

XV CONFERENCE OF INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH POLICY

XXVIII ANNUAL MEETING ON PUBLIC HEALTH SERVICES DEBATE

Health and Global Crisis

Toledo (Spain), September 24 to 26, 2009

El sector salud en la Argentina: ¿qué pasó luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001?

Alicia Stolkiner (Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Introducción

El objetivo de este trabajo es analizar, contextualizar e historizar las políticas en salud posteriores a la crisis del 2001 en la Argentina. El sector salud en la Argentina es un campo con actores sociales específicos que han sido un factor determinante en la neutralización de los intentos de integrar el sistema de salud propuestos durante algunos gobiernos democráticos. También operaron en el proceso de reforma neoliberal de los 90 modificando el desarrollo de la propuesta consensuada con los organismos internacionales. Simultáneamente ellos también se vieron transformados en este proceso. A los fines del análisis de la dinámica de los actores, se incorporan algunas categorías como el concepto de puja distributiva en el sector salud¹ y la de Pacto Corporativo².

¹ Katz J-Muñoz A: "Organización del sector salud: puja distributiva y equidad" Buenos Aires, CEPAL-Siglo XXI Ed. 1988.

² Belmartino Susana: "Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿quién será el árbitro?" Lugar Editorial, Buenos Aires, 1999.

Se tomará el análisis de la Reforma en Salud en la Argentina como un estudio de caso, priorizando aquellos aspectos genéricos que aporten al debate sobre los procesos de mercantilización de la salud en el marco de la tercera generación de reformas del estado.

El trabajo se referencia en las investigaciones dirigidas por la autora desde 1995³. En ellas se analizó el proceso de reforma neoliberal implementado en la Argentina durante los 90 a través de estudios de caso en comunidades particulares. La investigación se centraba en la modificación de la dinámica de usuarios pobres y trabajadores del sector. Se trataba de dos actores mudos del proceso, cuyas estrategias frente a la reforma habían sido fundamentalmente de sobrevivencia o defensivas.

En esas investigaciones se evidenció que para las poblaciones pobres se producía un aumento de las barreras de acceso a los servicios de salud. Una de las barreras era económica debido a la imposibilidad de acceder a los medicamentos y al incremento del gasto de bolsillo en salud por el pago de bonos o aranceles en servicios anteriormente gratuitos. Ante ello, en los hogares estudiados, se tendía a mantener la consulta por los niños y desestimar la consulta de los adultos, quienes acudían a los hospitales estatales por patologías más avanzadas⁴. requiriendo asistencia en guardia Los trabajadores del sector estatal de salud vieron reducidos sus ingresos salariales y tendieron a sobreemplearse y aumentar el malestar en la situación de trabajo⁵. Posteriormente la crisis económico, social y política de finales de 2001 impactó tanto en el sector salud

³ Se trata de cinco proyectos trienales sucesivos financiados por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, uno financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (1996-98) y dos por el International Development Research Centre de Canadá. Actualmente coordina en la Argentina un proyecto multicéntrico del que participan cuatro países del Cono Sur, sobre Atención Primaria de la Salud en Sistemas de Salud Segmentados y Fragmentados, el mismo es Ejecutado por la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur y financiado por el IDRC de Canadá.

⁴ Barcala A. y Stolkiner A, : *“Accesibilidad a Servicios de Salud de Familias con sus Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Estudio de Caso”*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA No VIII (2000) - Buenos Aires, 2001.

⁵ Stolkiner A. y otros: *“Efectos de la Reforma del Sector Salud en usuarios y trabajadores del primer nivel de atención: estudio de caso”* “. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA No VII Buenos Aires, 2000.

como en la salud de la población. El fenómeno sucedido en la Argentina, anticipaba un modelo de crisis derivada de la financiarización y desregulación de la economía global, que se manifestaría posteriormente en los países centrales.

En este trabajo tomaremos como referencia aquellos estudios sobre la reforma neoliberal de los 90 y sus consecuencias, centrándonos en su dinámica política o de fuerzas y se analizaran las medidas tomadas por el estado nacional con posterioridad a la crisis de finales de 2001. El gobierno que asumió electoralmente luego de la crisis tomó con respecto al sistema previsional (fondos de pensión para retiro) medidas que revirtieron los cambios realizados en la década anterior, se volvió a nacionalizar el sistema y se eliminaron las aseguradoras privadas creadas en los 90⁶. A diferencia de esta tendencia, en el sector salud el cambio de rumbo no ha sido tan sustantivo, como se intentará mostrar en este trabajo.

