de nuevas inversiones, sino de la reasignación de los recursos que el país emplea habitualmente, para brindar la atención de su salud a la totalidad de la población, en base a una organización extremadamente fragmentada. Los pasos que se deberían adoptar para lograr este propósito, surgen de las consideraciones desarrolladas a lo largo del texto precedente. La naturaleza de las decisiones y los actores afectados en cada caso, también han sido tratados durante esa exposición. Con el fin de tipificar los modelos de financiamiento de los sistemas de salud, pueden definirse las fuentes de financiamiento para cada una de las franjas sociales, tal como se presentan en el Cuadro N° 11.18. La evolución histórica del Sector, permite suponer que -en esa clasificación- la Argentina se aproxima a un *modelo mixto* (Wagstaff, 2007). Es decir, más allá de un modelo ideal inspirado en definiciones ideológicas, debe identificarse el camino más breve y posible para alcanzar un sistema integrado, solidario y aceptablemente equitativo, que permita proporcionar a la totalidad de la población los servicios que necesita, con un esquema de financiamiento sustentable en el tiempo.

Cuadro N° 11.18: Modelos de financiamiento de los sistemas de salud.

Modelo	Carenciados y desempleados	Trabajadores formales y clase media	Grupos de altos ingresos
Modelo Asistencialista	Recurso fiscales y donaciones	Pago directo por los servicios	Pago directo por los servicios
Modelo del Seguro Social	Sin recursos definidos	Contribuciones sociales basadas en los salarios	Pago directo por los servicios
Modelo Universalista	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Recursos fiscales y contribuciones sociales	Recursos fiscales y contribuciones sociales
Modelo del Seguro Privado	Sin recursos definidos	Pago directo de las primas	Pago directo de las primas
Modelo Mixto	Recursos fiscales	Pago directo de las primas	Pago directo por los servicios y/o primas

Fuente: González G.-Tobar, 2004: 227; adaptado de Médici, 1995: 37.

Debe admitirse por último que, las circunstancias imperantes con posterioridad a diciembre de 2001, en las que más de la mitad de la población se sumergió por debajo de la línea de pobreza y quedó al margen del mercado de trabajo formal, implicaron un replanteo profundo de la magnitud del esfuerzo que debería realizar el Estado, para lograr un aseguramiento universal de la población. La estimación del Cuadro N° 11.17 procuró representar cuantitativamente el escenario posterior a esa debacle. Sin embargo, Colombia formuló su proyecto de Ley 100 en 1993, con una situación social similar o más grave, y con un 40% del territorio fuera del alcance de las autoridades legalmente constituidas (Cobián y col., 1995).

Comentarios finales sobre la Política Social

A menudo se han confundido las intenciones de los distintos Gobiernos y sus funcionarios, con las acciones efectivas que han logrado llevar a cabo en materia de Política Social. Este tipo de afirmaciones están habitualmente sesgadas por interpretaciones ideológicas, respecto a los que se suponen son los objetivos de quienes toman las decisiones. En realidad, el estudio sobre la Política Social en cada momento de la historia reciente, requiere ineludiblemente conocer la magnitud de las inversiones de cada Gobierno en los sectores sociales, es decir, el Gasto Público Social (GPS). Además, se requiere evaluar si el destino final de esas inversiones ha actuado en sentido *progresivo* en la sociedad, o *regresivo*. Dicho en otros términos, si los beneficiarios de los programas sociales -por pertenecer a los estratos de menores recursos-

aportan mediante su contribución impositiva, en menor proporción que los estratos de mayores ingresos. Este objetivo, que parece obvio en lo referente a la redistribución de la riqueza, no siempre se cumple: en algunos sectores sociales, como la educación terciaria por ejemplo, los estratos de menores ingresos aportan más a través de impuestos, que lo que se benefician utilizando los servicios educativos terciarios, aunque sean ofrecidos gratuitamente. En salud, en cambio, los sectores carenciados son los más se benefician utilizando los servicios públicos (Flood, 1994).

Para evaluar el impacto distributivo del GPS se requiere, en primer lugar, consolidar los gastos de todas las jurisdicciones según el organismo que los ejecuta, a fin de evitar la duplicación de transferencias entre jurisdicciones. Aunque existen diferentes definiciones del GPS según los países, en Argentina se incluye los conceptos correspondientes a la Seguridad Social (Obras Sociales y Sistema Previsional), cuya naturaleza es discutible porque provienen de tributaciones específicas sobre la nómina salarial y, en consecuencia, pueden ser interpretadas como *salario diferido*. La población se estratifica según sus ingresos en 5 niveles o *quintiles* y, a través de diferentes fuentes de información -en especial la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) realizada por el INDEC dos veces por año- se estima, en qué medida cada *quintil* aporta recursos al presupuesto público y de qué modo utiliza los beneficios que esos fondos financian. Esto permite conocer el comportamiento de los distintos niveles de ingresos, así como monitorear en forma constante las variaciones del impacto distributivo, en relación a las líneas económicas predominantes. El estudio discrimina el impacto distributivo según los sectores del gasto social subsidiados a través del gasto público: acciones sociales específicas, salud, educación, vivienda y Seguridad Social. Los estudios sobre el GPS, implementados desde el Ministerio de Economía, han alcanzado series extensas que se remontan a principios de la década del 70 (Diéguez y col., 1991).

El análisis económico en series prolongadas del GPS, muestra que en general la magnitud de las inversiones sociales en la Argentina, ha estado íntimamente vinculada a los ciclos de expansión-recesión de la economía, más allá de la Política Económica de los sucesivos Gobiernos. En las etapas florecientes de expansión económica, con amplio crecimiento del PBI, el GPS se fue incrementando al ritmo de la disponibilidad de fondos públicos y, por el contrario, en las etapas de recesión, el GPS se retrajo en la misma medida. En términos de los postulados de la Política Económica keynesiana -y también de las recomendaciones bíblicas-, en nuestro país el GPS ha sido *pro-cíclico* en lugar de *anti-cíclico*. Es decir, en vez de incrementar la inversión pública social, a fin de reducir los efectos de la retracción económica y sostener el nivel de consumo de la población, durante los períodos recesivos el GPS también se redujo; por el contrario, en los períodos de expansión, el GPS tendió al crecimiento. En lugar de ahorrar en épocas de *vacas gordas*, para disponer de reservas en las de *vacas flacas*, en el país se hizo lo contrario (Flood, 2006: 179-184).

Cuadro N° 11.19: Gasto Público consolidado en porcentajes del PBI, período 1971-2003.

Finalidad	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
G.P.Total	22,3	22,0	24,4	28,4	27,7	26,9	24,5	28,7	28,9	30,4	32,5
G.P.Social	12,4	11,7	13,4	16,5	14,6	12,5	10,3	12,7	12,4	14,9	15,2
G.P.Salud	2,4	2,7	3,1	3,9	3,4	3,0	2,3	2,8	2,9	3,7	4,6

Finalidad	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
G.P.Total	29,0	26,9	27,7	31,5	31,3	33,5	31,3	30,3	29,3	30,5	31,2
G.P.Social	11,0	11,6	13,3	15,5	16,6	17,9	16,0	15,7	17,8	19,1	19,5
G.P.Salud	3,5	3,6	3,9	4,0	4,3	4,4	4,3	3,7	4,4	4,6	4,7

Finalidad	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
G.P.Total	31,3	31,4	32,1	30,2	30,0	30,6	33,9	33,5	35,4	29,0	29,1
G.P.Social	19,9	20,6	20,8	19,7	19,4	19,7	21,4	21,1	21,8	19,4	18,8
G.P.Salud	4,9	5,2	5,3	4,8	4,7	4,8	5,3	5,2	5,3	4,6	4,5

Fuente: modificado de Flood, 2006: 188-189.

G.P.: Gasto Público de todas las jurisdicciones estatales. 1997 y 1998 datos provisorios; 1999 a 2003 estimados.

Como se dijo más arriba, en salud el GPS sectorial global ha tenido un impacto distributivo *progresivo*, especialmente en lo referente a los servicios públicos. Sin embargo, el análisis resulta dificultoso por alto grado de fragmentación institucional del Sector, donde se combinan muchas variables que alteran los resultados. Por una parte, la división entre jurisdicciones provinciales, determina comportamientos distintos en cada provincia, lo que diversifica las variables de análisis según las regiones. Por otra parte, dado que las Obras Sociales están incluidas dentro del GPS, por ejemplo en los *quintiles* intermedios -en los que predominan familias con cobertura de Obras Sociales- se observa una gran variabilidad en los beneficios distributivos, ya que la cobertura que ofrecen es diferente. Trasladar esa diversidad de variables a este libro, nos desviaría del hilo conductor central de la exposición, pero es un componente ineludible para la toma de decisiones en el marco de la Política Sanitaria. En última instancia, el objetivo central de las autoridades sanitarias, es contribuir -a través de los servicios de salud- a la equidad en la distribución de los recursos de la sociedad y a posibilitar el bienestar a todos los sectores de la población.

Apéndice del Capítulo 11: Obras Sociales Provinciales

Aportes y contribuciones sobre la nómina salarial de los trabajadores activos y pasivos.

Jurisdicción	Activos			Pasivos	Total
	Aportes	Contribuciones	Subtotal		
OS's nacionales	3 + 3*	6 + 2*	14	3	17
Buenos Aires	4,5	4,5	9	4,5	13,5
Ciudad de Buenos Aires	3	6 + 2*	11	3	14
Córdoba	4	4,5	9,5	3	11,5
Corrientes	5	6	11	3,5	14,5
Chubut	3	4	7	3 (1)	10
Formosa	5	4	9		
Jujuy	4	6	10		
La Pampa	3,5	4,5	8	s/d	
La Rioja	4,1	5,5	9,6	4,1 (2)	13,7
Mendoza	3 (3)	9	12	1	13
Misiones	5	5	10		
Neuquén	5	7	12		
Río Negro	3,5	5,5	9	6,4	15,4
Salta	4	5	9		
San Juan	3,5	5,5	9		
San Luis	4	4	8	s/d	
Santa Fe	4	6	10	4 (4)	14
Santa Cruz	4	6	10		
Santiago del Estero	4	4	8	s/d	
Tierra del Fuego	4,5	6	10,5	s/d	
Tucumán	4,5	4,5	9	4,5	13,5

Fuente: Torres, 2004: 163.

* Contribuciones destinadas al INSSJ.

(1) Más 4% de contribución a la caja previsional provincial.

(2) Más 3,5% de contribución a la caja previsional provincial.

(3) El aporte es de 2% más 1% por cada familiar dependiente.

(4) Más 6% de contribución de la caja previsional provincial.

No se dispone de algunos datos de las provincias de Chaco, Entre Ríos, Formosa, Misiones, San Juan, Salta, Catamarca, Jujuy, Neuquén y Santa Cruz.

S/d: sin datos sobre trabajadores pasivos.

Modalidades de contratación y efectores de servicios predominantes en cada OSP en 2002.

Provincia	Mecanismos de Pago		Efectores de servicios	
	Servicios de Internación	Servicios Ambulatorios	Servicios de Internación	Servicios Ambulatorios
Buenos Aires	Cartera fija	Capitación	ACliBA+FeCliBA	FeMeBA+Círculos Médicos
Catamarca	Por prestación	Por prestación	FeCliSa	Colegio de Médicos
Chaco	Cartera fija	Capitación	Asociación Local (sanatorios)	Colegio de Médicos
Chubut	Por prestación	Por prestación	No	No
Córdoba	Cartera fija	Capitación	Existen convenios con 3 redes de efectores	Existen convenios con 3 redes de efectores
Corrientes	Cartera fija	Capitación	No	Colegio de Médicos
Entre Ríos	Cartera fija	Capitación	No	No
Formosa	Cartera fija	Por prestación	ACliSa, Federación de	ACliSa, Federación de

			Médicos y APS (1)	Médicos y APS (1)
Jujuy	Por prestación	Por prestación	No	Colegio de Médicos
La Pampa	Por prestación	Por prestación	No	No
La Rioja	Módulos	Por prestación	No	No
Mendoza	Módulos	Por prestación	Asociación de Clínicas	Asociación de Clínicas y Colegio de Médicos
Misiones	Cartera fija	Capitación	Federación de Clínicas y Sanatorios	Colegio de Médicos
Neuquén	Por prestación	Por prestación	No	No
Río Negro	Cartera fija	Capitación	No	No
Salta	Cartera fija	Por prestación	Entidades Sanatoriales	Federación Médica
San Juan	Cartera fija	Por prestación	No	No
San Luis	Por prestación	Capitación	No	No
Santa Cruz	Por prestación	Por prestación	No	No
Santa Fe	Cartera fija		2 Centros Médicos	2 Centros Médicos
Santiago del Estero	Por prestación	Por prestación	Asociación de Clínicas	Colegio de Médicos
Tierra del Fuego	Cartera fija	Capitación	No	No
Tucumán	Por prestación	Por prestación	ACliSa	Colegio de Médicos y Círculo Médico

Fuente: Maceira, 2003, elaborado en base a una encuesta del autor realizada al total de las OSP's.
 APS: se refiere a redes de prestadores fuera de la Federación de Médicos.

Capítulo 12 - Tendencias hospitalarias

Nuevas tendencias en la gestión nosocomial

La década del 90 estuvo signada también por nuevas tendencias en el campo de la gestión hospitalaria, tanto pública como privada, de modo que parece más abarcativo hablar de *gestión nosocomial*. En realidad, sólo en América Latina se habla de *clínicas* o *sanatorios* para referirse a establecimientos privados con internación y, se reserva la denominación de *hospitales privados*, para los grandes nosocomios provenientes de mutualidades de inmigrantes o de asociaciones confesionales. En la legislación provincial de nuestro país, frecuentemente las 3 denominaciones corresponden a distintas magnitudes en cantidad de camas. Pero en Argentina se ha empleado la denominación *policlínico* para referirse a grandes hospitales, mientras que en los países latinoamericanos, en general ese término se utiliza para establecimientos ambulatorios con servicios de diagnóstico y tratamiento. En Norteamérica y en Europa, sólo se habla de *hospitales públicos y privados, con o sin fines de lucro*, de modo que todos los nosocomios con internación son *hospitales*. Las tendencias mencionadas no aparecieron súbitamente en los '90. Como vimos en el Capítulo 9, ya desde los '60 se fueron implementando en nuestro país medidas de descentralización hospitalaria e innovaciones en lo referente a la gestión de los hospitales públicos.

Cambios en la política hospitalaria desde la década del 90

Como se dijo en el capítulo anterior, en abril de 1993 se sancionó el Decreto N° 578, que definía al Hospital Público de Autogestión (HPA), así como las condiciones que debía reunir para adquirir esa calificación. En realidad, el término *autogestión* no hacía más que ponerle un nuevo nombre -adaptado a la terminología de la época- al prolongado proceso de *descentralización*, que venía ocurriendo desde la década del 60. Lo que tenía de innovativo este Decreto es que comprometía los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal), para abonar las facturas que adeudaran las Obras Sociales a los hospitales inscriptos como auto- gestionados. Cabe señalar que los hospitales públicos tenían -y tienen- frecuentes dificultades para cobrar sus facturas a las prestatarias, que prefieren priorizar la cancelación de sus compromisos con los prestadores privados, dado que éstos suelen "cortar los servicios" ante demoras excesivas en los pagos. Como fue comentado, dicho Decreto también expresaba la intención de la autoridad sanitaria nacional, de trasladar paulatinamente el tradicional *subsidio a la oferta* de los nosocomios, hacia el *subsidio a la demanda* de servicios, generada por la población sin cobertura médica. Aunque con un cambio de denominación, esos criterios fueron ratificados por el Gobierno siguiente, mediante el Decreto N° 939/00, que creó el régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD).

La pretendida *reconversión del financiamiento* debería estar reflejada en las partidas del presupuesto de las diferentes jurisdicciones que administran hospitales. Dicha reconversión no debería significar una disminución de la participación del Estado en el sostén del sistema de salud, sino una verdadera *reasignación de los recursos*, en la que se pase de solventar los gastos de funcionamiento, con atención gratuita de todos los usuarios (subsidió a la oferta), a abonar la factura que genere todo paciente que carezca de cobertura, dejando que el hospital se sostenga con lo recaudado por la facturación a las prestatarias y al propio Estado (subsidió a la demanda). Hasta ahora las condiciones enunciadas no se concretaron.

El tradicional comentario respecto a la carencia de recursos humanos y materiales de los hospitales, responde a una inadecuada asignación de recursos, antes que a reales carencias presupuestarias. Esta ineficiente distribución presupuestaria puede observarse, tanto en la afectación inequitativa del personal y en la programación improvisada de las licitaciones, como en el funcionamiento parcial de las instalaciones. Aunque no existen estudios serios y suficientemente

extensos sobre costos hospitalarios, la observación empírica permite asegurar que -en términos de valor por unidad de producción- los costos de los establecimientos públicos son mayores que los de los privados. Esta afirmación es independiente de toda consideración sobre las actividades de docencia, investigación y prevención, que sin duda cumplen los hospitales, ya que éstas deberían tener un financiamiento específico. Lo que aquí se compara es el costo asistencial de los hospitales, en relación a la calidad de los servicios prestados, cuya precariedad habitualmente se justifica en función de deficiencias presupuestarias (Arce, 2007).

Cabe preguntarse ahora si la decisión política de subsidiar la demanda es suficiente para que un establecimiento se *autogestione*. Para que así ocurra, el hospital debe quedar condicionado a la *eficacia* de su *propia gestión*. Requisitos que deben cumplirse para que esto ocurra serían, en primera instancia, dotar a las autoridades de un nosocomio de *capacidad de gestión*, lo que implica otorgarles *poder de decisión* y *responsabilidad* sobre sus actos. Otros requisitos administrativo-legales, para que estas capacidades se concreten, son: contar con *personería jurídica* (actualmente la retiene el Ministerio o el Municipio del que depende cada establecimiento), tener un *estatuto propio* que prevea alguna modalidad formal de *participación comunitaria*, disponer de *autarquía para ejecutar* sus recursos con *fiscalización a ejercicio vencido*, así como facultades para *determinar su plantel* de personal. Los cambios mencionados implican una verdadera transformación de la *cultura hospitalaria*, que suele ser más lenta que los objetivos de las normas que los regulan. Tanto los profesionales como los no profesionales, están imbuidos de la tradición filantrópico-caritativa que regía en ellos hasta mediados del Siglo XX. Las condiciones comentadas deberían cumplirse armónicamente, para arribar a un establecimiento verdaderamente *autogestionado* o de *gestión descentralizada*, sin que pierda su *naturaleza pública*. Pero estas condiciones hasta ahora parecen estar más en las expectativas de los observadores, que en la viabilidad de la toma de decisiones políticas. Ningún político se atreve a resignar el postulado del *hospital público y gratuito*, aunque en la realidad no lo sea. Sin embargo, funcionan con estos criterios los hospitales de los países industrializados y mejoraron profundamente su desempeño.

Gestión privada de algunas funciones del hospital público

Independientemente de las innovaciones *de derecho*, a lo largo de este extenso proceso se fueron dando pequeñas novedades *de hecho*, que determinaron una paulatina transferencia hacia *operatorias privadas*, de algunas de las actividades del hospital público. En primer lugar, las *cooperadoras hospitalarias* cumplieron ese papel, para facilitar la adquisición de insumos y equipamiento de manera ágil, por parte de la Dirección del hospital, sin seguir los prolongados trámites de la administración pública. Las fuentes de recursos que alimentan las Cooperadoras, varían desde la cobranza de *bonos contribución* voluntarios, hasta la explotación del estacionamiento o de la confitería hospitalaria. En la primera modalidad, con frecuencia la voluntariedad es ejercida con un cierto grado de presión sobre los usuarios, ya que éstos suelen sentir que no van a ser bien atendidos, si no contribuyen al sostenimiento del nosocomio. En cuanto a la explotación del estacionamiento o del *buffet*, suelen llevarse a cabo como una concesión de hecho, sin que medie un convenio con términos de reciprocidad, por lo que se termina cediendo patrimonio público a una institución privada, aunque ésta tenga la finalidad de apoyar al hospital. En algunos casos la propia jurisdicción de la que depende el establecimiento, otorga subsidios a las Cooperadoras, con lo que se alientan vías administrativas extra-estatales para aliviar la pesada carga de la burocracia estatal. En última instancia, tanto la Dirección como la autoridad sanitaria de la que depende, son conscientes de la extraordinaria lentitud que implican las gestiones administrativas centralizadas.

Es excepcional que las Cooperadoras se dediquen a interesar a las empresas asentadas en el área programática, a que contribuyan con donaciones al sostenimiento hospitalario, aunque ésta debería ser una de las tareas principales de los cooperadores. Otro circuito administrativo que obstaculiza el normal desempeño hospitalario, es el de dar de baja bienes *durables* o *patrimoniales*. Tanto las plantas físicas como el equipamiento son considerados parte del patrimonio de la administración pública de la jurisdicción y, en consecuencia, están incorporados a las cuentas anuales, elaboradas por el Ministerio de Economía local. De modo que dar de baja bienes que han dejado de ser utilizables, por desgaste u obsolescencia, implica tantos pasos

administrativos como adquirirlos. Por consiguiente, los depósitos o los garajes suelen estar abarrotados de mobiliario o equipos médicos en desuso, a la espera de contar con la autorización para desprenderse de ellos. Si la decisión fuera más ágil, las Cooperadoras podrían ocuparse de colocar a precios de mercado, bienes obsoletos que han debido ser reemplazados en el hospital. En la situación actual, cuando la administración central completa el trámite, los elementos no tienen otro camino que el de eliminarlos en vaciaderos comunes.

Un aspecto gestionado más formalmente, han sido las sucesivas *tercerizaciones* instrumentadas a través de las partidas de *contratación de servicios a terceros*, como limpieza, seguridad, alimentación, 2^{do} y 3^{er} escalón de mantenimiento, o la facturación y cobranzas de prestaciones a la Seguridad Social (Arce, 1995). Los 2^{do} y 3^{er} escalones de mantenimiento han sido en general contratados a terceros. Tradicionalmente el 1^{er} escalón correspondía a personal estable de Mantenimiento del hospital, que hace pequeñas reparaciones, plomería, pintura, albañilería liviana o instalaciones sencillas. El 2^{do} escalón estaba asignado a personal de la administración central, que contaba con más recursos y grado de especialización superior para encarar arreglos de mayor magnitud, en general, no exclusivos de la autoridad sanitaria. El 3^{er} escalón implica la contratación de empresas especializadas en construcciones, instalaciones de servicios, mantenimiento de equipos electrónicos, etc. Con el paso del tiempo, tanto el 2^{do} como el 3^{er} escalón de mantenimiento han sido delegados a terceros. De hecho, las actuales instalaciones de la infraestructura hospitalaria de servicios (electricidad, gases, sanitarios, aire acondicionado, etc.), requieren un alto grado de especialización y complejidad, que están fuera del alcance de personal con calificación básica.

Por el contrario, siguiendo tendencias que también se verifican en el campo de las empresas privadas de cualquier tipo, actividades como limpieza, lavandería, seguridad y alimentación han sido licitadas para su gestión por empresas especializadas. El primer avance en este sentido, desde fines de la década del 70, fue la gestión privada del servicio de Alimentación. Las formas de delegación adoptadas para esta función fueron variadas: a) la compra de insumos y la conducción de la cocina, manteniendo el personal de planta del hospital; b) compra de insumos, renovación del equipamiento de cocina y elaboración de las comidas con personal de la empresa, y c) la provisión en bandejas térmicas de las comidas elaboradas fuera de la planta del hospital. Los resultados de estas innovaciones fueron variados, dependiendo de la solvencia de la empresa, de las condiciones de la contratación y de la capacidad de fiscalización de las Nutricionistas del servicio de Alimentación. Los servicios externos de Limpieza, especialmente para los sectores de circulación de público y las circulaciones técnicas, han dado buen resultado en los hospitales grandes con extensas superficies en la planta física. Lo mismo ocurrió con las Lavanderías para ropa blanca y de cama, que seguían circuitos y tratamientos diferentes, según fueran sucias o contaminadas. En lo referente a los servicios de Seguridad, éstos han adquirido la mayor relevancia y nivel de especialización, en razón del alto costo actual del equipamiento hospitalario y de los mayores riesgos en esta materia, no sólo por los equipos específicos de diagnóstico y tratamiento, sino también por los equipos administrativos, como computadoras, impresoras, etc.

La modalidad de *tercerización* más reciente e innovativa, ha sido la del servicio de facturación y cobranzas, mediante la cual una empresa se hacía cargo del registro, procesamiento, elaboración de las facturaciones y la gestión de cobranzas ante las diferentes entidades prestatarias de cobertura a los usuarios. En algunos casos se llevó a cabo a través de la propia decisión de las autoridades de la jurisdicción, mediante licitaciones o contrataciones directas con empresas locales, como por ejemplo en la Universidad de Buenos Aires o la Provincia de Buenos Aires. Durante la década del 90, la provisión de esta tecnología de gestión fue ejecutada en base a financiamiento externo (ver Capítulo 11), mediante una línea de crédito del Banco Mundial (Préstamo AR 3931), destinada a prestar asistencia técnica para desarrollar el modelo de HPA, bajo la denominación de Programa de Reforma del Sector Provincial en Salud (PRéSSa). En realidad, el proyecto tenía la finalidad de reconvertir integralmente la gestión administrativa hospitalaria pero, en la práctica, el producto tangible que dejaron las consultorías -casi con exclusividad- fue la preparación de los hospitales para facturar.

Quizá la última *tercerización* en servicios de apoyo fue promovida por las normas nacionales y provinciales sobre *residuos patogénicos*, que empezaron a difundirse en forma casi simultánea con la creación de empresas operadoras de hornos pirolíticos de combustión completa. Tradicionalmente los establecimientos contaban con incineradores convencionales, para la

disposición final de los residuos potencialmente contaminantes; pero este tipo de combustión - además de contaminar la atmósfera- no garantizaba la degradación completa de los elementos biológicos. La aparición de hornos de doble cámara y reducción total de los residuos, posibilitó el desarrollo de empresas dedicadas a la recolección, procesamiento y disposición final de las cenizas, que contrataron sus servicios hospitalarios cotidianos, recogiendo residuos dispuestos a través de un circuito específico. Durante la etapa inicial en los '90, hubo abusos en este sentido, ya que las primeras legislaciones calificaban como potencialmente patológico, todo lo que tuviera origen hospitalario, incrementando artificialmente los costos del servicio. En realidad, la mayor parte de los residuos hospitalarios están lejos de ser patológicos: restos de alimentos, escombros, envases de insumos, papelería variada, materiales inertes de distinto tipo, etc. Sólo las piezas anatómicas, las muestras de distintos fluidos corporales, los medicamentos descartados, o los materiales descartables empleados en la atención de los enfermos, podrían considerarse estrictamente *patológicos*. El resto de los residuos nosocomiales no requieren un tratamiento diferente del que reciben los convencionales de la comunidad.

En lo específicamente asistencial, también se implementaron algunas privatizaciones con diversos grados de legitimidad. En primer lugar, en ciudades del interior del país, se establecieron bancos de sangre centralizados, que se encargaron de proporcionar hemoderivados a los establecimientos locales públicos y/o privados. Estos servicios externos de Hemoterapia garantizaban las condiciones de calidad científicamente requeridas, que hubieran estado distantes del alcance de los nosocomios individuales, si éstos hubieran quedado obligados a auto-abastecerse. En cambio, resulta más discutible la concesión a *operadores privados* de algunos servicios de diagnóstico, o la instalación de empresas privadas (tomógrafos computados o laboratorios, p.ej.) dentro de la planta física del hospital (Díaz M., 1991). En el ámbito privado, esta forma de funcionamiento *tercerizado* de los servicios asistenciales fue muy frecuente desde los '80, pero así como desde la década del 90 ese modelo organizativo resultó ineficiente aún en ese mismo ámbito, tampoco fue razonable que los hospitales públicos lograsen contar con equipos de alta complejidad, mediante inversiones de operadores privados, cuyos intereses podían llegar a ser contradictorios con los de la institución que los albergara.

Requeriría una discusión particular el caso de los centros de Diálisis Crónica. Recientemente, se han concedido a la empresa privada Fresenius Medical Care la gestión de centros de diálisis crónica en hospitales públicos; por ejemplo, en el Instituto de Investigaciones Médicas "Alfredo Lanari" de Buenos Aires y en el Hospital de Alta Complejidad "Presidente Perón" de Formosa. En el ámbito privado ésta es la operatoria habitual de los centros de Diálisis Crónica, ya sea que pertenezcan a una empresa multinacional como la nombrada -que además es productora de equipos e insumos específicos- o a pequeños operadores individuales especializados. La terapia de sustitución en nefropatías terminales es un caso especial, porque el grado de especialización de las normas de calidad de las instalaciones, requiere tal grado de precisión, que su disponibilidad queda limitada aún para los especialistas más capacitados (ITAES, 2004).

Las alianzas público-privadas como camino para inversiones hospitalarias

Un aspecto más avanzado para renovar las inversiones y la operatoria de los establecimientos públicos, es el de las alianzas público-privadas (APP), término con el que se han caracterizado a sociedades mixtas entre el Estado y empresas privadas, con el fin de construir y gestionar un nosocomio. A nivel internacional ha sido un tema de agitada polémica, ya que se ha aplicado en países con un alto arraigo de servicios públicos. En algunos países industrializados se han ejecutado alianzas de considerable riesgo, teniendo en cuenta que están organizados bajo el modelo de Servicio Nacional de Salud -como el Reino Unido, España o Australia- con cierta tradición de Medicina *socializada*.

En la Argentina, podrían ser considerados APP los casos -ya comentados en el Capítulo 9- del CEMIC y de la Fundación Favaloro. En el primero, se cedió una parte de la planta física de un hospital público, para que fuera gestionada por una asociación civil sin fines de lucro, que a su vez contaba con un convenio para la cobertura asistencial del personal de un *holding* de empresas privadas lucrativas, las del grupo Bemberg. En el segundo caso, sucesivos Gobiernos otorgaron diferentes formas de subsidio -incluyendo la garantía nacional de un crédito del BID- a una

fundación, para que construyera un hospital complejo, que opera y compite en el ámbito privado. Pero en general, este tipo de alianzas no han ido más allá de que la jurisdicción interesada convoque a una licitación para el proyecto y construcción de un hospital, ya sea con financiamiento nacional como internacional. Una vez construido y equipado, la gestión del nosocomio queda en manos de la autoridad sanitaria local, que se ocupa de la designación del personal y de las normas institucionales de funcionamiento; es el caso de los hospitales construidos con el préstamo 516 del BID (Capítulo 11).

En otros casos, la empresa constructora también se hizo cargo del mantenimiento ulterior de la planta física, pero siempre preservando el patrimonio estatal de los bienes. Cualquier compromiso ulterior de la empresa privada en la gestión nosocomial, hubiera sido considerado una virtual *privatización* hospitalaria. Sin embargo, las autoridades sanitarias provinciales han sido más flexibles para aceptar contratos de consultoras internacionales, destinados a la *reconversión administrativa* de los hospitales, en el marco del proyecto de HPA, porque esto implicaba fondos frescos para el área de Salud, como ocurrió en el ya mencionado proyecto del PReSSal. Es significativo que en otros servicios públicos, como teléfonos, electricidad, gas y aguas, se han admitido acuerdos de inversión y gestión privada, con compromiso de restitución del patrimonio público -con las mejoras incluidas- al término de la concesión. Un comportamiento de este tipo sería considerado inadmisibles en Salud y Educación, aunque finalmente se admita que el Estado termine subsidiando emprendimientos privados por distintas vías en estas áreas, a veces sin una adecuada contraprestación a cambio. Una excepción a este comportamiento, es el caso del Hospital del Milagro de Salta, que fue construido con el préstamo BID-516, y que es gerenciado por una consultora privada de origen catalán.

Un estudio muy interesante del Banco Mundial procura tipificar este tipo de alianzas, tomando ejemplos de los países citados, en los que analiza sus fortalezas y debilidades. Debe admitirse que, tanto en Argentina como en los países latinoamericanos, se está muy lejos de este tipo de iniciativas, pero conviene comentarlas al menos como posibles alternativas futuras. En primer lugar tipifica 6 tipos de APP (McKee, 2006):

- a) Franquicia: la autoridad pública contrata una empresa privada para gestionar un hospital ya existente.
- b) DCFO (diseño-construcción-financiación-operación): un consorcio privado proyecta un hospital en base a los requerimientos específicos de la autoridad pública, lo construye, financia la inversión y gestiona su funcionamiento.
- c) CPO (construcción-propiedad-operación): la autoridad pública compra servicios privados por un período fijo (digamos 30 años), a cuyo término la propiedad la retiene el prestador privado.
- d) CPOT (construcción-propiedad-operación-transferencia): la autoridad pública compra servicios por un período fijo, a cuyo término la propiedad se transfiere a la autoridad pública.
- e) CPR (compra-propiedad-restitución): un contratista privado construye un hospital, que luego es retro-arrendado y gestionado por la autoridad pública.
- f) Modelo Alzira: un contratista privado construye y gestiona un hospital, mediante un contrato para prestar atención a una población definida.

Los problemas emergentes de estas iniciativas con financiamiento privado fueron variados, y dependieron más de factores de implementación, que de condiciones inherentes al modelo de alianza. No obstante, en los países donde se aplicaron, el análisis no estuvo exento de sesgos ideológicos. En el último modelo, empleado en 1999 en el Hospital Alzira de Valencia (España), un consorcio integrado por una compañía aseguradora, bancos y empresas constructoras, fue adjudicatario de la construcción de un hospital para reemplazar a otro obsoleto. El nosocomio alcanzó altos niveles de rendimiento, pero tuvo pobres resultados en sus relaciones laborales, debido a una inadecuada proyección de su sustentabilidad financiera, por lo que en 2002 debió reconducirse el contrato. Otro caso fue el del *Paddington Health Campus* de Londres, donde se seleccionó una propuesta financiera privada, a fin de concentrar varios hospitales-escuela de primer nivel en un mismo lugar de Londres. El presupuesto inicial fue de £ 300 millones a ser completados en 2006, pero una vez en curso debió ser replanteado a £ 894 millones para ser invertidos hasta 2013. Sólo la preparación del proyecto insumió £ 15 millones. El informe oficial destacó su extrema complejidad, responsabilidades mal definidas y fallas del Gobierno central para determinar la sustentabilidad del esquema. El tercer ejemplo es el del Hospital Regional La Trobe de Melbourne (Australia), que fue construido por una empresa privada para reemplazar a

varios hospitales antiguos. El contrato incluía una cláusula confidencial, para prestar servicios al Gobierno del Estado de Victoria durante 20 años. En 1999 el hospital perdió AU\$ 6 millones (dólares australianos) y se preveían nuevas pérdidas. En 2000, luego de un conflicto judicial, se llegó a un acuerdo por el que la empresa fue liberada del contrato y vendió el hospital al Gobierno en AU\$ 6,6 millones (la mitad de su valor) más un pago adicional AU\$ 1 millón.

Los modelos y ejemplos mencionados muestran sorprendentemente que, aún en los países industrializados, las inversiones en capacidad instalada hospitalaria representan un problema de gran envergadura, que alienta innovaciones en ingeniería financiera para establecer infraestructura, cuya sustentabilidad sea proporcionada por los propios inversores-constructores, de modo que posibilite incorporar patrimonio público a largo plazo. En la Argentina, este tipo de convenios para servicios hospitalarios provocarían grandes conflictos, aunque estén respaldados por acuerdos de reciprocidad jurídicamente consolidados. Pero por otra parte estas alianzas, que llaman la atención en el campo hospitalario, han sido sin embargo frecuentes en el país, en áreas como exploración y explotación petrolera, o construcción de autopistas.

Operatoria habitual de los servicios públicos

Tras revisar algunas tendencias en materia de política hospitalaria, conviene analizar ahora cuáles son los rasgos del desenvolvimiento cotidiano de los hospitales y cómo se configura su comportamiento micro-económico dentro del Sector Salud. Como principio rector fundacional, el subsistema de servicios públicos se encuentra abierto a toda la población: el hospital es “público y gratuito”. Esta afirmación expresa una constante política, proveniente de la primera mitad del Siglo XX, cuya retórica nadie se atreve a contradecir.

Sin embargo, en la mayor parte de estos hospitales se factura a la entidad aseguradora, de modo que para los usuarios que están cubiertos por una Obra Social o una empresa de Medicina Prepaga, el hospital público no es *gratuito*, siempre que hayan declarado su cobertura. Si el paciente no declara su cobertura y goza de una atención sin cargo, se dice que implica un *subsidio indirecto* desde el subsector público al de la Seguridad Social. Pero el ciudadano que tiene capacidad contributiva, no sólo contribuye a los fondos específicos de la Seguridad Social, sino también a otros impuestos generales, que alimentan las rentas generales del Estado y sostienen los servicios públicos. Por consiguiente, debería gozar de todos los derechos como usuario. En cambio, sólo la población carente de capacidad contributiva tiene *pleno derecho* a esa *gratuidad*, pese a que está habitualmente vinculada a la economía informal, habita viviendas precarias y no contribuye a los impuestos generales, salvo en los gravámenes asociados al consumo, como el IVA.

Debido a las corrientes migratorias observadas en América Latina desde la década del 90, una gran parte de esos estratos de la población proviene de países latinoamericanos, se encuentran en condiciones de residencia precaria o son indocumentados. Incluso en las áreas de frontera, los habitantes de países limítrofes acostumbran a cruzar hasta los hospitales cercanos para recibir una atención, cuya calidad y gratuidad les son negadas en sus propias tierras. Hasta fines de 2001, aproximadamente 1/3 de la población era usuaria habitual de los servicios públicos sin contar con cobertura, con un gasto promedio que, hacia 1995 se estimaba en unos US\$ 17 por persona y por mes (ver Cuadro N° 11.15). Según las zonas del país, los pacientes sin cobertura que concurrían a hospitales públicos, constituían entre el 50 y 80% de la demanda de cada hospital. Pero en las sucesivas circunstancias de crisis financiera de las Obras Sociales, los hospitales han actuado como válvula asistencial de los cortes de servicios, con que los prestadores solían sancionarlas. Esta situación se agravó a partir de 2002, en que la mitad de la población cayó en condiciones de carencia grave y se volcó hacia los servicios públicos.

El comportamiento micro-económico de los hospitales aún tiene rasgos derivados de sus antecedentes filantrópicos. Los sueldos del personal insumen entre el 75 y el 90 % del gasto total. Funcionan a pleno sólo durante la mañana y los médicos no cumplen en general con los horarios que nominalmente les corresponden. Aún cuando facturan prestaciones a las entidades aseguradoras, el peso de lo recaudado por este concepto, puede oscilar entre el 5 y el 10% del gasto total, excepcionalmente más. Como se comentó antes, a los pacientes sin cobertura se les piden contribuciones a Cooperadoras. La atención ambulatoria no se programa por turnos previos: los pacientes concurren a la madrugada para acceder a una cantidad limitada de turnos, con los que serán atendidos entre las 8 y 11 horas. Tampoco suele haber una entrega centralizada de turnos: Laboratorio, Imágenes y demás servicios de

diagnóstico, programan los suyos. En las salas ocurre algo similar: todos los médicos se concentran durante la mañana, los eventos que ocurren durante la tarde quedan a cargo de los médicos de guardia, o de los residentes, si los hay. Los plazos de internación suelen prolongarse a la espera de interconsultas con especialistas, turnos de procedimientos de diagnóstico o de quirófanos. Las estadísticas suelen mostrar una utilización excesiva del servicio de Emergencias, aún para tratar patologías que no implican urgencias, dado que fuera del horario matutino, la Guardia es *todo* el hospital. La actitud general del usuario es de sumisión, o la de un enfermo que está por recibir una concesión altruista. Como contrapartida, la actitud de médicos y enfermeras suele ser autoritaria o en una posición de condescendiente superioridad.

Como ya se mencionó, las inversiones realizadas con financiamiento externo para procurar su *reconversión*, no han tenido otras consecuencias que incorporar la facturación de prestaciones a aseguradores, pero en general, no se modificó la lógica de su funcionamiento cotidiano. Los hospitales tienen una mayor cantidad de médicos que de enfermeras, reproduciendo la distribución general de los recursos humanos en el país. Con frecuencia, profesionales que tienen *concurrencia honoraria* al hospital, terminan ocupando un cargo no profesional y, paulatinamente, se van transformando puestos de trabajo que originalmente eran *no profesionales*. Los profesionales no cumplen los horarios que les corresponderían según su designación, porque una gran parte del día la dedican a sus actividades privadas. En los hospitales, las mismas personas - profesionales y no profesionales- que por la tarde trabajan en establecimientos privados, y funcionan con eficiencia *comercial*, por la mañana tienen una actitud *caritativa* y sabotean frecuentemente las medidas administrativas, tendientes a que los pacientes declaren su cobertura y se puedan facturar los servicios prestados. La experiencia ha mostrado que además se precisa *interesar* al personal en el funcionamiento eficiente del sistema. La distribución -con carácter de *incentivo*- de una parte de lo recaudado entre los profesionales y trabajadores hospitalarios, es una medida que ha mostrado buenos resultados en algunas oportunidades, aunque no es la única posible. El carácter del incentivo en algunos casos ha estado vinculado al presentismo, como *contribución a la productividad* hospitalaria. Por el contrario, los criterios de *producción por servicio* han tenido efectos no satisfactorios, ya que suelen determinar una puja interna por los incentivos, que conspira contra la eficiencia general de la organización.

En síntesis, la calidad humana y administrativa del funcionamiento de los hospitales públicos es deficiente, aunque habitualmente la calidad técnica de la atención médica es de alta jerarquía. Los rasgos de este comportamiento provienen de un marcado arraigo cultural, tanto en la población usuaria, como en el personal hospitalario. Es improbable que puedan modificarse estas conductas con medidas parciales, sin abordar las condiciones estructurales de fondo. Siguiendo las tendencias actuales en materia de gestión, el hospital debería ser una *empresa pública de servicios*. El Estado debería hacerse cargo de subsidiar a la población carenciada mediante un seguro público, reasignando paulatinamente los recursos que anteriormente destinaba a atender las erogaciones corrientes de los establecimientos. Debería admitirse entonces que el hospital es *público* pero no *gratuito*, como ocurre en todos los países que tienen un sistema único de financiamiento (Reino Unido, Alemania, Canadá, Chile, Brasil o Colombia). La actitud de las jurisdicciones estatales respecto a los hospitales de su dependencia, termina de ilustrar la cultura predominante: ningún hospital del país ha sido *habilitado* por autoridad sanitaria alguna, ni los alcanzan inspecciones municipales para ascensores, dispositivos contra incendios y otras medidas de seguridad. La inmensa mayoría carecen de personería jurídica y, en consecuencia, no pueden firmar contratos ni reclamar compromisos de pago. No puede esperarse un funcionamiento sólido y sustentable, en una institución cuyos cimientos jurídicos son débiles.

Comportamiento de los prestadores privados

En el capítulo anterior describimos el amplio espectro de instituciones que integran este sector: centros médicos ambulatorios, institutos especializados, centros ambulatorios de diagnóstico, sanatorios generales o especializados con internación y hospitales mutuales de comunidades extranjeras. Por otra parte, la microeconomía de estas unidades asistenciales fue abordada en el Capítulo 8. Conviene retroceder unas décadas al revisar su evolución, para

comprender mejor sus rasgos más recientes. La modalidad contractual generalizada, mediante la que se expandieron los prestadores privados desde la década del 60, fue el pago *por prestación a valores del NN* -que eran exigüos- pero permitieron que estas instituciones sobrevivieran. Como contrapartida, las Obras Sociales estaban obligadas a contratar a la entidad gremial y a *todos* los prestadores inscriptos, buenos o malos. El circuito administrativo corriente de facturación, determinaba plazos de pago muy prolongados, medidos desde el momento en que el prestador efectuaba el acto asistencial hasta que se liquidaban sus honorarios, como fue analizado en el Capítulo 8. En épocas en que toda la operatoria se realizaba manualmente, entre el acto médico y el pago solían transcurrir 6 meses.

La explicación de cómo estas unidades asistenciales proliferaron con tanto dinamismo en ese período, es multifactorial. El período de expansión coincidió con una formación ilimitada de médicos, que -participando en una iniciativa sanatorial- encontraron una oportunidad *primitiva* o de bajo riesgo para *acumular capital*. En segundo lugar, los dirigentes gremiales que administraban las Obras Sociales -atendiendo a las expectativas de sus beneficiarios- privilegiaron la contratación de establecimientos privados, que tenían una *imagen* más digna en la atención a los usuarios que la de los hospitales públicos. A esto se agregaba la *monopolización de la oferta* de servicios ejercida por las asociaciones de prestadores, que obligaban a las Obras Sociales a contratar la totalidad de los prestadores inscriptos y protegían por ese medio el crecimiento irrestricto de la oferta. Pero además -y quizás el factor principal- la gran mayoría de las instituciones sanatoriales del país, no nació con *vocación* de empresa. Los propietarios de esas clínicas, fundamentalmente procuraban contar con un adecuado *continente* para su propio trabajo, antes que constituir una *empresa* productora de servicios. El padrón de accionistas de estas sociedades, a menudo reunían 50, 100 ó más médicos, sin que la tenencia de estas acciones tuviera alguna significación patrimonial, dado que el *capital social* acumulado era mínimo.

En estos establecimientos, el *trabajo médico* fue siempre prioritario respecto de la *empresa*. De manera que, aunque la retribución del trabajo sanatorial fuera precaria, para los médicos fue siempre prioritario garantizar sus propios honorarios profesionales. Por otra parte, la posibilidad de requerir a los pacientes pagos adicionales *al contado* o *plus*, actuó siempre como *válvula de precios* en circunstancias desfavorables. Con conductas equivalentes, se desarrollaron la mayor parte de los sanatorios en el período mencionado, teniendo en cuenta además que la magnitud de las inversiones hasta comienzos de los '70 -cuando aún no existían servicios de terapia intensiva ni tecnología *pesada* de diagnóstico- era proporcionalmente baja, y esencialmente dedicada a *hotelería* hospitalaria. La *avalancha* tecnológica de la década del 70, encontró a estas empresas sin capacidad de *capitalización*. Para actualizar su equipamiento, debieron recurrir a quienes habían mantenido cierta capacidad de ahorro: otros médicos, vinculados a especialidades *tecnología-intensivas*, que habían sido particularmente gratificadas por la estructura arancelaria del Nomenclador Nacional. Los nuevos especialistas no se incorporaron como *socios* de la empresa, sino como *arrendatarios* de la explotación de un servicio, aportando su propio equipamiento. En lugar de empresas capitalizadas, se fueron conformando modelos institucionales comparables a un *shopping center*, donde el Radiólogo explotaba el servicio de Rayos X y era propietario del aparato, el Bioquímico usufructuaba el Laboratorio, el Gastroenterólogo los fibroscopios y el Terapeuta, la Terapia Intensiva. La empresa sanatorial propiamente dicha quedó con lo menos rentable, la explotación de la planta física o la hotelería de internación. En el marco de esta organización fragmentada, lo natural era que cada servicio pugnara por la optimización de su inversión, más allá de la estricta secuencia racional de diagnóstico y tratamiento, necesaria para cada paciente. El *riesgo financiero* del costo asistencial, corría totalmente por cuenta de la entidad financiadora. Esta lógica determinada por la desagregación arancelaria, funcionó mientras subsistieron los contratos pagados *por prestación* (Arce, 2000).

Pero a partir de la crisis hiperinflacionaria, las Obras Sociales comenzaron a buscar contrataciones distintas, que redujeran sus riesgos. Grupos de sanatorios admitieron contratos *por capitación* o *aranceles globalizados*. Estos fenómenos fueron ampliamente analizados en el Capítulo 11. Pero los comportamientos fueron diferentes, según el grado de autonomía empresarial de cada institución. Los hechos descriptos se extendieron masivamente con la decisión del PAMI en 1992, de licitar *redes* de establecimientos para atender el 2^{do} nivel de atención (ambulatorio especializado, emergencias e internación). Estas redes fueron denominadas Unidades Prestacionales Integradas (UPI) e inicialmente, se constituyeron a punto de partida de la adhesión

voluntaria de los sanatorios asociados a la entidad gremial de la zona. Posteriormente, algunos establecimientos procuraron presentarse, agrupados al margen de la entidad gremial, o ésta misma promovía un proceso de auto-selección en su seno. Por otra parte, algunas entidades corporativas lideraron intensos procesos de auto-selección y racionalización, que les permitieron estructurar redes asistenciales competitivas, a escalas económicas de gran magnitud. La modalidad de estos convenios con el PAMI era, en todos los casos, de pago por capitación. Algunos intentos iniciales, procuraron simplificar la distribución de los fondos en el interior de la red, repartiendo los recursos en relación proporcional al número de camas de cada establecimiento; esta conducta fue luego explícitamente prohibida por el PAMI.

En consecuencia se difundieron nuevas modalidades retributivas, como *aranceles modulares* por patología e *incentivos a la restricción* de los gastos generales de la red, distribuyendo los fondos remanentes entre los establecimientos asociados. Con los aranceles modulares se mantuvo una modalidad intra-red de pago por prestación, pero se trasladaba parte del riesgo financiero al interior del sanatorio, que ahora debía definir cómo distribuiría internamente los recursos. Hacia 1997, en el marco de la introducción de reformas pro-competitivas acordadas por el Ministerio de Economía con el FMI, el PAMI se propuso ampliar el marco geográfico de esta competencia, desde el nivel municipal o provincial al nivel nacional. Apresuradamente debieron constituirse redes nacionales de servicios, que habrían de competir entre sí por la captación voluntaria de la población beneficiaria de todo el país. Esta reforma no alcanzó a concretarse, pero tuvo el efecto de acentuar el poder de administraciones, especializadas ahora como *gerenciadoras*, así como de generar nuevas alianzas entre prestadores, que dispusieran de condiciones de liderazgo local y autonomía negociadora.

En síntesis, los prestadores privados de servicios de salud constituyen un conjunto muy heterogéneo de instituciones, que en su mayoría se encuentran muy distantes del comportamiento de los hospitales privados de los países industrializados. Una enorme cantidad de pequeñas unidades económicas -alrededor de 2.000 establecimientos de un promedio de 35 camas-, que ensayan conductas muy heterogéneas, constituyen sin embargo un sector muy dinámico del Sistema de Salud argentino. Las tendencias parecen indicar que transitan hacia la conformación de empresas de servicios complejas, pero este camino es particularmente sinuoso debido a la gran diversidad de empresas, propietarios, gerenciadore, redes y contratos. Los reiterados cambios en la operatoria del sistema, así como condiciones macroeconómicas de muy alto riesgo, han determinado comportamientos cautelosos y especulativos de pequeños propietarios, en lugar de decisiones empresarias de inversión a mediano y largo plazo. El factor tecnológico, por las deudas en moneda extranjera que implica, es uno de los determinantes principales que condicionan su comportamiento individual como empresas. Pero no puede dejar de tenerse en cuenta esta parte de la capacidad instalada asistencial, si se pretende un enfoque abarcativo de la política hospitalaria.

Modalidades de gobierno hospitalario predominantes en América Latina

Aunque el objetivo de este capítulo se circunscribe a las tendencias hospitalarias en la Argentina, conviene referirlas al marco regional, a efectos de identificar a través de los fenómenos de otros países, ejemplos válidos para explicar los nuestros. Del mismo modo, los comentarios sobre las alianzas público-privadas, permitieron objetivar la potencial repercusión de eventuales iniciativas locales.

Como antecedente de la evolución de los servicios hospitalarios, en el Capítulo 9 se citó las tendencias que Milton Roemer identificaba como universales en las décadas del 60 y 70 (Roemer, 1977: 342-370). Previamente clasificaba a los países según sus modalidades decisorias en materia hospitalaria y a su nivel de desarrollo socio-económico, sugiriendo con este enfoque que las modalidades organizativas del sistema sanitario, no guardaban relaciones lineales de causalidad con el desarrollo socio-económico, ni con la ideología política dominante (Arce 1993: 123-154). Al respecto exhibía algunos ejemplos encontrados en 1966, que se muestran en el Cuadro N° 12.1:

Cuadro N° 12.1: Modalidades decisorias de gobierno hospitalario en distintos países.

Desarrollo socio-económico	Modalidad decisoria en materia hospitalaria		
	Descentralizada	Combinada	Centralizada
Bajo	Perú	Filipinas	Togo - Malasia
Intermedio	Israel	Irán - Chile	Bulgaria - URSS
Alto	EE.UU.	Francia - Suecia	Inglaterra - Gales

Fuente: Roemer, 1977: 343.

Un estudio reciente realizado en el marco del Banco Mundial, analiza los rasgos del gobierno hospitalario en América Latina y su relación con el desempeño organizacional, mediante una encuesta efectuada en un número extenso de hospitales de Brasil, Colombia, México y Argentina. En primer lugar identifica las principales teorías que sustentan estrategias para alcanzar la mayor eficacia en el gobierno institucional, adecuándolas al campo hospitalario (Bogue y col., 2007):

- Teoría de la contingencia. Las organizaciones logran su mejor desempeño cuando tienen medios efectivos para comprender y actuar ante las contingencias que deben enfrentar.
- Teoría de la dependencia de recursos. La base de la supervivencia de una organización depende de identificar y explotar los recursos de que dispone en su medio, especialmente a través de las relaciones con otras personas, grupos u organizaciones.
- Teoría de la perspectiva institucional. El rendimiento de la organización es resultante del balance entre dos imperativos: el técnico -conduciendo las operaciones en forma eficiente- y el institucional, haciéndolo conforme a las creencias y normas del entorno social.
- Teoría de la agencia. Focaliza en la distribución del trabajo dentro de la organización, cuando la máxima autoridad delega responsabilidades en los diferentes *agentes*, posibilitando que éstos conozcan sus funciones y actúen de conformidad con ellas.
- Teoría del costo hospitalario. Ha sido ampliamente utilizada para determinar la magnitud de las inversiones requeridas, especialmente para grandes hospitales integrados verticalmente a un sistema de servicios de salud; enfatiza en el costo de las prestaciones.
- Teoría de la ecología social. El éxito o el fracaso dependen de la adaptación del hospital a los cambios evolutivos socio-culturales de la población en la que se desenvuelve, incluyendo su naturaleza institucional de público o privado.

A efectos de caracterizar los rasgos del gobierno hospitalario en cada país, los autores identifican 4 variables representativas del grado de autonomía de los nosocomios: I) la forma de gobierno y su dependencia; II) las facultades decisorias de las autoridades ejecutivas; III) el grado de exposición a la competencia del mercado, y IV) la capacidad de utilizar los fondos no ejecutados. En el Cuadro N° 12.2 se procura sintetizar el comportamiento de estas variables en los establecimientos públicos y privados de cada país.

Cuadro N° 12.2: Estructura de conducción hospitalaria en 4 países latinoamericanos.

País	Forma de gobierno	Facultades decisorias	Exposición competitiva	Uso de fondos residuales
Argentina	<u>Públicos</u> . a) la mayoría bajo dependencia del Gobierno; b) unos pocos hospitales "autogestionados" con personería jurídica, tienen Directorio.	- Muy limitadas. - Poseen facultades decisorias en los ingresos, inversiones, oferta de servicios y procesos de gestión.	- Financiados principalmente por el presupuesto. - Financiados principalmente por presupuestos, pero prestan servicios a terceros y a usuarios privados.	- Muy limitados. - Retienen los fondos no ejecutados.
	<u>Privados</u> . a) sin fines de lucro, gobernados por organizaciones fundadoras, en general con	- En general establecimientos grandes de origen mutual o confesional, con	- Financiados principalmente por la Seguridad	- Retienen todos los fondos no ejecutados y los reinvierten.

	Directorio; b) con fines de lucro, suelen tener un Directorio que no es el responsable de la administración.	total autonomía decisoria. - En general establecimientos chicos gestionados por el Director Médico; no tienen autonomía para fijar precios y normas de trabajo.	Social y la Medicina Prepaga; tienen planes de salud propios. - Dependen principalmente de las Obras Sociales provinciales y el PAMI; prestan servicios a usuarios privados.	- No tienen fondos remanentes ni reinvierten; los socios los retiran al término del mes.
Brasil	<u>Públicos.</u> a) la gran mayoría bajo dependencia del Gobierno; b) alrededor de un 1% bajo cierta forma de administración autónoma. <u>Privados.</u> Sin fines de lucro gobernados por: a) organizaciones fundadoras que pueden tener o no Directorio; b) Directorio con sede en la institución y responsable de su administración.	- Muy limitadas. - Poseen facultades decisorias significativas en todos los ingresos, inversiones, oferta de servicios y procesos de gestión. - Los establecimientos más chicos tienen escasas facultades decisorias e institucionalmente son gestionados por las entidades fundadoras; los más grandes tienen alto grado de autonomía.	- Financiados principalmente por el presupuesto. - Financiados principalmente por presupuestos. En algunos casos pueden vender servicios. - Financiados principalmente por el sistema público, pero prestan servicios a terceros y a usuarios privados.	- Muy limitadas. - Retienen los fondos presupuestarios no ejecutados. - Retienen todos los fondos no ejecutados.
Colombia	<u>Públicos.</u> La mayoría de los hospitales han sido convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE's) del Sistema General de Seguridad Social en Salud; son dirigidas por un Directorio muy vinculado al Gobierno. <u>Privados.</u> S/inf.	- Poseen autonomía decisoria en todos los ingresos, pero deben cumplir rígidas normas del sector público para la gestión de recursos humanos.	- Financiados principalmente por presupuestos, pero pueden prestar servicios a terceros y a usuarios privados.	- Retención de los ingresos excedentes, cuya ejecución requiere la aprobación del Gobierno.
México	<u>Públicos.</u> Casi todos bajo	- Muy limitadas.	- Financiados principalmente a	- Muy limitadas.

	dependencia del Gobierno o de una institución de la Seguridad Social. <u>Privados</u> . S/inf.		través de presupuestos.	
--	--	--	-------------------------	--

Fuente: Bogue y col., 2007. Agregados propios en privados de Argentina.
S/inf.: sin información.

En virtud de las consideraciones precedentes, encontraron 4 modelos básicos de gobierno hospitalario, respondiendo a las realidades empíricas observadas:

- Presupuestarios. Hospitales públicos que dependen jerárquicamente de las autoridades sanitarias y se rigen por normas administrativas estatales.
- Autónomos. Hospitales públicos en los que las más altas facultades decisorias residen en el propio establecimiento.
- Corporativos. Son hospitales privados con autonomía limitada, ya que pertenecen a grandes conglomerados asistenciales, que fijan sus normas y controlan su desempeño; pueden depender de corporaciones con o sin fines de lucro.
- Privados. Son establecimientos privados totalmente autónomos, sin otro control que sus propias autoridades, con facultades para fijar sus normas y condiciones de trabajo.

A título de ejemplo, en la Argentina el primer modelo es el de la inmensa mayoría de los hospitales públicos. El segundo corresponde al caso del Hospital Garrahan (Dal Bó, 1989), a los SAMIC regidos por la Ley 17.102 y a los SAMCo de la Provincia de Santa Fe (Milesi-Niklison, 1996). Entre los hospitales *corporativos sin fines de lucro* pueden ubicarse aquí a los de comunidades extranjeras ya que, si bien no conforman cadenas o redes hospitalarias, dependen del control de la entidad mutual fundadora; lo mismo ocurre con los de carácter confesional, que dependen de la congregación religiosa que les dio origen, como el Mater Dei de Buenos Aires o el San Juan de Dios de Ramos Mejía. Como *corporativos con fines de lucro* pueden caracterizarse los sanatorios pertenecientes a las grandes empresas de Medicina Prepaga: los diversos Sanatorios de la Trinidad y el Dupuytrén dependientes de Galeno; los Sanatorios Otamendi y IADT⁴⁶ pertenecientes a Medicus; los Sanatorios Agote, Suizo-Argentino y Los Arcos dependientes del Swiss Medical Group. Finalmente, sólo una parte de los *privados* lo son realmente, como fue explicado en el Capítulo 11, ya que se orientaron hacia su reconversión como *empresas de servicios*; la mayoría aunque conservan una estructura jurídica independiente, funcionan *cartelizados* como unidades asistenciales de grandes *gerenciadores*.

La encuesta en la que se basó el estudio del Banco Mundial fue enviada a unos 1.100 hospitales, de los cuales sólo completaron las respuestas algo menos de 400; Argentina fue la que tuvo la menor proporción de respuestas completas. Una vez identificadas las características de los nosocomios, en cuanto a magnitud, forma jurídica, dependencia administrativa, servicios disponibles y actividades educativas. Las preguntas se orientaron a explorar 19 áreas de desempeño, que son las que se enuncian más abajo. En el procesamiento de los datos se buscaron relaciones significativas de causalidad, entre las variables de esas áreas y el impacto que los distintos modelos de gobierno hospitalario pueden tener en los resultados encontrados. Las áreas investigadas fueron:

- mantenimiento de instalaciones
- calidad de servicios comunitarios
- mantenimiento del equipamiento
- proceso de planificación
- eficiencia fiscal
- disponibilidad de medicamentos
- servicios auxiliares suficientes
- clara asignación de responsabilidades
- proceso de toma de decisiones
- calidad de servicios ambulatorios
- relaciones con la comunidad
- accesibilidad a los servicios
- relaciones gubernamentales
- eficiencia administrativa
- efectividad del gobierno hospitalario
- cantidad de servicios prestados
- calidad de los servicios de internación
- relaciones con los médicos
- calidad de servicios especializados

⁴⁶ IADT: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, Buenos Aires.

Las consideraciones finales del estudio empiezan comparando el modelo descentralizado, predominante en los países de la OCDE⁴⁷, respecto del alto grado de dependencia que prevalece en los países latinoamericanos. El análisis específico de los 19 indicadores muestra en general resultados menores en los hospitales *presupuestarios*, en lo relativo a los parámetros administrativos. En cambio, su rendimiento parece ser mayor en variables de producción, como porcentaje ocupacional. Estas diferencias en la productividad, resultan atenuadas al comparar la cantidad de enfermeras por cama o la cantidad de empleados por egreso, donde los hospitales públicos parecen menos productivos que los privados. Asimismo, en términos de costo por día-cama, los hospitales *autónomos* tienen costos mucho mayores que los *privados* y *corporativos*. Estos datos sugieren que el mayor porcentaje ocupacional debería atribuirse a ineficiencias en el proceso asistencial y en el trámite de alta de internación. Por otra parte, los hospitales *privados* y *corporativos* mostraron mejores resultados en lo relativo a mediciones de calidad, como mantenimiento de instalaciones y equipos, disponibilidad de medicamentos, servicios auxiliares suficientes y nivel de capacitación del personal de Enfermería. Naturalmente, los hospitales *autónomos* y *privados* mostraron ventajas en lo referente al proceso de toma de decisiones, relaciones con los médicos y con el Gobierno, así como calidad de los servicios ambulatorios y de internación. El estudio sugiere que los hospitales *presupuestarios* están más acotados por los límites del sistema público, asumiendo responsabilidades que exceden la propia atención hospitalaria, como la salud de la comunidad. Todas las consideraciones están apoyadas por numerosos cuadros estadísticos, que ilustran la proporción de las diversas respuestas sobre cada aspecto en los 4 países (Bogue y col., 2007).

Consideraciones finales

A menudo se mencionan ciertas características de los hospitales, atribuyéndoles una significación fundacional. En realidad, las que ahora parecen condiciones permanentes, fueron innovaciones de otros momentos y los hospitales están transitando una etapa de transformaciones en la concepción de su conducción. Entre otros hechos concurrentes, desde el punto de vista operativo, están lentamente adquiriendo características similares, las gestiones respectivas de prestadores públicos y privados. Por un lado, porque los hospitales públicos tienden a descentralizarse, a adquirir formas de administración más flexibles y a procurar relaciones contractuales con la Seguridad Social, conservando su naturaleza estatal. Por otro lado, porque la casi totalidad de los establecimientos privados se desenvuelven en un sistema de prestación y financiación ampliamente regulado, donde las variables de mercado fluctúan dentro de márgenes muy estrechos. Es muy escasa la actividad sanatoria que se rige por patrones comerciales estrictamente privados.

Sin embargo los hospitales públicos mantienen ciertos rasgos culturales, que parece difícil modificar si no se logran cambios profundos en su modalidad de gestión. En la Argentina estas conductas han mostrado una marcada irracionalidad, que no encuentra otra justificación que la falta de actitud de servicio del empleado público. Por ejemplo, no existe ninguna razón que justifique que las enfermeras de los hospitales dejen de usar cofia, circulen por las habitaciones con calzado de tipo "chinelas" y se abriguen con viejos sacos de lana, cuando estas mismas personas -trabajando en un sanatorio privado- usan cofia, calzado blanco abotinado y capa. Tampoco hay motivos racionales que expliquen, que los informes del Laboratorio en los hospitales, se presenten en papeles de descarte fraccionados, con la descripción de la determinación impresa con sello de goma y el resultado manuscrito. Los *softwares* para imprimir informes de Laboratorio, indicando la determinación, el método utilizado, los valores normales y el resultado, están al alcance de cualquier nosocomio y sólo se requiere una computadora y una impresora, que en esos mismos hospitales no faltan. Las paredes de los servicios y salas de internación acostumbran a estar decoradas con ingeniosas artesanías elaboradas con envases de sueros y tela adhesiva, ya sea para colocar pedidos de análisis, mensajes a Enfermería o medicamentos. Tampoco hay razones que admitan que el personal administrativo, los camilleros, el personal de maestranza y el de mantenimiento, no cuenten con uniformes homogéneos, no se presenten con un arreglo personal prolijo y no lleven el pelo

⁴⁷ OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, reúne a los países industrializados.

recogido. Seguramente el presupuesto de esos hospitales dispone de partidas para la vestimenta del personal, pero el personal jerárquico no exige su cumplimiento; esas mismas personas, actuando en un medio privado, no descuidarían su indumentaria y su arreglo personal por temor a ser despedidos (Arce, 1985).

Los profesionales no sólo cumplen tareas asistenciales, sino también participan en el hospital de recorridas de sala, ateneos, actividades docentes y de investigación, lo cual contribuye a consolidar su formación. Sin embargo, este tipo de actividades, que también se realizan en nosocomios privados, en los públicos suelen interferir con las tareas asistenciales. Esto se debe a que -excepto los médicos residentes- los profesionales de planta no cumplen en general los horarios que les corresponden y tienden a concentrarse durante la mañana. Los permisos para concurrir a congresos, cursos y seminarios son muy frecuentes; las autoridades acostumbran a tener una conducta permisiva en estas excepciones, dado que contribuyen a la formación curricular del médico. La presencia de profesionales que colaboran con las tareas asistenciales en forma honoraria es muy frecuente. En los servicios de mayor prestigio pueden constituir hasta la mitad de la fuerza de trabajo y participan de todas las actividades formativas del hospital. Como contrapartida, su responsabilidad en el cumplimiento de funciones asistenciales queda atenuada. Este comportamiento de los servicios, contribuye a un bajo nivel de productividad en relación al costo de su funcionamiento y a la magnitud de las inversiones en capacidad instalada asistencial.

El régimen de personal de estos hospitales tiene un sesgo prevendario, como el del resto de los empleados públicos. Las normas sobre licencias y ausencias no sólo son laxas en su letra escrita, sino también en su aplicación; de modo que funcionan con un alto grado de ausentismo en áreas críticas, como Enfermería, personal administrativo y técnicos de diversas especialidades. En general no se aplican adecuados esquemas de calificación del personal, por lo que no existen incentivos para mejorar el desempeño. La aplicación de sanciones, por inadecuado cumplimiento de las obligaciones, es prácticamente inviable, ya que se deben seguir pasos administrativos excesivamente prolongados, aún por negligencias inadmisibles o flagrantes acciones de mala fe. Además las autoridades deben enfrentar a delegados gremiales, que en estos ámbitos tienen un especial poder de presión. Todo ello configura una actitud de servicio caritativo hacia los usuarios, que se acentúa frente a los más pobres y humildes. El hecho de que no se programen turnos ambulatorios telefónicamente, y que los pacientes saquen número desde la madrugada, para ser atendidos a partir de las 8 ó 9 de la mañana, completa el clima de estos nosocomios. Habitualmente tampoco existe una única ventanilla para la reserva de turnos; los servicios de exámenes complementarios y especializados, suelen programar los suyos, de modo que el paciente debe transitar varias ventanillas para completar sus turnos asistenciales. En consecuencia, aunque los hospitales públicos gocen en general de prestigio científico, los usuarios prefieren los establecimientos privados, donde se sienten tratados con mayor dignidad (Arce-Roncoroni, 1984, 1987).

Es oportuno concluir este capítulo, citando un comentario sobre la experiencia europea respecto a la mayor independencia hospitalaria, que está textualmente incluido en el estudio del Banco Mundial analizado más arriba:

“Aunque la dependencia jerárquica de los hospitales públicos, sigue predominando en América Latina como modalidad de gestión, no ocurre lo mismo en otras partes. Pese a que este modelo provino de sistemas públicos europeos, como España y Portugal, la gestión pública directa de los hospitales es la forma menos extendida actualmente en Europa. De hecho, surgieron una gran variedad de modelos -muchos híbridos-, que ocupan grados intermedios entre una autonomía parcial y total. Algunos tienen una significativa capacidad de decisión, además de funciones gerenciales clave como planificación, gestión presupuestaria y de personal. En otros casos, la autonomía fue reforzada asignando presupuestos globales, sin desagregar partidas. Más aún, otros hospitales públicos se gestionan como entidades privadas, donde los directivos cuentan con completa autonomía decisoria, pero son responsables del resultado del ejercicio y están expuestos a la competencia de otros prestadores. En casi todos los países, los Gobiernos introdujeron normas de contratación de servicios, en las que se especifican metas de desempeño. Paralelamente a la introducción de reformas organizativas y de contratación, esos países cambiaron las formas de pago y alentaron la medición sistemática y comparativa del rendimiento de los hospitales.

“Algunos países tradicionalmente han otorgado una considerable capacidad decisoria a sus hospitales, en la ejecución de ingresos y del presupuesto. Alemania, Bélgica y Austria son

algunos ejemplos donde los hospitales disponen de una casi completa autonomía para manejar sus ingresos, incluyendo incorporación y despido de personal, compra de materiales y gestión presupuestaria. Pero su exposición a las presiones competitivas está limitada (p.ej. no pueden cobrar aranceles adicionales u obtener ganancias). Países como Italia, España, Portugal, Reino Unido, los bálticos y los escandinavos, introdujeron reformas gradualmente, otorgando mayores facultades y responsabilidades a los hospitales. Estas reformas fueron acompañadas por normas de contratación, incluyendo contratos parciales de ciertos servicios, con el fin de lograr su máximo de rendimiento. En España, por ejemplo, algunas comunidades están experimentando formas alternativas de propiedad pública, como fundaciones, consorcios y empresas públicas. Los países bálticos reestructuraron la posición patrimonial de sus hospitales, otorgándoles carácter de empresas públicas. Estas empresas pueden prestarle servicios tanto al propio Gobierno como a entidades aseguradoras. Finalmente, algunos de los nuevos Estados del centro-este europeo, todavía manejan los hospitales públicos ejerciendo el control jerárquico sobre ellos. Otros les han transferido facultades decisorias para procurar ingresos adicionales y definir la composición de los gastos" (La Forgia, 2007).

Volviendo a la situación nacional, después de haber recorrido algunas tendencias mundiales, parece imperativo avanzar en una profunda reforma hospitalaria. No es posible esperar un desempeño eficiente en establecimientos que no cuentan con personería jurídica propia, porque la retiene la autoridad sanitaria de la que dependen. Tampoco se logrará interesar a los directivos y el personal en mejorar el funcionamiento, si las decisiones económicas se toman en el Ministerio que elabora cada año el presupuesto -el de Economía o Hacienda- y las autoridades no tienen facultades para incorporar o remover personal. Como se dijo antes, es irracional que los hospitales públicos no sean habilitados por la autoridad sanitaria, ni que tampoco sean pasibles de que se inspeccionen sus instalaciones de seguridad, dispositivos contra incendios, ascensores y red de agua potable. En estas condiciones los hospitales inevitablemente continuarán manteniendo la inercia burocrática de las oficinas públicas y, toda iniciativa de cambio, probablemente sea resistida por diversas representaciones gremiales, incluyendo las de los médicos.

La experiencia internacional muestra que, independientemente de su naturaleza pública o privada, los hospitales son *empresas de servicios* con las particularidades que tienen los *servicios asistenciales*, en cuanto a las características del Sector Salud relatadas a lo largo de esta Tesis. El hecho de que un establecimiento sea público, no implica que se admita una estructura de gastos dispendiosa. Por su naturaleza, el hospital público probablemente nunca sea una organización *rentable* o con un balance positivo, pero esta situación presupuestaria no puede significar que se deje de tener en cuenta la relación costo-beneficio en el análisis de los recurso hospitalarios.

Comentarios finales

Consideraciones finales y conclusiones

Consideraciones finales

Para iniciar estos comentarios, conviene sintetizar en un cuadro sinóptico los rasgos determinantes internacionales, que predominaron a lo largo del relato histórico, según las etapas en las que se dividió el período estudiado. Esta sinopsis permitirá fundamentar los factores a considerar con el propósito de encarar la reforma del Sistema de Salud Argentino. Asimismo posibilitará identificar las líneas de acción recomendadas, con el fin de lograr una estrategia de implementación viable a través de modificaciones parciales, tendientes a alcanzar a mediano plazo una estructura sanitaria eficiente, con los mejores niveles esperables de salud de la población. Finalmente, las conclusiones procurarán establecer una secuencia racional del desarrollo del Siglo XX, desde el punto de vista del pensamiento sanitario, que contribuirá a consolidar el marco conceptual que guió la presente Tesis.

Sinopsis de las etapas evolutivas de los Sistemas de Salud.

Rasgos salientes	Principios Siglo XX	2ª Guerra Mundial y Posguerra	Décadas del 60, 70 y 80	Década del 90 y Siglo XXI
Concepto de atención de la salud	Responsabilidad individual	Salud pública	Accesibilidad universal. Atención Primaria de la Salud (APS).	Calidad de la atención de la salud. Seguridad del paciente.
Enfoque colectivo	Higiene y asistencia pública.	Sistema único, universal y estatal.	Sistema estatal con financiamiento específico. Seguridad Social.	Seguridad Social actuarialmente viable
Criterio de sustentación	Beneficencia.	Servicio público financiado por rentas generales.	Asistencialista o de reparto, con énfasis en derechos.	Sustentabilidad con predominio actuarial.
Orientación estratégica	Medicina social como enfoque laboral.	Medicina social como enfoque integral preventivo.	Atención por niveles con énfasis en 1 ^{er} nivel y prevención.	Redes de atención con énfasis en gestión de calidad y seguridad.
Instrumentos centrales de gestión	Organización filantrópica.	Planificación estatal centralizada (CENDES, PERT).	Programación estatal, descentralización y concertación.	Planificación estratégica y gestión de calidad.
Posición del sanitarista	Médico higienista.	Sanitarista funcionario y en áreas de decisión.	Funcionario técnico, gerente y/o auditor.	Consultor, gerenciador y/o evaluador.
Responsabilidad social	Caridad de clases pudientes hacia los carenciados.	Derecho público universal.	Derecho público sustentado y subsidio a la oferta.	Redistribución social progresiva y subsidio a la demanda.

Fuente: modificado de Arce, 2001.

a) Factores a considerar para reformar el Sistema de Salud

Factores como federalismo, fragmentación, reformas pro-competitivas y transferencia del riesgo financiero hacia instancias intermedias de la red asistencial, tal como han sido descriptos en las actuales reformas de los sistemas de salud, no son exclusivos de nuestro país. Son rasgos que también se encuentran en otros sistemas, que sin embargo han podido sortear obstáculos para avanzar hacia la provisión de servicios universales, accesibles y equitativos. La particular historia de las Obras Sociales argentinas, iniciadas por asociaciones mutuales de

inmigrantes que, gradualmente se reagruparon, fueron formalmente reconocidas y finalmente se universalizaron, evidencia una génesis diferente a la de los demás países de América Latina, donde -con excepción de Uruguay- el modelo de Seguridad Social se originó en el Estado. La reorganización de este sistema requiere en consecuencia una estrategia específica, tendiente a resolver los problemas de inequidad, eficiencia y gestión transparente.

Estos propósitos no están fundamentados en la adopción de un *modelo ideal* de sistema de protección social, sino de la identificación de *tendencias*, que en última instancia reproducen corrientes mundiales. Se reconoce como principio rector para la salud y el bienestar de la población en los albores del Siglo XXI, que los servicios de salud cumplan una función *redistributiva*, actuando de modo efectivamente *progresivo* en los resultados, más allá de las intenciones manifestadas por las autoridades. Este principio lleva implícito objetivos de: a) que todos los habitantes del país puedan acceder a los servicios que necesitan; b) que tengan la posibilidad de utilizar servicios públicos y privados con plenos derechos, y c) que se *focalicen* los programas de prevención y promoción sobre los grupos sociales más vulnerables. Para que estos objetivos sean viables, deben apoyarse en condiciones económicas e institucionales *sustentables*. Es decir que resulta cuestionable la legitimidad de proyectos ambiciosos, cuyo financiamiento provenga de créditos externos y su permanencia esté limitada por la disponibilidad de esos recursos.

La experiencia histórica reseñada en esta Tesis, muestra que el carácter federal de la organización nacional, condicionó la factibilidad de los proyectos de reformas nacionales por la vía parlamentaria. Las leyes nacionales no han tenido aplicación automática en ninguna parte del territorio nacional: en todos los casos se han requerido convenios específicos de adhesión por parte de las provincias. Frente a los intentos de superar la fragmentación institucional de la Seguridad Social, el sector sindical conservó capacidad de presión para bloquear toda iniciativa que procurara limitar la autonomía de las Obras Sociales, sustentándose en principios de *solidaridad nacional* al interior de la organización y de derecho patrimonial sobre la propiedad social. Los diversos proyectos tendientes a integrarlas compulsivamente dentro de un sistema de salud nacional, fracasaron en la etapa parlamentaria o quedaron desnaturalizados en sus decisiones principales. Los proyectos integrales de reforma de las décadas del 70 y 80, aunque fueron impulsados por Gobiernos de distinto signo político, no lograron modificar significativamente la operatoria corriente de estas entidades, consagrada en la Ley 18.610 de 1969.

Durante las décadas del 60 al 80, la organización general del sistema se basó en la existencia de fuertes corporaciones, con poblaciones cautivas en ambos extremos de la ecuación oferta-demanda, compartiendo los recursos de una Seguridad Social en expansión, extendida a toda la población con capacidad contributiva. Por parte de las organizaciones gremiales de prestadores se concentraba la oferta, ya que actuaban como administradoras *oligopólicas* de los contratos con las Obras Sociales. Por parte de la Seguridad Social, las Obras Sociales sindicales -y especialmente la Obra Social provincial y el PAMI-, actuaban como concentradores de la demanda o compradores *oligopsónicos*. Estos rasgos organizativos fueron caracterizados como *modelo pluralista de planificación descentralizada*. La hiperinflación de los años 1989 y 90 desarticuló ese modelo. Diversos fenómenos y tendencias que se verificaron posteriormente, permiten inferir que la Argentina está articulando un modelo *pluralista de competencia regulada*. Sin embargo, ante la marcada fragmentación del poder de decisión en el campo de la salud, es difícil imaginar leyes integrales que requieran grandes consensos, antes de que los hechos hayan configurado con certeza práctica, las reglas de juego de un nuevo modelo.

Durante la década del 90, múltiples medidas legislativas de menor jerarquía (decretos, resoluciones ministeriales, etc.), eludiendo el desgaste de la gestión parlamentaria, introdujeron diversas reformas significativas al Sistema, contradiciendo en algunos casos el espíritu de las propias leyes en las que se amparaban. Paulatinamente se fue desmantelando la homogeneidad de las concentraciones corporativas: por parte de la oferta se estratificaron redes de servicios diferenciados para distintos compradores; por el lado de la demanda se promovieron modalidades de contratación y pago, tendientes a transferir el riesgo financiero hacia los prestadores. La libertad de elección de Obra Social establecida en 1997, fue desalentada por ellas mismas, dado que preferían mantener a sus poblaciones cautivas. Hasta 2004, poco más de 1.000.000 de beneficiarios habían optado por cambiar de Obra Social. En su práctica institucional, alrededor de las Obras Sociales más importantes, se generaron

diversas empresas vinculadas a los dirigentes del sindicato correspondiente: servicios propios privatizados, *gerenciadores* de redes de servicios, planes de salud voluntarios, AFJP's⁴⁸, ART's, centros polideportivos, hoteles de turismo, etc. Este comportamiento fue generando verdaderas corporaciones empresarias, alrededor de la organización sindical, manejadas por la propia dirigencia y alejadas de todo control por parte de los afiliados del gremio. En esta evolución las primitivas *mutuales*, que habían germinado como iniciativas solidarias de los trabajadores organizados, y fueron legitimadas como *Obras Sociales* sindicales o nacionales, fueron perdiendo su naturaleza fundacional y su vínculo de pertenencia con quienes las habían creado.

Esta breve síntesis, procura caracterizar algunas de las dificultades, provenientes de la dispersión de centros de decisión, que deberían ser resueltas para encarar una reforma profunda del Sistema de Salud. La estrategia a seguir debería basarse en una sucesión de medidas, que resulten viables mediante consensos políticos con adecuado soporte económico. Serán puntualizadas para facilitar su análisis y comprensión.

b) Líneas de acción recomendadas para reformar el Sistema

Las medidas enunciadas a continuación no suponen una reorganización integral del Sistema de Salud, sino la intervención sobre aspectos nucleares de su funcionamiento actual. Estas acciones procuran inducir cambios sobre aspectos clave, que condicionan los rasgos de ineficiencia, inequidad e ineficacia, cuyos efectos son percibidos como deficiencias graves, así como permanente fuente de conflictos.

1. Reconversión hospitalaria. Para que los hospitales públicos se *reconviertan*, deberían transitar un camino no exento de obstáculos, tendiente a que funcionen como *empresas públicas de servicios*. Para que esto ocurra, deberían tener capacidad de tomar decisiones de gestión, contraer compromisos y demandar a sus deudores. En la actualidad la inmensa mayoría no tiene personería jurídica: ésta la retienen los ministerios de los que dependen administrativamente. Por consiguiente, es necesario que cuenten con personería jurídica, que tengan su propio estatuto, que tengan su propio régimen de personal, la facultad de decidir su plantel de cargos y funciones, autarquía para ejecutar su presupuesto y disponer de sus recursos. No se requiere una nueva legislación, existen leyes vigentes aplicables. Por otra parte, es necesario que todos los servicios que el hospital preste tengan una retribución específica, proveniente de alguna fuente de financiamiento: a) Obras Sociales, mutuales o prepagos para los usuarios con cobertura; b) el Estado para los usuarios sin cobertura y sin recursos y, c) aranceles para los usuarios sin cobertura y con recursos. Este comportamiento puede lograrse sin que pierdan su *naturaleza pública*, dado que el Estado es el propietario de sus bienes patrimoniales.

2. Hacia el subsidio a la demanda. La tendencia mundial que prevalece en países industrializados y economías emergentes, es la del *subsidio a la demanda*. Todos los usuarios del hospital cuentan con alguna cobertura, ya que el Estado se reserva el financiamiento de los pacientes que carecen de toda cobertura y no tienen recursos. Con los fondos recaudados el hospital puede financiar su funcionamiento cotidiano o sus *erogaciones corrientes* (sueldos, insumos, mantenimiento, etc.). El Estado, en cambio, puede destinar sus aportes presupuestarios a financiar las *erogaciones de capital* (mejoras edilicias, compras de equipamiento, bienes durables, etc.), adoptando para estas asignaciones un régimen de *premios y castigos*, en base por ejemplo a criterios de productividad y de resultados en la salud de la población. Las actividades de docencia e investigación deben tener un financiamiento específico, como parte de un plan anual de desarrollo, procurando fuentes alternativas de financiación ante diversos organismos estatales y/o privados.

3. Empadronamiento unificado de los usuarios. Uno de los problemas que deberían resolverse para funcionar de esta manera es, por un lado, el empadronamiento unificado de los beneficiarios de la Seguridad Social. Se ha avanzado en esta dirección a través del padrón de aportantes titulares de la ANSeS, pero no están incluidos la totalidad de los familiares

⁴⁸ En ese momento el régimen de AFJP's era de gestión privada, hasta su nacionalización a fines de 2008.

cubiertos. Tampoco se ha implementado un único documento de seguro social, que identifique la entidad aseguradora y los alcances de la cobertura. A principios de la década del 2000, la SSS logró unificar en un registro a los beneficiarios de Obras Sociales provinciales, que también era un objetivo dificultoso. El gran problema es la confección de un padrón único de la población carenciada y sin cobertura. Un camino para lograrlo, es el registro unificado de todos los beneficiarios de programas de asistencia social, pero los organismos provinciales habitualmente se resisten a compartir sus listados. Aunque se han logrado avances en el registro de un padrón único de beneficiarios, se trata de una población tan cambiante, que resulta difícil implementar un empadronamiento con actualización permanente, si no se cuenta con la cooperación de todas las jurisdicciones. La bancarización de todos los subsidios favorecería el avance hacia un registro unificado de protección social.

4. Regulaciones pro-competitivas. Una parte importante de las regulaciones pro-competitivas debe dedicarse a la competencia entre las Obras Sociales y las empresas de Medicina Prepaga. En la práctica, unas y otras compiten y/o se complementan en la captación de sus respectivos mercados de usuarios. En el ámbito de la Seguridad Social debería alentarse la fusión de Obras Sociales, por la iniciativa y la conformidad de los propios contrayentes, de modo de alcanzar entidades con escalas económicas viables. Deberían fortalecerse los mecanismos de sindicatura estatal en los directorios, con el fin de facilitar un mayor control de gestión, en razón de su condición de entidades contribuyentes y usuarias del Fondo Solidario de Redistribución. Asimismo, debería mantenerse la libertad de elección de cobertura, con el fin de acentuar que compitan entre sí. Las Obras Sociales -y especialmente las de Personal de Dirección- al ofrecer planes de afiliación voluntaria, captan potenciales clientes de la Medicina Prepaga, en condiciones impositivas más favorables. Por otro lado, es habitual que las Obras Sociales *tercericen* en prepagos privados, la atención de sus beneficiarios de mayor nivel salarial, con el fin de retenerlos y evitar que migren hacia otras coberturas. En el marco de la denominada “desregulación” y libertad de elección de Obras Sociales, se han entrelazado vínculos bilaterales, que excedieron lo previsto por las autoridades. Incluso las Obras Sociales provinciales, han implementado planes de afiliación voluntaria. Los planes de salud voluntarios, sean instrumentados por entidades con o sin fines de lucro, deberían tener las mismas obligaciones impositivas, para contribuir a la transparencia del mercado.

5. Regulación de la Medicina Prepaga. La Medicina Prepaga es un mercado *poco regulado*. Ha habido diversos proyectos de leyes regulatorias, pero ninguno ha alcanzado estado parlamentario. Funcionan con un alto grado de restricciones arbitrarias (topes de consumo, patologías pre-existentes, plazos de carencia, etc.). Como contrapartida la legislación estableció exigencias desproporcionadas, que implícitamente les atribuyen funciones equivalentes a la Seguridad Social, cuando en realidad son seguros privados voluntarios. Aparte de sancionar un régimen legal específico, también debería ser obligatorio que toda entidad sin fines de lucro, que implemente un programa de afiliación voluntaria, registre una nueva empresa -separada de la que le dio origen- y participe en este mercado, ateniéndose a sus reglas de juego. También las empresas privadas que deseen actuar como agentes de la Seguridad Social, deberían crear nuevas entidades sin fines de lucro, con el fin de ajustarse a la regulación de las organizaciones solidarias. Frente a la Medicina Prepaga, el Estado y las instituciones sociales han tenido posiciones ambiguas: por un lado, se ha cuestionado que compitan con las Obras Sociales en el ámbito de la Seguridad Social, por lo que terminan introduciéndose a través de la *tercerización* de planes de cobertura; por otro lado, se plantean exigencias legales, como la cobertura compulsiva del Programa Médico Obligatorio (PMO), con lo que se incrementa el costo de los planes al incluir más riesgos de los que desean asegurar los usuarios. Es muy difícil lograr un *padrón unificado* de asegurados por la Medicina Prepaga, ya que forman parte del secreto empresario; podría lograrse si se instrumentara un mecanismo de *reaseguramiento para enfermedades catastróficas*. En función de la limpieza jurídica del sistema, resulta fundamental preservar la separación entre *seguros privados voluntarios* -ya sean brindados por Obras Sociales o por empresas de Medicina Prepaga- y Seguridad Social (Obras Sociales) como régimen colectivo, solidario y obligatorio.

Nota. Fuera del espacio histórico que abarca este trabajo, cuya información comprende hasta fines de 2008, en 2011 se promulgó la Ley 26.682, que estableció el Marco Regulatorio de la

Medicina Prepaga. Este instrumento legal sin duda favoreció la regulación de estas entidades, pero no resolvió muchas de las distorsiones que se señalan más arriba.

6. Revisión del paquete básico de beneficios. Una regulación importante debería dedicarse al denominado *paquete básico de beneficios*, es decir, las prestaciones que como mínimo deben estar cubiertas por las instituciones que aseguran servicios de salud. El PMO sancionado en 1997, no es el resultado de un estudio serio acerca del comportamiento de la demanda de la población. Un análisis efectivo, requeriría contar previamente con estadísticas de utilización de cada tipo de prestación de diagnóstico y tratamiento, según estratos de riesgo por edad, sexo y condición social. Asimismo, cada prestación o grupo de prestaciones debería tener estudios precisos de costos, equivalentes a los DRG (*Diagnosis Related Groups*). Con estos elementos se podría construir el costo real del PMO y, más aún, el costo de la cobertura *per capita*, en cada grupo de riesgo según su propensión al gasto. Sin estos elementos, el PMO no es más que una extensa tipificación de servicios, de escasa utilidad para la planificación actuarial del aseguramiento, y menos aún, para que los usuarios puedan tomar decisiones respecto a la adecuada protección de sus riesgos sanitarios. Como ya se dijo, deberían quedar claramente diferenciadas las obligaciones del ámbito de los seguros solidarios compulsivos, respecto de las de los seguros voluntarios de salud.

7. Fortalecimiento del poder de decisión federal. El último problema a abordar y el más complejo, es el de procurar que el *federalismo* no constituya un obstáculo para lograr un Sistema de Salud más accesible y más equitativo. Estudiando las tensiones existentes entre la Nación y las provincias, en el Capítulo 11 se analizaron los factores decisorios que se encuentran en la órbita de cada una de las jurisdicciones. Resulta necesario tomar decisiones que permitan concentrar mayor poder de decisión en uno de los polos de la controversia. Uno de los aspectos centrales, cuya discusión eclosiona periódicamente, consiste en la *provincialización* del PAMI, con lo que se agregaría un resorte fundamental en el control del sistema desde la órbita provincial. Pero aún dentro de cada provincia, es frecuente que la Obra Social provincial esté fuera de la cartera de Salud. Estos obstáculos muestran las dificultades que deben resolverse, en caso de que exista la decisión política de *provincializar* el Sistema y avanzar en una modalidad administrativa federal, donde el Estado nacional actúa como caja compensatoria de las migraciones dentro del territorio. En el sentido contrario, una mayor concentración del poder decisorio en el nivel nacional, las experiencias de las décadas del 70 y 80, relatadas en el mismo capítulo, mostraron que es un camino de resultados inciertos. En cualquiera de las alternativas, el Consejo Federal de Salud (CoFeSa) debería jugar un papel protagónico, si se lo dotara de recursos sustentables que le permitan una *planificación concertada* entre todas las jurisdicciones. El CoFeSa debe superar su actual función de *consenso de expectativas* entre autoridades ejecutivas, para ser el organismo que alimenta técnicamente las acciones sanitarias de alcance nacional, con la fuerza otorgada por el reconocimiento previo de todas las jurisdicciones, como soporte de las decisiones federales.

c) Conclusiones

Al término de la 2ª Guerra Mundial, en 1948, el Reino Unido creó su Servicio Nacional de Salud (NHS), un modelo de Medicina *socializada* en un país plenamente capitalista y de tradición colonialista. Simultáneamente, se crearon un conjunto de organismos multinacionales, destinados a consolidar el equilibrio político y económico universal, resultante de la conflagración. La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue uno de ellos, en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), creada en el mismo año. Su sede se estableció en Ginebra (Suiza), en el Palacio de las Naciones. Desde ese momento pueden identificarse al menos 4 tendencias internacionales claramente definidas en materia de Política Sanitaria, y también, del pensamiento sanitario que las sustentaba. Cronológicamente se sucedieron: a) la concepción de Salud Pública desde 1948; b) la estrategia de Atención Primaria de la Salud desde 1978; c) la corriente de Calidad en Atención de la Salud de los '90, y d) la corriente de Seguridad del Paciente en los primeros años del Siglo XXI. Desde la perspectiva actual, puede decirse que cada tendencia correspondió a una particular visión para interpretar la Calidad, en el momento histórico en que adquirió preponderancia.

El clima de avanzada en la protección de las poblaciones de alto riesgo socio-económico que se vivía en 1948, se sustentaba en la visión estratégica de que el enfoque colectivo de la salud, constituía una instancia superadora del enfoque clínico individual. El lema que mejor sintetizaba este cambio de actitud, *Salud Pública*, era una forma de expresar que el abordaje de los problemas de salud, en términos epidemiológicos y de protección de poblaciones vulnerables, era más eficaz que el criterio médico individual, atendiendo caso por caso, sin que este salto cualitativo implicara que el primero sustituyera al segundo. Sin embargo, la consigna de Salud Pública fue enarbolada como una *bandera de cambio*, hasta fines de la década del 60. Las primeras generaciones de sanitaristas y trabajadores sociales se identificaron con este lema transformador. Vista históricamente, aquella concepción en realidad estaba centrando el eje de la reforma de los sistemas de salud en su organización institucional, inspirada en el ejemplo del NHS británico. La Calidad se centraba en la eficacia de la organización para planificar desde el Estado las acciones sanitarias, en función de las necesidades de la población y de los recursos disponibles.

30 años más tarde en 1978, durante la Conferencia de Alma-Átá, organizada en forma conjunta por la OMS y UNICEF, se proclamó por consenso que el camino más eficaz para alcanzar la ambiciosa meta de *salud para todos en el año 2000*, consistía en aplicar la estrategia de *Atención Primaria de la Salud* (APS). Habían transcurrido 3 décadas de Guerra Fría, y la experiencia había mostrado una gran diversidad de modelos e instituciones, para brindar servicios de salud a las poblaciones del planeta, según la cultura, la historia y el ordenamiento político, predominantes en cada país. El eje ya no se centraba en el modelo de organización, planificado en forma centralizada por el Ministerio de Salud de cada lugar, sino en articular las diversas instituciones que contribuían a proteger a la población, en un sistema ordenado en el que todos se alinearan detrás de objetivos comunes (OMS-UNICEF, 1978). Algunos principios y criterios sustentaban esta articulación de recursos a través de la *planificación estratégica*: prioridad de la prevención y del 1^{er} nivel de atención, tecnología apropiada, descentralización administrativa, participación comunitaria y atención integral dentro de una red de servicios interconectados, entre otros. Diversos factores determinaron luego que erróneamente se resignara la visión de APS como estrategia integral, por un enfoque limitado al 1^{er} nivel de atención. Circunscripta al 1^{er} nivel, la APS perdía su carácter de *estrategia*, para quedar reducida a un *programa* de administración de centros ambulatorios.

Desde el punto de vista histórico, la estrategia de APS centraba la Calidad, en el aprovechamiento integrado de todos los recursos y emprendimientos sanitarios, alrededor del eje *Sistema de Salud*, independientemente de la configuración que tuviera. Si el *modelo organizativo* signaba la estrategia de Salud Pública, el aprovechamiento racional de todos los recursos del sistema, fue el signo distintivo de la estrategia de APS. El énfasis en lo preventivo y en la atención médica básica fue su principal logro, pero también la causa de las limitaciones de su implementación, lo que condicionó su eficacia desde el punto de vista de los actores del Sector Salud. Si se analizan los fenómenos de 1948 y de 1978 en su desenvolvimiento institucional, tienen el rasgo común de que ambos fueron formulados por organismos multinacionales, luego adoptados por Gobiernos de distinto signo político, en un marco de inestable convivencia pacífica y, finalmente, volcados a las sociedades y los protagonistas del Sector.

En la década del 90 se había producido un cambio radical en el escenario mundial. En 1989 había caído el Muro de Berlín, como símbolo del fracaso del modelo comunista de acumulación de capital. Sustentado en una red permanente de conexiones satelitales infinitamente diversificadas, el mundo redujo bruscamente sus dimensiones comunicacionales a través de Internet. Las innovaciones en el campo social y sanitario, se difundían por esta vía de manera mucho más rápida que lo que permitían los consensos a través de foros multinacionales. Las iniciativas sobre Calidad en Atención de la Salud cabalgaron sobre estos medios novedosos y germinaron enseguida en instituciones de la sociedad civil, antes que en organismos gubernamentales. Un profesor emérito de la Universidad de Michigan, Avedis Donabedian, fue internacionalmente reconocido como el referente que logró integrar esas experiencias dispersas sobre Calidad en un cuerpo de doctrina, adaptando al campo de la Salud la evolución de este fenómeno en el ámbito industrial. Numerosos textos que publicó desde la década del 70, aportaron ese ordenamiento conceptual (Donabedian, 1973, 1980). Una nueva idea-fuerza ocupaba la motivación central de las reformas de los sistemas de salud que se sucedieron en adelante.

Comparando el desenvolvimiento de esta corriente, con el de los paradigmas descriptos en 1948 y 1978, la Calidad evolucionó en forma anárquica y *horizontal*. Las corrientes de Salud Pública y APS habían seguido un despliegue que podría caracterizarse como *piramidal*, desde organismos multinacionales hacia los Gobiernos, y luego volcándose desde éstos en las sociedades. En realidad, tanto la OMS como la OPS, se incorporaron a la tendencia cuando ésta ya estaba en curso, pero aportaron a su desarrollo documentos trascendentes e importantes instrumentos de aplicación práctica. El eje conceptual, que anteriormente se había depositado en el modelo organizativo y en la articulación de todos los recursos del sistema, ahora -sin resignar esos aspectos- desplazaba su atención hacia las expectativas y necesidades de la población, es decir, de los *pacientes*, que adquieren así un mayor protagonismo. La mejora de la Calidad de los servicios, que no necesariamente implica mayores recursos -sino actuar mejor con los mismos recursos-, adquiere así una jerarquía estratégica, para lograr una mayor eficiencia y alcanzar mejores resultados.

Desde fines de la década del 90, fue cobrando creciente interés la preocupación por los daños causados por errores cometidos durante la atención de los pacientes. En 1997 la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) de EE.UU. comenzó a registrar los errores graves, como eventos "centinela" (*sentinel events*). Diversas entidades de países industrializados advertían sobre la importancia de buscar medidas preventivas para evitar errores asistenciales, comprendiendo a los médicos -y al equipo de salud- como parte de una organización asistencial, cuyos procedimientos tienen puntos débiles, donde se producen las inconsistencias y errores. Un documento liminar de 1999 en EE.UU., *Error es humano*, constituyó un primer hito por la trascendencia alcanzada (IoM, 1999). Poco después fue apoyado por otro documento del Reino Unido (DoH, 2000), donde se reproducía el tema y lo incluía en su agenda prioritaria. Una actriz inglesa, Susan Sheridan, a causa de la muerte de su hijo por un diagnóstico incorrecto, formó en esos años una ONG denominada *Patients for Patient Safety* (PfPS).

En base a estos antecedentes, la OMS convocó a la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, suscripta en 2005 con Gobiernos y organizaciones no gubernamentales. Participaron de esta iniciativa el *Department of Health* del Reino Unido, la JCAHO y su subsidiaria *Joint Commission International* (JCI), la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de EE.UU. y la citada PfPS. Desde el seno de la corriente de Calidad, había surgido un nuevo eje histórico -el de la Seguridad del Paciente- que ocupa actualmente la atención central de instituciones científicas y académicas. No es un enfoque diferente del de la Calidad, basado en articular los recursos del sistema de salud con las necesidades y expectativas de la población: éste concentra la atención en el *proceso* de atención médica y en la consideración de los *derechos del paciente*. Las acciones a desarrollar son enfocadas en la identificación de momentos, actividades y tareas en los que la organización asistencial presenta puntos vulnerables, como: similitud en la denominación de ciertos medicamentos, identificación de los pacientes, pases de servicios, identificación del sitio quirúrgico, conexiones erróneas de tubuladuras, infecciones nosocomiales y otras (WHO, 2007).

A lo largo de esta breve descripción histórica, se observa que el pensamiento sanitario transitó por diferentes ejes de abordaje, que constituyeron otros tantos enfoques de la Calidad en el campo de la Salud: a) el modelo organizativo; b) la integración de los recursos con énfasis en la prevención; c) la articulación entre los recursos asistenciales y las necesidades de los pacientes, y d) la seguridad del paciente. Desde este punto de vista, fueron distintas visiones de la Calidad en diferentes momentos de la historia. En última instancia, todo análisis histórico se inspira en la identificación de principios orientadores, rastreados a través del estudio de hechos del pasado. ¿Cuál fue el comportamiento de la Argentina respecto a la Calidad?

En el curso de la historia del Sistema de Salud en Argentina, el Estado ha asignado un papel auxiliar a la Calidad de los servicios de salud. Otros países de la Región supieron utilizarla como puente político entre las autoridades sanitarias y las necesidades de la población, superando las limitaciones de la burocracia estatal y movilizándolo a la población hacia una participación activa en el mejoramiento de los servicios. La mejora de la Calidad no debería ser considerada una estrategia *complementaria*, debería ser entendida como un fundamental factor de movilización social en el que -la población, el personal de los servicios de salud y las autoridades sanitarias- logren coincidencias en función de un propósito estratégico, fácilmente comprensible. Desde los sectores más humildes de la población hasta los de mayor poder adquisitivo y mayores exigencias, tienen necesidades respecto a la calidad de los

servicios; más aún las tiene el personal asistencial. El acceso a servicios suntuarios de que disponen los usuarios de mayor poder adquisitivo, no garantiza en general una buena calidad de atención.

Habitualmente la organización administrativa del Estado, impide que los funcionarios capten las necesidades reales de la población; esos obstáculos burocráticos y organizativos, constituyen mucho más que una barrera de procedimientos administrativos. Es la verdadera y a menudo insalvable valla entre el Sistema de Salud y sus destinatarios. Los funcionarios no deberían permanecer a la espera de que las estructuras ministeriales se encaucen espontáneamente en el cumplimiento eficiente de sus funciones. Su propia naturaleza les impide actuar en función de necesidades reales: están adiestrados para cumplir circuitos administrativos. La Calidad debería ser un factor que congrege a todos los actores detrás de un objetivo común. No es una expectativa utópica, el caso de la Cruzada Nacional por la Calidad de México fue un buen ejemplo: logró una activa participación de organizaciones comunitarias, personal de salud y funcionarios, en función de la simple idea-fuerza de lograr servicios mejores (Ruelas-Poblano, 2005: 17-149). Sería necesario tender un *punte*, que permita que las autoridades sanitarias puedan responder a las necesidades de la población, con la menor cantidad de intermediarios posibles. La salud es parte de la política social, y ésta a su vez, es una respuesta a la sociedad misma. El problema central, entonces, es cómo detectar lo que la sociedad misma necesita.

A lo largo de este trabajo, se han visto las limitaciones de las autoridades sanitarias -la nacional y las provinciales- para regular el desempeño del Sector Salud, debido a presiones sectoriales. El desafío consiste en la suficiente decisión política, para desarrollar los mecanismos e instancias políticas, que sin desestimar los intereses parciales de los actores del Sector, permitan que predominen las expectativas generales de la población en lo referente a salud y bienestar general.

Referencias bibliográficas

- Abeledo A.: Argentina; radiografía del gasto en salud. *Clarín*, Suplemento Económico iEco, 13-julio-2008: 36.
- Abramson M., Airoldi S., Cadile M., Ferrero L.: Argentina; Recursos Humanos en Salud. En *Recursos Humanos en Salud en Argentina - 2001, Observatorio de Recursos Humanos en Salud*. Ed. Representación OPS/OMS en Argentina, Publicación N° 53, Buenos Aires, 2001.
- Aedo C.: La Competencia Administrada y reformas para el Sector Salud de Chile. En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud*, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. II: 571-611.
- Altimir O.: La dimensión de la pobreza en América Latina. *Cuadernos de la CEPAL*, N° 27, Santiago de Chile, 1979.
- Alzugaray R.: Ramón Carrillo a la Salud Pública. *Todo es historia*, N° 117, Buenos Aires, 1977: 6-10.
- Alzugaray R.: *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Centro Editor de América Latina, 2 tomos, Biblioteca Política Argentina 225-226, Buenos Aires, 1988.
- American Association of Retired Persons, Families USA, Group Health Cooperative of Puget Sound, HIP-Health Insurance Plan, Kaiser Permanente: *Preliminary Statement of Principles for Consumer Protection*. Mimeo, Washington D.C., 1997.
- ANDeDyCSdeC: *Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba*. Web: www.acader.unc.edu.ar, 2006.
- Arce H.: El sistema de Obras Sociales; bases para una propuesta sanitaria. *Pensamiento y Nación*, Año 1, N° 2, Buenos Aires, 1982: 95-104.
- Arce H., Roncoroni A.: Hospitales públicos y Obras Sociales; una propuesta. *Medicina y Sociedad*, Vol. 7, N° 5, Buenos Aires, 1984: 140-146.
- Arce H.: Naturaleza de los hospitales: tres generaciones. *Medicina y Sociedad*, Vol. 8, N° 5, Buenos Aires, 1985: 156-173.
- Arce H.: Instituto Lanari. *La Nación* (carta de lectores), 24 de junio de 1987: 8.
- Arce H., Roncoroni A.: Acerca del histórico fatalismo de los hospitales públicos. *Medicina y Sociedad*, Vol. 10, N° 1-2, Buenos Aires, 1987: 33-37.
- Arce H.: *Puesta en marcha de un servicio ambulatorio propio en la Zona Oeste del Gran Buenos Aires*. Sindicato Único de Trabajadores de la Educación de Buenos Aires (SUTEBA), mimeo, Buenos Aires, 1990.
- Arce H.: Arancelamiento hospitalario; normas administrativas. *Medicina y Sociedad*, Vol. 13, N° 1-2, Buenos Aires, 1990: 35-39.
- Arce H.: *Informe a la OPS de la gira realizada para recoger información sobre Acreditación Hospitalaria*. Mimeo, Buenos Aires, agosto de 1990.
- Arce H.: *El territorio de las decisiones sanitarias*. Ed. H. Macchi, Buenos Aires, 1993.
- Arce H.: Funciones y responsabilidades del hospital público. En Mera J. (editor): *Los servicios de salud en Argentina*. Ed. Fundación Universitaria a Distancia “Hernandarias”, Buenos Aires, 1995: tomo II, 151-184.
- Arce H.: Accreditation; the Argentine experience in the Latin American region. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11, N° 5, 1999: 425-428 y, en *Revista del ITAES*, Vol. 4, N° 4, Buenos Aires, 1999: 12-17.
- Arce H.: Tiempos de cambios. *Énfasis*, Salud 3, Buenos Aires, septiembre 1999: 18-20.
- Arce H.: *Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del Sector Salud en la Argentina*. Ed. CEPAL/GTZ, Serie Financiamiento del Desarrollo, N° 59, Santiago de Chile, 1997. También en, Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud*, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. I: 190-256.
- Arce H.: *Proyecto de creación de un Fondo de Acción Social*. Sindicato Único de Aires, 2001.
- Arce H.: *La Calidad en el territorio de la Salud*. Ausp. ITAES, Buenos Aires, 2001.
- Arce H.: *Consideraciones sobre los Sistemas Provinciales de Salud*. Seminario sobre Modelos Provinciales de Salud, Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, Academia Nacional de Medicina, mimeo, Buenos Aires, 2003.

- Arce H.: Aquiles Roncoroni (1923-2005) era también sanitarista. *Medicina*, Cartas al Comité de Redacción, Vol. 65, Buenos Aires, 2005: 280-283.
- Arce H.: Hospitales Públicos. *Diario Perfil*, Suplemento de Investigación El Observador, 13-mayo-2007: 3.
- Asociación Médica de Rosario (AMR): *La atención médica en el sistema de Seguridad Social*. Taller del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), mimeo, Rosario, 1980.
- Baker R., Feder G.: Clinical Guidelines; Where Next? *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 9, N° 6, 1997: 399-404.
- Banco Mundial: *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993; Invertir en Salud*. Ed. BIRF, Washington D.C., 1993.
- Barousse A.: Doce reglas de la buena historia clínica en la era de la medicina gerenciada (editorial). *Medicina*, Vol. 60, N° 2, Buenos Aires, 2000: 277-279.
- Barrenechea J., Chorny A., Molinero I. y col.: *Perfiles de Complejidad; método para determinar niveles de atención en establecimientos hospitalarios*. Consejo Federal de Inversiones, Buenos Aires, 1968.
- Bastian H.: Raising the Standard; Practice Guidelines and Consumer Participation. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 8, N° 5, 1996: 485-490.
- Belmartino S., Bloch C.: Políticas sociales y seguridad social en Argentina. *Cuadernos médico-sociales*, N° 22, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario, 1982. Citado en Katz-Muñoz, 1988: 80.
- Belmartino S., Bloch C., Persello A., Quiroga H.-a: *Las instituciones de salud en Argentina. Desarrollo y crisis*. Secretaría de Ciencia y Técnica, Buenos Aires, 1987 (citado en Katz-Muñoz, 1988: 77-81).
- Belmartino S., Bloch C., Persello A., Carmino M.-b: *Corporación médica y poder en salud; Argentina 1920-1945*. Representación OPS-OMS, Buenos Aires, 1988.
- Belmartino S., Bloch C., Carnino M., Persello A.: *Fundamentos históricos de la construcción de las relaciones de poder en el sector salud; Argentina 1940-1960*. Representación OPS-OMS, N° 27, Buenos Aires, 1991.
- Belmartino S., Bloch C.: *El Sector Salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos; 1960-1985*. Representación OPS-OMS, N° 40, Buenos Aires, 1994.
- Belmartino S.: *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina ¿Quién será el árbitro?* Lugar Ed., Buenos Aires, 1999.
- Bello J.: Política de salud 1976/81; aporte para la evaluación de un proceso. *Revista del Centro de Investigación y Acción Social (CIAS)*, N° 307/308, Buenos Aires, 1981 (separata).
- Bertranou F.: Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia. *Health Policy* 47, 1999: 19-36. Versión en español en *Revista del ITAES*, Vol. 5, N° 2, Buenos Aires, 2000: 8-20.
- Beveridge W.: *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services* (conocido como el "Primer informe Beveridge"), Londres, 1942.
- Bianco M., Casanova J.: Implementación del Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires. *Medicina y Sociedad*, Vol. 3, N° 5, Buenos Aires, 1980: 293-296.
- Biquard F., Marjovski A., Urruti E.: Teoría y realidad en el diseño sanitario argentino. *Summa*, N° 175, Buenos Aires, 1982.
- BIRF - The World Bank: *World Development Report*, 1987.
- Bitrán R., Almarza F.: Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile. En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud*, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. II: 463-570.
- Bodenheimer T.: The American Health Care System. The Movement for Improved Quality in Health Care. *New England Journal of Medicine*, Vol. 340, N° 6, 1999: 488-492.
- Bogue R., Hall C., La Forgia G.: *Hospital Governance in Latin America; Results from a Four Nation Survey*. The World Bank, Human Development Department, Latin America and Caribbean Region, Washington D.C., 2007.
- Bonnahon A., Tonelli L.: *Evolución y transformación del espacio hospitalario en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina*. Ed. Dunken, 2013, 3 tomos.

- Bosch S., Vázquez E.: Atención Médica Gerenciada, su definición, historia y situación actual. *Medicina y Sociedad*, Vol. 21, N° 3, Buenos Aires, 1998: 136-146.
- Brittan S.: Lord Keynes contraataca. *Clarín, Suplemento Económico*, Buenos Aires, 12-septiembre-1999: 19.
- Bronstein S.: *La Seguridad Social; su evolución, sus problemas, sus tendencias*. Citado en Asociación Médica de Rosario: *La atención médica en el sistema de Seguridad Social*. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, mimeo, Rosario, 1980.
- Bulliat G.: Los leprosos en la sociedad medieval. *Rassegna*, N° 2, Buenos Aires, 1984, 39.
- Bunge A.: *Cuadro general de las mutualidades en Buenos Aires, 1910*. Citado en el proyecto de Ley de Sociedades de Socorros Mutuos, presentado por Angel Jiménez a la Cámara de Diputados en 1914 (citado en Katz-Muñoz, 1998 y Cortés, 1985).
- Burgo E.: La leyenda de Keynes sigue más viva que nunca. *Clarín, Suplemento Económico*, Buenos Aires, 3-abril-2005: 3.
- Busse R.: Disease management programs in Germany's statutory Health Insurance System. *Health Affairs*, Vol. 23, N° 3, 2004: 56-67.
- Cantón E.: *Historia de la Facultad de Medicina y sus escuelas*. Ed. Coni, Buenos Aires, 1921, 4 tomos.
- Carrillo R.: *El problema de la Salud Pública ante la Reforma de la Constitución Nacional*. Ed. Secretaría de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1949.
- Carrillo R.-a: *Contribuciones al Conocimiento Sanitario*. Ed. EUdeBA, Buenos Aires, 1974.
- Carrillo R.-b: *Teoría del Hospital*. Ed. EUdeBA, Buenos Aires, 1974.
- Carrillo R.: *Teoría del hospital*. Ed. Ministerio de Salud Pública de la Nación, Buenos Aires, 1951. 2 tomos: 1. Arquitectura y 2. Administración. Una versión más accesible puede encontrarse en Carrillo-b, 1974.
- Carrillo A.: *Ramón Carrillo. El hombre... El médico... El sanitarista...* Ed. Carrillo, Buenos Aires, 2005.
- Casalino L.: The Unintended Consequences of Measuring Quality on the Quality of Medical Care. *New England Journal of Medicine*, Vol. 341, N° 15, 1999: Sounding Board, 1147-115.
- Castro J.: *La Tercera Revolución*. Ed. Catálogos, Buenos Aires, 1998.
- Castro B., Casal A., de Lellis M.: *Medicina Prepaga. Políticas públicas y derecho a la salud*. Ed. Proa XXI, Buenos Aires, 2007.
- Cetrángolo O., Damill M., Katz J., Lerner L., Ramos S.: *Desregulación y Salud; un análisis de la reforma del sistema de Obras Sociales*. Instituto para el Desarrollo Industrial (IDI-UIA), Documento de Trabajo N° 2, mimeo, Buenos Aires, 1992.
- Cetrángolo O., Bisang R.: *Descentralización de los servicios de salud en Argentina*. CEPAL, Serie Reformas de Política Pública N° 47, Santiago de Chile, 1997.
- Ciácerá J.: *Consejo Federal de Inversiones, un instrumento del federalismo*. CFI, Buenos Aires, 1988.
- Clinton B.: La mayor asistencia social es la que resulta transitoria. *Clarín*, 27-agosto-2006: 28.
- Closon M.: *Resource management and quality of care assessment using medical record summaries in Belgium*. Ed. Catholic University of Louvain, Bruselas, 1991.
- Cluzeau F., Littlejohns P., Grimshaw J., Feder G., Moran S.: Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11, N° 1, 1999: 21-28.
- Cobián G., Ochoa J., Riobó A.: *La Ley 100, Colombia*. Ed. FEMEBA, La Plata, 1995.
- Colina J., Giordano O., Rodríguez del Pozo P.: *El Fracaso Sanitario Argentino; diagnóstico y propuestas*. Premio Fulvio Pagani, Fund. Arcor, Córdoba, 2004.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe. *Clarín, Suplemento Económico*, 14-enero-1990: 2.
- Congreso de la Nación: *Trámite Parlamentario N° 135*, Buenos Aires, 15-septiembre-2000.
- Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM): *Enfoque económico y enfoque social en Salud Pública*. Foro Permanente de Salud Pública, documento de consenso, 1998.
- Consejo Federal de Salud (CoFeSa): *Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud*. Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, 1991; y en Arce H., 1993: 383-399.
- Cortés R.: *La seguridad Social en la Argentina: las Obras Sociales*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), mimeo, Buenos Aires, 1985.

- Cortés Conde R.: *La Economía Política de la Argentina en el Siglo XX*. Ed. Edhasa, Buenos Aires, 2005.
- Cortés R., Marshall A.: Estrategia económica, instituciones y negociación política en la Reforma Social de los '90. Mimeo (a publicar en *Desarrollo Económico*, Buenos Aires, 1999).
- COSSPRA: www.cosspra.com.ar, julio-2008.
- Chazov Y.: *La reestructuración abarcará todas las esferas de la salud pública*. Ed. Agencia de Prensa Nóvosti, 1988.
- Dal Bó L.: Un nuevo modelo de efector público de salud. *Medicina y Sociedad*, Vol. 12, Nº 5/6, Buenos Aires, 1989: 34-43.
- Dall' Aglio J. y col.: *Modelo Provincial de Atención para la Salud; bases, desarrollos y esquemas conceptuales y metodológicos*. Ministerio de Salud, Santa Fe, 1987.
- Dallanegra Pedraza L.: *El Consenso de Washington de 1989*. Disponible en www.geocities.com/luisdallanegra/Amlat/conswash.htm, marzo-2007.
- Davidson S., Restuccia J., Boston University Health Care Management Program Group: Competition and quality among managed care plans in the USA. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, Nº 5, 1998: 411-419.
- De la Balze F.: El comercio mundial, sin gatopardismo. *Clarín*, 8-abril-2007: 26.
- De Pablo J.: John Maynard Keynes. La revolución económica. *La Nación, Economía & Negocios*, Buenos Aires, 19-marzo-2006: 1-2.
- De Soto H.: *El otro sendero*. Ed. Sudamericana, 2ª edición, Buenos Aires, 1987.
- De Soto H.: *El misterio del capital. Por qué el capitalismo triunfa en Occidente y fracasa en el resto del mundo*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 2002.
- Debuchy A.: Caracterización del recurso físico en salud. *Medicina y Sociedad*, Vol. 6, Nº 3, Buenos Aires, 1983: 82-88.
- Debuchy A. y col.: El impacto del Recurso Físico en la Garantía de Calidad. *Manual de Acreditación para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación*, Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), Buenos Aires, 2ª edición, 2001: 15-20.
- Departamento de Economía Sanitaria: Salud, financiamiento y solidaridad. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social, mimeo, 1973: 6.
- Department of Health: *An Organisation with a Memory*. Ed. DoH, London, 2000.
- Detsky A., Naylor D.: Canada's Health Care System - Reform Delayed. *New England Journal of Medicine*, Vol. 349, Nº 8, 2003: 804-810.
- Di Bari J.: Algunas referencias histórico-psiquiátrica anteriores al siglo XX en la República Argentina y en Cuyo. *Quirón*, Vol. 12, Buenos Aires, 1981: 115.
- Díaz Muñoz A.: *Procesos de privatización en el Sector Salud en Argentina*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), mimeo, Buenos Aires, 1991.
- Díaz Cano M., Montenegro Moyano A., Pacheco C., Withington M., Giacomini H.: *Reforma hospitalaria; evaluación del Hospital Regional de Mar del Plata*. Ed. Colegio y Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires, mimeo, La Plata, 1964.
- Diéguez H., Llach J., Petrecolla A.: *El Gasto Público Social*. Instituto Torcuato Di Tella, Buenos Aires, 1991.
- Dolmen Ed., 2001: *La historia y sus protagonistas*. La Gran Bretaña del consenso. Web: www.ed-dolmen.com.
- Donabedian A.: *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ed. Regents of The University of Michigan, Ann Arbor, 1980. Traducción en: *La calidad de la atención médica*; Ed. La Prensa Médica Mexicana, México D.F., 1984.
- Donabedian A.: *Aspects of medical care administration*. Ed. Harvard & Commonwealth Fund, Boston, 1973. Traducción en: *Los espacios de la salud. Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. Biblioteca de la Salud, México D.F., 1988.
- Donabedian A.: Mayordomía de la Calidad de Vida y el Trabajo de Codman. *Medicina y Sociedad*, Vol. 22, Nº 3-4, Buenos Aires, 1999: 180-183.
- Drucker P.: *Las nuevas realidades*. EDHASA, 1989 (citado en Veronelli-Veronelli, 2004).
- Enthoven A.: The Political Economy of National Health. How interested groups have responded to a proposal for economic competition in health services. *The American Economic Review* 70, Nº 2, 1980: 142-156.

- Enthoven A.: Market forces and Health Care Costs. *Journal of the American Medical Association* (JAMA) 266, 1991, 19: 2751-2752.
- Enthoven A.: The market-based reform of America's health care financing and delivery system; managed care and managed competition. *Innovations in Health Care Financing*. Ed. The World Bank, An Internacional Conference, Washington D.C., 1997.
- FADECIM, página Web: www.fadecim.org.ar, 2008.
- Favaloro R.: Exposición ante la 7ª Convención de Bancos Privados Nacionales, Asociación de Bancos Argentinos (ADEBA), mimeo, Buenos Aires, 1991.
- Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires: *Chile 93; Sistema de Salud*. Ed. FEMEBA, La Plata, 1993.
- Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA): *España 1993; Sistema de Salud*. Ed. Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), La Plata, 1994.
- Feld S., Rizzi C.: *La salud de los argentinos en el bicentenario*. Ed. Dunken, Buenos Aires, 2007.
- Fernández López M.: Déjennos hablar de Keynes. *Clarín, Suplemento Económico*, Buenos Aires, 15-abril-2001: 8.
- Fetter R., Brand D., Gamache D.: *DRG's. Their Design and Development*. Ed. Health Administration Press, Ann Arbor (Michigan), 1991.
- Fitoussi J., Rosanvallon P.: *La Nueva Era de las Desigualdades*. Ed. Manantial, Buenos Aires, 1997. Comentario bibliográfico de Arce H. en: *Medicina y Sociedad*, Vol. 21, Nº 3, Buenos Aires, 1998, 164-165.
- Fitoussi J.: La protección frente a la globalización. *Clarín, Suplemento Económico*, Buenos Aires, 29-abril-2007: 36.
- Flexner A.: *Medical Education in the United States and Canada*. Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bull. Nº 4, New York, 1910.
- Flood C.: *El Gasto Público Social y su impacto redistributivo*. Secretaría de Programación Económica, Buenos Aires, 1994.
- Flood C.: Gasto y financiamiento en Salud en Argentina (publicación preliminar de CEPAL, 1997). En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud; los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Fondo de Cultura Económica/CEPAL, Santiago de Chile, 2000, tomo I: 105-189.
- Flood C.: *Política del Gasto Social. La experiencia argentina*. Ed. La Colmena, Buenos Aires, 2006.
- Fortuna: *El Oro que distingue un desempeño exitoso*, 30-agosto-2008: 52-57.
- Foucault M.: Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educación médica y salud*, Vol. 12, Nº 1, OPS-OMS, Washington D.C., 1978.
- Foucault M. y col.: La machine á guerir (aux origines de l'hospital moderne). *Architecture-Archives*, Ed. Pierre Mardaga, París, 1979 (citado en Vuegen).
- Foucault M.: *El nacimiento de la clínica*. Ed. Siglo XXI, 11ª edición, México D.F., 1986.
- Freeman R.: Competition in context; the politics of health care reforms in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, Nº 5, 1999: 395-401.
- Frenkel R.: La contribución de Keynes. *La Nación, Economía & Negocios*, Buenos Aires, 2-abril-2006: 8.
- Friedman M.: Gammon's Law Points to Health-Care Solution. *The Wall Street Journal*, 12-noviembre-1991.
- Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL): *El Sistema de Obras Sociales en la Argentina*. 7ª Convención de la Asociación de Bancos Argentinos (ADEBA), Buenos Aires, 1991.
- Furtado C.: *Desarrollo y subdesarrollo*. Ed. EUdeBa, Buenos Aires, 1964.
- García L.: Lanzan un seguro de salud que incluye descuentos en medicamentos y cartilla médica. *El Cronista Comercial*, Buenos Aires, 19-abril-2005 (en *Newsletter OPSA*)
- García Díaz C.: El Hospital público y la Seguridad Social. *Medicina y Sociedad*, Vol. 6, Nº 6, Buenos Aires, 1983, 231-238.
- García Díaz C.: El hospital de colectividad. *Medicina y Sociedad*, Vol. 7, Nº 3, Buenos Aires, 1984: 50-51.
- Gerchunoff P., Guadagni A.: *Elementos para un programa de reformulación económica del Estado*. Mimeo, Buenos Aires, 1987.

- Glennerster H.: Competition and quality in health care; the UK experience. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, N° 5, 1998: 403-410.
- Glennerster H.: Competition and quality in health care; the UK experience. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford University Press, Vol. 10, N° 5, 1998, 403-410. También en *Revista del ITAES*, Vol. 5, N° 4: 19-28, Buenos Aires, 2000.
- Gobierno de Chile: *El plan AUGE 2006*. www.gobiernodechile.c/plan.auge.
- Goldstein A.: Three Big HMOs Prescribe Regulation as Industry's Cure. *The Washington Post*, 25/IX/97: A12.
- González F.: Implementación del Plan AUGE en pacientes con IRC. *Revista Médica de Chile*, 131, Santiago, 2003: 545-551.
- González García G., Tobar F.: *Más salud por el mismo dinero*. Ed. ISALUD, Buenos Aires, 1997.
- González García G., Tobar F.: *Salud para los argentinos*. Ed. ISALUD, Buenos Aires, 2004.
- Goodman J.: El fracaso de un plan de Clinton. *Clarín*, Buenos Aires, 21-noviembre-98: 61.
- González Prieto G.: El Hospital Garrahan y la autogestión. *Medicina y Sociedad*, Vol. 16, N° 4, Buenos Aires, 1993: 18-24.
- Gorosito J., Heller H.: El Sector Salud de la Provincia del Neuquen. En Katz J. y col: *El Sector Salud en la República Argentina; su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993: 71-110.
- Gramm P.: Why We Need Medical Saving Accounts. *New England Journal of Medicine*, Vol. 330, N° 24, 1994, 1752-1753 y, en *Revista del ITAES*, Vol. 4, N° 2, Buenos Aires, 1999: 6-8.
- Grol R., Zwaard A., Mokink H., Dalhuijsen J., Casparie A.: Dissemination of guidelines; which sources do physicians use in order to be informed? *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, N° 2, 1998: 135-140.
- Guerrino A.: La generación médica del 80, aspectos esenciales. *Quirón*, Vol. 12, Buenos Aires, 1981, 117.
- Hobsbawm E.: *Historia del siglo XX*. Ed. Crítica-Planeta, Buenos Aires, 2011.
- Hobsbawm E.: *Años interesantes. Una vida en el Siglo XX*. Crítica-Planeta, Buenos Aires, 2003.
- Iglehart J.: Revisiting the Canadian Health Care System. *New England Journal of Medicine*, Vol. 342, N° 26, 2000: 2007-2012.
- INDEC: Módulo de utilización y gasto en servicios de salud. Mayo de 1989.
- INOS a: *Anteproyecto de prestaciones básicas y coberturas esenciales de atención médica para Obras Sociales*. Gerencia de Prestaciones, Buenos Aires, 1985. Trabajo coordinado por C. Marracino.
- INOS b: *Sistema de Estadísticas de Salud para Obras Sociales (SESOS)*. Resolución N° 1.200/85. Trabajo coordinado por C. Marracino.
- INOS: Normas de Acreditación para servicios de Medicina Crítica. *Auditoría Médica*, Año 3, N° 3, Buenos Aires, 1986-87: 4-12.
- Institutes of Medicine: *To Err is Human; Building a Safer Health System*. Ed. IoM, Washington D.C., November 1999.
- Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES): Historia del mutualismo; la invención de la solidaridad. *Clarín*, Suplemento Especial, 7-octubre-2006: 8.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC): *Anuario Estadístico de la República Argentina 1981-1982*. Ed. INDEC, 1984.
- Instituto Nacional de Obras Sociales: *El Sistema de Obras Sociales. Documento de trabajo*. Ed. INOS, Buenos Aires, 1974.
- Instituto Nacional de Obras Sociales: *Anteproyecto de prestaciones básicas y coberturas esenciales de atención médica para Obras Sociales*. INOS, mimeo, Buenos Aires, 1985.
- Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES): *Manual de Acreditación para Establecimientos de Diálisis Crónica*. Ed. ITAES, 1ª edición, Buenos Aires, 2004.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: *Comprehensive Accreditation Manual for Health Care Networks*. Ed. JCAHO, Illinois, 1996.
- Katz J., Muñoz A.: *Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad*. Ed. CEPAL, Buenos Aires, 1988.

- Katz J., Maceira D.: *Esfuerzos recientes de reordenamiento y descentralización de hospitales públicos nacionales*. CEPAL, mimeo, Buenos Aires, 1991.
- Katz J. y col.: *El sector salud en la República Argentina; su estructura y comportamiento*. Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993.
- Katz J. y col.: El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico-institucionales. En Katz J. y col.: *El Sector Salud en la República Argentina; su estructura y comportamiento*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires 1993: 13-30.
- Katz J.: Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio; un comentario sobre el informe del Banco Mundial - Invertir en salud. *Desarrollo económico*, Vol. 35, Nº 138, 1995.
- La Forgia G.: *In search of excellence: raising hospital performance in Brazil*. World Bank, Latin American and Caribbean Region, Washington D.C., 2007 (próximo a salir). Extractado en Bogue, 2007.
- Lardiez Gonzales J: Los hospitales de las colectividades extranjeras en Buenos Aires. *Quirón*, Vol. 12, Buenos Aires, 1981: 138.
- Larrañaga O.: Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud*, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. II: 415-462.
- Larroque P.: Histoire Politique de la Sécurité Sociale Française. *Cahiers de la Fondation Nationale des Sciences Politiques*. A. Colin, París, 1955 (citado en Veronelli, 2004: 472).
- Le Goff J., Truong N.: *Una historia del cuerpo en la Edad Media*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2005.
- Liotta D.: Seminario sobre políticas de salud; la experiencia Argentina. *Medicina y Sociedad*, Vol. 4, Nº 1-2, Buenos Aires, 1981: 60-61.
- Londoño J., Frenk J.: Pluralismo Estructurado; hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En Frenk J. (editor): *Observatorio de la salud; necesidades, servicios, políticas*. Ed. Fundación Mexicana para la Salud, México D.F., 1997: 307-346 y, en *Revista del ITAES*, Buenos Aires, 1999, Vol. 4, Nº 2: 10-24 y Nº 3: 6-15.
- López S.: *Sistemas de Salud comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90*. Web: www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud, 2005.
- Loth W.: *Europa después de 1945; la formación de los bloques*. En Benz W., Graml H. (compiladores): *Europa después de la segunda guerra mundial, 1945-1982. Historia Universal; El Siglo XX*. Ed. Siglo XXI, Madrid, 1986, Vol. 35, tomos 1-2.
- Maceira D.: *Instituciones sanitarias en un país federal; las Obras Sociales provinciales en contexto*. Ed. CEDES, Serie Seminarios Salud y Políticas Públicas, Buenos Aires, 2003.
- Madies C., Tobar F.: *Desregulación de Obras Sociales y regulación de la Medicina Prepaga en Argentina*. ISalud, mimeo, Buenos Aires, 2001.
- Marracino C., Arce H., Caballero N., Schiavi P., Korinfeld S., Brigante M.: *Las Obras Sociales y su intervención en las condiciones y medio ambiente del trabajo, así como en las condiciones generales de vida*. INOS, mimeo, Buenos Aires, 1984.
- Martin P.: Keynes, cincuenta años después. *Clarín, Suplemento Económico*, Buenos Aires, 12-mayo-1996: 12-13.
- Mathus Ruiz R.: El Estado ya da empleo a más trabajadores que la industria. *Diario La Nación*, 29-junio-2008: 19.
- McKee M., Edwards N., Atun R.: Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, Nº 84, 2006: 890-896.
- Mc Neill W.: *La búsqueda del poder; Tecnología, Fuerzas Armadas y Sociedad*. Ed. Siglo XXI, México D.F., 1988 (citado en Veronelli-Veronelli, 2004).
- Médici A.: Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde. *Economía da Saúde*, Ed. IPEA, Brasília, 1995: 23-68.
- Mera J.: *Política de Salud en la Argentina*. Ed. Hachette, Buenos Aires, 1988.
- Mera J. (editor): *Los servicios de salud en Argentina*. Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias", Buenos Aires, 1994, 3 tomos.
- Mera J., Bello J.: *Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una introducción*. Ed. Representación OPS/OMS, Buenos Aires, 2003.
- Mercer H.: *El Sistema de Salud en la Argentina*. En Ed. Fundación Omega Seguros, Buenos Aires, 1997, 54-72 y, en *Revista del ITAES*, Vol. 4, Nº 1, Buenos Aires, 1998: 14-21.

- Milesi R., Niklison R.: *Optimización de las estructuras técnico-administrativas de los Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCo) de la Provincia de Santa Fe*. Mimeo, Santa Fe, 1996.
- Mills A., Vaughan J., Smith D., Tabibzadeh I.: *Descentralización de los Sistemas de Salud. Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Ed. OMS, Ginebra, 1990.
- Ministerio de Salud Pública de la Nación: *Plan Analítico 1952-57*. Ed. MSPN, 3 tomos, Buenos Aires, 1952.
- Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública (MASSP): *Política Sanitaria y Social*. Ed. MASSP, Buenos Aires, 1966, 2 tomos.
- Ministros de Salud Pública del Noroeste: *Programas de atención médica integrada. Cuadernos de Salud Pública*, N° 1, Ed. ESPUBA, Buenos Aires, 1968: 49-54.
- Molinero I.: Necesidades de inversión física y equipamiento moderno. *Medicina y Sociedad*, Vol. 2, N° 3-4, Buenos Aires, 1979: 128-134.
- Ministerio de Bienestar Social de Mendoza (MBS-M): *Mendoza-Salud, Documento Matriz*. Mimeo del MBS-M, 1987. Redacción original de Arce H.
- Montoya S., Olivero M., Colina J., Willington M., Sanmartino A.: *La Reforma de Obras Sociales en Argentina; avances y desafíos pendientes*. Fundación Mediterránea, IERAL, mimeo, Córdoba, 1998.
- Monclús A., Sabán C.: Análisis de la creación de la UNESCO. *Revista Iberoamericana de Educación*, N° 12, Madrid, 2005. Web: www.weboie.org.es.
- Moreno E.: *Algunos aspectos de política operativa de la Secretaría de Salud*. Documento de trabajo, mimeo, Buenos Aires, XI/1991 (citado en Arce, 2000).
- National Committee for Quality Assurance (a): *Health Plan Employer Data and Information Set and Users' Manual (HEDIS)*. Ed. NCQA, Version 3.0, Washington D.C., 1996.
- National Committee for Quality Assurance (b): *Reviewer Guidelines for the Accreditation of Managed Care Organizations*. Ed. NCQA, Washington D.C., 1996.
- Neri A.: *Salud y Política Social*. Ed. Hachette, Buenos Aires, 1982.
- Neri A. a: *Lineamientos para un Plan General de Salud*. Ed. Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, 1984.
- Neri A. b: *Bases para una legislación sobre Seguro Nacional de Salud*. Ed. Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, 1984.
- Newhouse J.: Reimbursing Health Plans and Health Providers; Efficiency in Production versus Selection. *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXIV, 1996: 1236-1263.
- Noronha J., Pereira T., Levcovitz E.: Estratégias para a construção de Sistemas Locais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 109, N° 5-6, Washington D.C., 1990: 529-534.
- Novy A.: *Sistema de Bretton Woods*. Economía Política Internacional, Universidad Económica de Viena, 2005. Web: www.lateinamerika-studien.at.
- Ocaña J.: *La Conferencia de Yalta*. Web: www.historiasiglo20.org, 2003.
- O'Donnell J., Dal Bó L., Vitacco M., Monti C., Benaim S., Gianantonio C.: El Hospital Nacional de Pediatría. *Medicina y Sociedad*, Vol. 9, N° 1-2, Buenos Aires, 1986: 9-19.
- Olguín V.: Los organismos internacionales en la atención de la salud. En Sonis A. y col: *Medicina Sanitaria y Administración de Salud*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1983: tomo II, 817-832.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): *Alma-Ata 1978; Atención Primaria de la Salud*. Ed. OMS, Ginebra, 1978.
- Organización Panamericana de la Salud: *Los Sistemas Locales de Salud; Conceptos, Métodos, Experiencias*. Ed. OPS/OMS, Publicación Científica N° 519, Washington D.C., 1990. Boletín de la OPS: *Sistemas Locales de Salud* (número especial), Vol. 109, N° 5-6, Washington D.C., 1990.
- Organización Panamericana de la Salud: *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de OPS/OMS*. Ed. OPS, Washington D.C., 2007.
- Otero R.: *Estudio y análisis de las actividades de habilitación y categorización llevadas a cabo por la Subsecretaría de Salud y evaluación de una eventual complementación con otras actividades de evaluación de establecimientos asistenciales desarrolladas en el país*. Ministerio de Salud y Acción Social, PRONATASS, mimeo, Buenos Aires, 1992.
- Oviedo C.: *Antecedentes de la asistencia técnica y financiera de la Nación a las jurisdicciones*. Informe a la Subsecretaría de Salud, mimeo, Buenos Aires, 1991.

- Pampliega E.: La financiación, clave para la implementación de políticas de salud. *Medicina y Sociedad*, Vol. 7, Nº 3, Buenos Aires, 1984: 52-57.
- Patiño Restrepo J.: *Abraham Flexner y el Flexnerismo; Fundamento Imperecedero de la Educación Médica Moderna*. Página Web FePAFEM, (www.anm.fepafem.org/flexner.htm), Bogotá, 2001.
- Pavón S., Montenegro J., Álvarez M., Giraldo H.: El Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata; una experiencia en administración y financiación de la salud. *Medicina y Sociedad*, Vol. 7, Nº 5, Buenos Aires, 1984: 147-157.
- Paz O.: *Tiempo nublado*. Ed. Seix Barral, Barcelona, 1983.
- Penna J., Madero H.: *La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*. Ed. Kraft, Buenos Aires, 1910 (citado por Veronelli, 2004: 301).
- Pérez Stable E.: Managed Care Arrives in Latin America. *New England Journal of Medicine*, Vol. 340, Nº 14, 1999, Editorial: 1110-1112.
- Pérgola F.: *Historia de la Salud Social en la Argentina*. Ed. Superintendencia de Servicios de Salud, Buenos Aires, 2004, tomo I.
- Pérgola F.: El mutualismo en la Argentina y su incidencia en la salud social. *Todo es Historia*, Nº 450, Buenos Aires, 2005.
- Pigna F.: Las primeras luchas obreras. *Clarín, Revista "Viva"*, Buenos Aires, 10-marzo-2013: 18-20.
- Pjbonaerense: *Eva Perón; obra social*. www.pjbonaerense.org.ar/peronismo/eva.obrasocial.
- Porto S.: Financiamento dos Sistemas Locais de Saúde. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 109, Nº 5-6, Washington D.C., 1990: 502-511.
- Pozzi P.: El New Deal; ¿una solución eficaz para la Gran Depresión? *De Sur a Norte; perspectivas sudamericanas sobre Estados Unidos*. Ed. Fundación Centro de Estudios Americanos, Vol. 4, Nº 5, Buenos Aires, 2000: 79-108.
- Prein V.: La Ley de Riesgos del Trabajo. *El Prestador*, Nº 15, CEDIM, Buenos Aires, 1996: 13-18.
- Programa de Reconversión del Sistema de Seguro de Salud (PRESSS): *Resultados del 2º Taller Nacional de Seguro de Salud para Población no Asegurada*. Ministerio de Salud, mimeo, Buenos Aires, 2001.
- Ramos J.: *De octubre a septiembre: los ensayos políticos de Víctor Almagro* (artículos publicados en el diario *Democracia* bajo seudónimo). Ed. Peña Lillo, Buenos Aires, 1959.
- Reale A., Laspiur J., O'Donnell J.: El Nomenclador Nacional; sus antecedentes y características en el sistema arancelado. *Medicina y Sociedad*, Vol. 1, Nº 1, Buenos Aires, 1978: 29-34.
- Reglamento para la Junta Hospitalaria para la mejor dirección de ambos hospitales, seguridad y adelantamiento de sus intereses, aseo y limpieza, curación y asistencia de los enfermos, 1816. Archivo General de la Nación (reproducido en Vuegen).
- Restivo N.: Cincuenta años del mayor acuerdo económico y financiero de la historia. *Clarín, Suplemento Económico*, 17-julio-1994: 14.
- Restrepo Trujillo M.: La reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. En Titelman D.- Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud; los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Fondo de Cultura Económica/CEPAL, Santiago de Chile, 2000, tomo II: 659-726.
- Rizzi C., Feld S., Veronelli J.: *Introducción a la medicina sanitaria*. Ed. López, Buenos Aires, 1973.
- Rizzi C.: El hospital del futuro. *Revista de la Asociación Médica Argentina (AMA)*, Nº 92, Buenos Aires, 1979: 15-20.
- Rodríguez Ricchieri P., Tobar F.: *El Consejo Federal de Salud Argentino; actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo*. Mimeo, Buenos Aires, 2003.
- Roemer M.: *Perspectiva mundial de los Sistemas de Salud*. Ed. Siglo XXI, México D.F., 1980.
- Roncoroni A.: La ética médica en el mundo del mercado. *Medicina*, Vol. 60, Buenos Aires, 2000: 8288-8291 y, en *Revista del ITAES*, Vol. 5, Nº 1, Buenos Aires, 2000: 19-28.

- Ruelas E., Poblano O.: *Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*. Ed. Secretaría de Salud, Colección Estrategias para la Mejorar la Calidad, México D.F., 2005.
- SAGPyA: Antecedentes de la FAO. *Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos*. Buenos Aires, 2006. Web: www.mecon.gov.ar.
- San Román E.: Entre médico y paciente, las palabras necesarias. *Clarín (tribuna)*, 26-octubre-2005: 27.
- Schoenbaum S., Coltin K.: Competition and quality in managed care. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 10, N° 5, 1998: 421-426.
- Schvarzer J.: Cambios en el Liderazgo Industrial Argentino en el Período de Martínez de Hoz. *Desarrollo Económico*, Vol. XXIII, N° 91, 1983.
- Sebreli J.: *Crítica de las ideas políticas argentinas*. Ed. Sudamericana, 3ª edición, Buenos Aires, 2003.
- Secretaría de Salud Pública de la Nación: *Plan Analítico de Salud Pública*. Ed. SSPN, 3 tomos, Buenos Aires, 1947.
- Secretaría de Salud: *Taller sobre políticas y programas nacionales para el desarrollo de la tecnología médica*. Carpeta de trabajo, mimeo, Buenos Aires, 1986.
- Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina, Organización Panamericana de la Salud (SESP-AFM-OPS): *Estudio sobre salud y educación médica*. Buenos Aires, 1969-71.
- Sociedad Argentina de Auditoría Médica: *Documento Basal sobre Capacitación en Auditoría Médica*. SADAM, XIII° Congreso Argentino de Auditoría Médica, Buenos Aires, 1988.
- Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM): El Auditor, su perfil y formación. *Auditoría Médica*, Año 2, N° 3, Buenos Aires, 1985: 85-95.
- Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM): Perfil del Auditor. *Auditoría Médica*, Año 1, N° 5-6, Buenos Aires, 1984: 138-152.
- Sociedad Central de Arquitectos (SCA) y Federación Argentina de Entidades de Arquitectos (FAEA): *Ponencia Argentina ante el XVIII° Congreso Panamericano de Arquitectos*. Mimeo, La Habana, 1988.
- Sonis A.: *Salud, Medicina y Desarrollo Económico-Social*. EudeBA, Lectores N° 55, Buenos Aires, 1964, 18-38.
- Sonis A.: Roles del hospital moderno, perspectiva argentina. *Medicina y Sociedad*, Vol. 7, N° 1-2, Bs. As., 1984: 10-19.
- Sonis A. y col.: *Medicina sanitaria y Administración de salud. Atención de la salud*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1982, 2 tomos.
- Stiglitz J.: *Los felices 90; la semilla de la destrucción*. Ed. Taurus, Buenos Aires, 2003.
- Stocker K., Waitzkin H., Iriart C.: The Exportation of Managed Care to Latin America. *New England Journal of Medicine*, Vol. 340, N° 14, 1999: 1131-1136.
- Superintendencia de Salud: *Escáner AUGE-GES*. Santiago de Chile, 2008.
- Tafani R.: *Problemas y reforma del Sector Salud en Argentina* (publicación preliminar de CEPAL, 1997). En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud; los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Fondo de Cultura Económica/CEPAL, Santiago de Chile, 2000, tomo I: 313-398.
- Tarcus H.: Heraldo de Marx en la elite criolla. *Clarín*, suplemento Zona, Buenos Aires, 9-abril-2000: 8-9.
- Terris M.: *Los tres sistemas mundiales de atención médica. Tendencia y perspectivas*. Reunión Anual de Salud Pública, Washington D.C., 2 de noviembre de 1977.
- Terris M.-a: Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica. *Foro Mundial de la Salud*, Tomo 1, N° 1-2, 1980, 93-103.
- Terris M.-b: Tres Sistema Mundiales de Atención Médica. *Cuadernos Médico-Sociales*, N° 14, Rosario, 1980, 27-35.
- Testa M.: *Pensar en Salud*. Lugar Ed., Buenos Aires, 1993.
- Testut L., Jacob O.: *Tratado de Anatomía Topográfica con aplicaciones médico-quirúrgicas*. Ed. Salvat, 6ª edición, Barcelona, 1944.
- The Observer: Bretton Woods, sesenta años atrás. *Clarín*, Suplemento Económico, 27-junio-2004: 10.
- Tobar F. y col.: *El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo*. Ediciones ISalud N° 5, Buenos Aires, 2002.

- Torres R.: *Mitos y realidades de las obras sociales en la Argentina*. Ed. ISALUD, Buenos Aires, 2004.
- Trabajadores de la Educación de Buenos Aires (SUTEBA), mimeo, Buenos Aires, 1988.
- Ugalde A.: Las Empresas públicas en la Argentina. *El Cronista Comercial*, Buenos Aires, 1984.
- Unsain M.: *Diccionario Laboral*. Talleres Gráficos Rosso, Buenos Aires, 1919. Citador por Cortés, 1985.
- Ustarán Viana J.: El Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) en la Provincia de Buenos Aires. *Medicina y Sociedad*, Vol. 1, Nº 1, Buenos Aires, 1978: 35-41.
- Vasallo C., Báscolo E.: *De la fragmentación a la integración del Sector Salud; una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista*. SIEMPRO, Documento de Trabajo Nº 8, mimeo, Buenos Aires, 2001.
- Vera Ocampo L., Quaglia C.: Salud Pública y recursos físicos. *Medicina y Sociedad*, Vol. 7, Nº 3, Buenos Aires, 1984: 71-79.
- Veronelli J., Veronelli Correch M.: *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Ed. Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 2004, 2 tomos.
- Veronelli J., Rodríguez Campoamor N.: La Política Sanitaria Nacional. *Cuaderno de Salud Pública*, Nº 6/7, Ed. ESPUBA, Buenos Aires, 1970-71: 11-23.
- Veronelli J.: *Medicina, Gobierno y Sociedad*. Ed. Coloquio, Buenos Aires, 1975.
- Viñas D.: *Anarquistas en América Latina*. Ed. Paradiso, Buenos Aires, 2004.
- Viñas D.: *En la semana trágica*. Ed. Jorge Álvarez, Buenos Aires, 1966.
- Vuegen S.: *Modelos médicos y espacio de curación; sociología del hospital en la Argentina* (tesis de doctorado). Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, mimeo, Mendoza, 1988, 2 tomos.
- Wagstaff A.: *Social Health Insurance Reexamined*. Development Research Group, World Bank Policy Research Working Paper 4111, Washington D.C., January 2007.
- Wainer K.: Hacia una mayor equidad en la salud; el caso de las ISAPRES. En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud*, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. II: 612-656.
- White J.: Políticas de salud en los Estados Unidos y Canadá. En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud*, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. I: 50-102.
- Williamson J.: *Latin American adjustment; how much has happened?* Institute for International Economics, Washington D.C., 1990. Documento presentado por el autor en la Conferencia del mismo nombre realizada en 1989.
- World Health Organization: *Patient Safety Solutions*, 2007: www.who.int/patientsafety/solutions.

Normas legislativas argentinas citadas en el texto

- Ley 4.144: conocida como “Ley de Residencia” y promovida por el Senador Miguel Cané, permitía expulsar a los inmigrantes “agitadores de profesión” a su país de origen, 1902.
- Ley 4953: creación de la Comisión Asesora de Asilos y hospitales Regionales, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, 1906.
- Ley 9.688: impulsada por Alfredo Palacios, tipificaba las discapacidades por accidentes de trabajo y determinaba responsabilidad patronal en los daños, 1915.
- Decreto N° 12.311: creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, Ministerio del Interior, 1943.
- Decreto N° 21.901: dispuso que actividades de beneficencia, hogares y asistencia social pasaran a la órbita de la Secretaría de Trabajo y Previsión, 1944.
- Decreto N° 30.655: creación de la Comisión de Servicio Social, para propulsar servicios sociales en sindicatos de cualquier rama de actividad, 1944.
- Decreto N° 14.807: creación de la Secretaría de Salud Pública, dependiente de la Presidencia, los actos debían ser refrendados por el Ministro del Interior, 1946.
- Ley 13.529: de Organización de Ministerios, creación del Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1949.
- Ley 14.250: de Convenciones Colectivas de Trabajo, 1953.
- Ley 14.303: de Organización de Ministerios, la Dirección Nacional de Asistencial Social volvió de la cartera de Trabajo a la de Salud, que pasó a denominarse Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, 1954.
- Decreto N° 2.245: creación de la Comisión Nacional del Seguro Nacional de Enfermedad, integrada por los Ministerios de Salud Pública y de Trabajo y Previsión, 1956.
- Por los Decretos-Leyes N° 1.371 y 1.156: creación de instrumentos para posibilitar las transferencias, previos convenios con provincias y municipios, 1957.
- Ley 14.475: promovía nuevas medidas legislativas para una descentralización ordenada de los servicios, 1958.
- Decreto N° 8.569: estableció necesidad técnica de transferir al ámbito provincial los establecimientos asistenciales, 1961.
- Ley 16.432: de Presupuesto del Ejercicio 62, instrumentó la transferencia con recursos presupuestarios.
- Decreto N° 2.083: creación de una Oficina Coordinadora de las Delegaciones Sanitarias Federales, asignándoles la representación del Ministerio en las provincias, 1964.
- Ley 16.462: sobre aspectos económicos de la producción, importación y comercialización de medicamentos, 1965.
- Ley 16.463: sobre aspectos técnicos de la producción, importación y comercialización de medicamentos, 1965.
- Ley 17.102: creación de Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC), 1967, reglamentada por el Decreto 8.248 de diciembre de 1968.
- Ley 6.312: aplicada a todos los hospitales públicos de la Provincia de Santa Fe, bajo la denominación de Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCo), 1967.
- Decreto N° 2.318: representantes de las Secretarías de Trabajo, Salud Pública y Promoción y Asistencia de la Comunidad, mediante una encuesta registraron unas 400 Obras Sociales, 1967.
- Ley 17.230: creación de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales, en la órbita del Ministerio de Bienestar Social (MBS), 1967.
- Ley 17.850: estableció normas operativas y arancelarias de regulación de Obras Sociales, 1968.
- Ley 18.045: normas de condiciones de reciprocidad en los convenios entre proveedores y compradores de servicios, 1968.
- Ley 18.483: fijó aranceles obligatorios para todos los convenios, 1969.
- Ley 18.586: descentralización administrativa a través de transferencias de establecimientos a las provincias por convenios de reciprocidad, 1969.
- Ley 18.610: obligatoriedad de aportes de empleados y contribuciones patronales para los trabajadores en relación de dependencia, a fin de tener cobertura de Obra Social de cada rama de la producción; creación el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), como ente regulador dependiente del MBS, 1970.
- Ley 18.912: unificó los anteriores libros verde y rosa, poniendo en vigencia el Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales en todo el país, 1970.
- Ley 19.337: promovida por la Secretaría de Salud Pública, apresuraba la descentralización administrativa de los hospitales de la jurisdicción nacional y los autorizaba a establecer convenios con las Obras Sociales, 1971.

- Ley 17.132, *Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración*, última revisión 1971. Ha sido adoptada por varias provincias, pero otras tienen normas propias, por ejemplo: Ley 6.222, Córdoba; Resolución Ministerial 1.720/81, Salta; Resolución Ministerial 340/87, Río Negro; Ley 9.847/84, Santa Fe; Ley 5.532/88, Mendoza, y Decreto 3.280/90, Provincia de Buenos Aires.
- Decreto-Ley 19.717: creación del Comité Federal de Salud, 1971.
- Ley 19.032: creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), proporcionando cobertura a la totalidad de los jubilados y pensionados, incluyendo a los trabajadores autónomos. Fue más conocido por la organización de su Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), 1971.
- Decreto N° 1157: reglamentario de la Ley 19.032, establece la composición del Directorio, 1971.
- Ley 19.710: promovida por el INOS, gran trascendencia regulatoria por su carácter de concertación multilateral, mediante la Comisión Paritaria Nacional (CPN), también conocida como *Gran Paritaria Nacional*, 1972.
- Ley 19.587: de Higiene y Seguridad en el Trabajo, 1972.
- Decreto N° 4.160: reglamentario de la Ley 19.587, 1973.
- Ordenanza N° 33.209: la Municipalidad de Buenos Aires dispuso el arancelamiento de sus hospitales, 1976.
- Decreto N° 2.355: como resultado de la comisión de estudio del Nomenclador Nacional (NN) creada en el INOS en 1976, se aprobó una nueva versión, 1977.
- Decreto N° 3.115: puso en vigencia en nuevo NN aprobado por el Decreto anterior, 1977.
- Decreto N° 3287: la Municipalidad de Buenos Aires aprueba el Nomenclador Municipal, 1978.
- Ley 20.748: creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); sólo llegó a implementarse en 4 provincias (Formosa, Chaco, La Rioja y San Luis), 1974.
- Ley 20.749: creación de la Carrera Sanitaria Nacional, como instrumento complementario del SNIS, 1974.
- Ley 21.902: derogación del SNIS por el Gobierno militar, 1978.
- Ley 21.883: pasaron a depender de las respectivas jurisdicciones de asentamiento, 65 de los hospitales remanentes en la jurisdicción nacional, 1978.
- Decreto N° 351: nuevo reglamento de la Ley 19.58, 1979.
- Ley 22.269: sancionada por el Gobierno militar, las Obras Sociales perdían su individualidad jurídica y pasaban a constituir entidades de derecho público, denominadas Entes de Obra Social (EOS) dependientes del INOS; no fue ni siquiera reglamentada, 1980.
- Ley 22.373: creación del Consejo Federal de Salud (CoFeSa), 1981.
- Ley 22.954: incrementó los integrantes del Directorio del PAMI a un Presidente y 11 Directores, con 4 representantes de los beneficiarios, que serían designados por el PEN a propuesta de las entidades, 1983.
- Resolución N° 87 de la Secretaría de Salud: estableció un nuevo Nomenclador destinado a los hospitales nacionales, 1987.
- Ley 23.660: regulación de Obras Sociales a cargo de la Dirección Nacional de Obras Sociales del Ministerio de Salud, 1988.
- Ley 23.661: creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS), que incorporaba a las Obras Sociales como agentes del Seguro, 1988.
- Ordenanza N° 41.824: del Concejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires, establecía la *participación comunitaria* en la conducción de los hospitales municipales, 1987.
- Decreto N° 598: encuadra al Hospital Garrahan como un SAMIC de la Ley 17.102, 1987.
- Decreto N° 815: consolida el Decreto anterior estableciendo el marco institucional, 1989.
- Decreto N° 3280: dictado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para la Habilitación Categorizante de los establecimientos, 1990.
- Decreto N° 2.284: unificó la recaudación a través de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS), con fiscalización a cargo de la Dirección General Impositiva (DGI), 1991.
- Ley 24.028: estableció nuevos márgenes indemnizatorios para los riesgos del trabajo, 1991.
- Ley 24.061: Presupuesto del ejercicio 1992, transfirió los últimos hospitales públicos nacionales a las respectivas jurisdicciones de asiento.
- Decreto N° 1269: Políticas Sustantivas e Instrumentales de la Secretaría de Salud, 1992.
- Decreto N° 9: decidió *liberar* la afiliación a la OS preferida, y evitar condiciones de *cautividad* de las contrataciones, impuestas por las asociaciones de prestadores, 1993.
- Decreto N° 578: definió el Hospital Público de Autogestión (HPA), 1993.
- Ley 24.241: Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, que promueve el régimen de capitalización individual, 1994.
- Ley 24.557: de cobertura de riesgos del trabajo y obligatoriedad de contratar una ART, 1995.
- Decreto N° 292: originado en el Ministerio de Economía, procuraba *desregular* el PAMI y establecer criterios estrictos de utilización del Fondo Solidario de Redistribución (FSR), 1995.

- Decreto N° 492: originado en la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal), enmendaba el anterior, limitando sus atribuciones, 1995.
- Decreto N° 1141: estableció la opción de cambio entre las Obras Sociales sindicales, 1996.
- Decreto N° 84: limitó la opción de cambio a una vez por año, 1997.
- Decreto N° 638: extendió este derecho entre los beneficiarios de Obras Sociales de personal de dirección, 1997.
- Decreto N° 1301: excluyó la opción de acceder a Docthos a través de OSDOS, que agrupaba al personal de las empresas Duperial y Orbea, 1997.
- Ley 24.754: obliga a Obras Sociales y Medicina Prepaga, a cubrir al menos las prestaciones tipificadas en el Programa Médico Obligatorio, 1997.
- Ley 153: Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999.
- Decreto N° 446: facilitó aún más la libre elección de cobertura, 2000; fue derogado en 2001.
- Decreto N° 939: régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), 2000.
- Decreto 355: reforma de Ley de Ministerios, define funciones actuales del Ministerio de Salud, 2002.
- Ley 25.401: Presupuesto del ejercicio 2001.
- Ley 25.615: estableció que el contralor del PAMI quedaría a cargo de la sindicatura, mientras que la auditoría externa sería ejercida por el Auditoría General de la Nación, 2002.

Índice de siglas y abreviaturas

ACAMI: Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas.
ADeCRA: Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina.
ADEMP: Asociación de Entidades de Medicina Prepaga.
ADOS: Asociación de Obras Sociales.
AFIP: Administración Federal de Ingresos Públicos.
AFJP: Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.
AMPO: Aporte Medio Previsional Obligatorio, unidad de medida del Sistema Provisional.
ANLIS: Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud.
ANM: Academia Nacional de Medicina.
ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.
ANSeS: Administración Nacional de la Seguridad Social.
ANSSal: Administración Nacional del Seguro de Salud.
APE: Administración de Programas Especiales.
APN: Administración Pública Nacional.
APP: alianzas público-privadas.
APP: Administración Pública Provincial.
APS: Asociación del Personal Superior de la Industria, el Comercio y Actividades Civiles.
APS: Atención Primaria de la Salud.
ART: Aseguradoras de Riesgos del Trabajo.
ASE: Acción Social de Empresarios.
BM: Banco Mundial.
BID: Banco Interamericano de Desarrollo.
BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, más conocido como Banco Mundial.
CAES: Cámara Argentina de Empresas de Salud.
CCHSA: *Canadian Council of Health Services Accreditation*, actualmente *Accreditation Canada*.
CCPM: Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, patrocinado por la ANM.
CECA: Comunidad Europea del Carbón y del Acero.
CEE: Comunidad Económica Europea.
CENDES: modelo de planificación Centro de Estudios del Desarrollo, Universidad Central de Venezuela.
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CESP: Caja del Estado y Servicios Públicos.
CFI: Consejo Federal de Inversiones.
CGE: Confederación General Económica.
CGT: Confederación General del Trabajo.
CICAC: Caja de Industria, Comercio y Actividades Civiles.
CIMARA: Cámara de Instituciones Médico-Asistenciales de la República Argentina.
CMRA: Corporación de Médicos de la República Argentina.
CoFA: Confederación Farmacéutica Argentina.
CoFeSa: Consejo Federal de Salud.
CoMRA: Confederación Médica de la República Argentina.
ConfeCliSa: Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados.
CORA: Confederación Odontológica de la República Argentina.
CoReS: Consorcios Regionales de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
COSSPRA: Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina.
CPN: Comisión Paritaria Nacional o *Gran Paritaria Nacional* de la Ley 19.710, 1972.
CTA: Caja de Trabajadores Autónomos.
CUBRA: Confederación Única de Bioquímicos de la República Argentina.
CUIL: Clave Única de Identificación Laboral.
CUIT: Clave Única de Identificación Tributaria.
DAMeS: Dirección de Asistencia Médica-Social del Ministerio de Salud.
DGI: Dirección General Impositiva.
DiNOS: Dirección Nacional de Obras Sociales, dependiente de la Secretaría de Salud, Ley 23.660.
DRG: *Diagnosis Related Groups*, Grupos de Diagnósticos Relacionados.
EE.UU.: Estados Unidos de Norteamérica.
EMP: Empresa de Medicina Prepaga.
EPH: Encuesta Permanente de Hogares.
ESPUBA: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.
EurAtom: Comunidad Europea de Energía Atómica.
FAO: *Food and Agriculture Organization* u Organización para la Alimentación y la Agricultura.
FATSA: Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad y Afines
FDA: *Food and Drug Administration*, EE.UU.

FeCliBa: Federación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Buenos Aires.
FeMeBA: Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires.
FeMeCor: subsidiaria de la Federación Médica de Córdoba para administrar contratos de riesgo.
FMI: Fondo Monetario Internacional.
FOA: Federación Obrera Argentina, central sindical anarquista fundada en 1901.
FoNaSa: Fondo Nacional de Salud de Chile.
FSR: Fondo Solidario de Redistribución.
GATT: *General Agreement on Tariffs and Trade* o [Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio](#).
GP: *general practitioner* o médico generalista.
GPS: Gasto Público Social.
HC: historia clínica.
HCU: historia clínica única.
HMO: *Health Maintenance Organization*, Organización para el Mantenimiento de la Salud.
HPA: Hospital Público de Autogestión.
HPGD: Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada.
IMOS: Instituto Municipal de Obra Social, luego Ob.SBA.
INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
INOS: Instituto Nacional de Obras Sociales.
INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, identificado como PAMI.
IOMA: Instituto de Obra Médico-Asistencial de la Provincia de Buenos Aires.
ISaPre: Institución de Salud Provisional de Chile.
ISSARA: Instituto de Servicios Sociales para las Actividades Rurales y Afines (actualmente OSPRERA).
ITAES: Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud.
JCAHO: *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, EE.UU.
MBS: Ministerio de Bienestar Social.
MdS: Ministerio de Salud.
MF: médico de familia.
MSAS: Ministerio de Salud y Acción Social.
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.
NCQA: *National Committee for Quality Assurance*, EE.UU.
NEA: Noreste Argentino.
NOA: Noroeste Argentino.
NHS: *National Health Service*, Servicio Nacional de Salud británico.
NN: Nomenclador Nacional de Honorarios Médicos y Gastos Sanatoriales.
Ob.SBA: Obra Social de los Trabajadores del Estado de la Ciudad de Buenos Aires.
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (países industrializados).
OEA: Organización de Estados Americanos.
OIT: Organización Internacional del Trabajo.
OMC: [Organización Mundial de Comercio](#).
OMS: Organización Mundial de la Salud.
ONG: organización no gubernamental.
ONU: Organización de las Naciones Unidas.
OPEP: Organización de Países Exportadores de Petróleo.
OPS: Organización Panamericana de la Salud.
ORL: Otorrinolaringología.
OSN: Obra Social Nacional.
OSP: Oficina Sanitaria Panamericana.
OSP: Obra Social Provincial.
OS: Obra Social.
OSDE: Obra Social de Ejecutivos; luego Organización de Servicios Directos Empresarios.
OSPD u OS'sPD: Obra/s Social/es de Personal de Dirección.
OSPRERA: Obra Social del Personal Rural y Estibadores de la República Argentina (ex ISSARA).
PAMI: Programa de Asistencia Médica Integral, sigla con que se conoce al INSSJP.
PAS: Programas Asistidos en Salud, fondos asignados a las provincias por el Ministerios de Salud.
PBI: producto bruto interno.
PBG: Producto Bruto Geográfico, referido a las provincias.
PBM: producto bruto mundial.
PC: computadora personal.
PEA: población económicamente activa.
PEN: Poder Ejecutivo Nacional.
PERT: *Program Evaluation and Review Technique*, instrumento de planificación y control.
Plan AUGE: Acceso Universal y Garantías Explícitas, Chile.
PMO: Programa Médico Obligatorio.
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

PPO: *Preferred Provider Organization*, Organización de Prestador Preferido.

ProFe: Programa Federal, para beneficiarios de pensiones no contributivas.

Proyectos UNI: *Una Nueva Iniciativa* en la Formación del Personal de Salud.

PyME's: pequeñas y medianas empresas.

RNP: Registro Nacional de Prestadores de Obras Sociales.

RU: Reino Unido.

's: sufijo correspondiente al plural de otras siglas, p. ej. OS's, MdS's, HMO's, ISaPre's, etc.

SADAM: Sociedad Argentina de Auditoría Médica.

SAMCo: Servicios de Atención Médica de la Comunidad, hospitales autónomos de Santa Fe.

SAMIC: Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad, denominación de los hospitales regidos por la Ley 17.102/67.

SAMI: Sistema de Atención Médica Integral, modalidad nomenciada del PAMI en 1989/90.

SAMO: Sistema de Atención Médica Organizada de la Provincia de Buenos Aires.

SCHIP: *State Children's Health Insurance Program*, establecido en EE.UU. en 1997.

SdS: Secretaría de Salud.

SegNS: Seguro Nacional de Salud.

SegProvS: Seguro Provincial de Salud.

SegPubS: Seguro Público de Salud.

SeS: Seguridad Social.

SIGEN: Sindicatura General de la Nación.

SIGEP: Sindicatura General de Empresas Públicas.

SIJP: Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

SiLoS: Sistema Local de Salud.

SNS: Servicio Nacional de Salud.

SRT o SIRT: Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

SSS: Superintendencia de Servicios de Salud.

SUSS: Sistema Único de la Seguridad Social creado en 1991, cuyo ente recaudador fue la ANSeS.

UBA: Universidad de Buenos Aires.

UEP: Unidad de Establecimiento Público, empleada en los Nomencladores globalizados.

UGT: Unión General de Trabajadores, central sindical socialista creada en 1904.

UIA: Unión Industrial Argentina.

UNCTAD: *United Nations Conference on Trade and Development*, Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Comercio y Desarrollo.

UNESCO: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* u Organización Educacional, Científica y Cultural de las Naciones Unidas.

UNICEF: *United Nations International Children's Emergency Fund* o Fondo de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

UPI: Unidad Prestacional Integral, modalidad de contratación adoptada por PAMI en 1991.

URSS: Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas o simplemente Unión Soviética.

WHO: *World Health Organization*.