Caracterización del escenario

La Argentina es un país capitalista periférico que se ubica dentro de los de ingresos medios o 2 en la categorización de los organismos de crédito internacional. Durante la década del 90 se aplicaron los lineamientos Consenso de Washington en el marco de una situación de endeudamiento. Durante el segundo quinquenio de los 90 se produjo un proceso recesivo con desaceleración del crecimiento, y disminución más precarización del empleo. Este culminó con la crisis económica, social y política del 2001 que sumió por debajo de la línea de pobreza a casi la mitad de la población del país y produjo un período de alta inestabilidad que se resolvió electoralmente luego de algunas presidencias provisorias. Para salir de la crisis se implementaron una serie de medidas, fundamentalmente la salida de la convertibilidad monetaria establecida en el período anterior⁷ y la moratoria de la deuda externa, posteriormente renegociada.

⁶ El 21 de Octubre de 2008 una Ley del Congreso de la Nación, impulsada por el Poder Ejecutivo, terminó con el Régimen de Previsión por medio de aseguradoras privadas (AFJP) creado durante los 90.

⁷ La convertibilidad monetaria mantenía artificialmente equiparado con el dólar estadounidense el valor de la moneda nacional en una equivalencia de 1 a 1.

Durante las últimas dos presidencias (Néstor Kirchner de 2003 a 2007 y Cristina Fernandez de Kirchner desde 2007) la economía tuvo un sostenido crecimiento hasta 2008. Contó para ellos con el apoyo de un escenario internacional favorable para un país exportador de commodities y la aplicación de medidas anticíclicas de orientación heterodoxa o neo keynesiana, entre ellas una intervención sobre el valor de la moneda que ha mantenido el dólar alto favoreciendo los sectores exportadores y la producción interna. También se canceló en enero de 2006, la deuda con el FMI quedando el país libre de compromisos con esta entidad y por lo tanto de su supervisión y la del Banco Mundial en políticas sociales.

En el año 2003 se inicia el ciclo ascendente del crecimiento del PBI alcanzando el 8,8% y se estabiliza entre los años 2004 a 2007 en 9%, 9,2%, 8,5% y 8,7% respectivamente⁸. El PBI per cápita aumentó de 12.820 dólares por habitante a 13.307 dólares por habitante, en el período en estudio⁹. Hubo una recuperación del empleo y se aplicaron algunas políticas sociales de mayor impacto. Actualmente los indicadores económicos muestran el impacto de la crisis global internacional, se desaceleró el crecimiento del PBI (en 2008 fue del 7% y en 2009 se estima menor¹⁰) pero no es de las economías más afectada por la crisis.

Desde el punto de vista de su funcionamiento institucional se trata de un país federal, con un gobierno nacional presidencialista y un nivel de democratización relativo de la sociedad. En casi un siglo, sólo los últimos 26 años transcurrieron sin golpes militares y los partidos políticos tradicionales atraviesan una importante crisis de representatividad. Existen nuevos movimientos sociales que comenzaron a configurarse durante las reformas de los 90, adquirieron una fuerte presencia en el escenario durante la crisis del 2001 y han evolucionado de distintas maneras según su relación con el estado.

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Censo. Argentina

⁹ Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Sistema Generador de Tablas. OPS. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

¹⁰ INDEC

A nivel geopolítico forma parte del acuerdo de libre comercio del MERCOSUR, constituido por Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay, en el que Venezuela, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Perú figuran como estados asociados. También es miembro de UNASUR (Unión de Naciones Suramericanas) cuyo objetivo último es favorecer la concertación para el desarrollo de América del Sur. La política actual promueve activamente la configuración de una autonomía relativa de este bloque geopolítico, en contraposición a la que fuera la propuesta ALCA (Área de Libre Comercio de América).

Los indicadores sanitarios del país se corresponden con sus características, existe una superposición epidemiológica entre enfermedades del desarrollo y de la pobreza, y fuertes disparidades entre clases sociales, zonas del país o grupos poblacionales dentro de una misma zona. Presenta un perfil epidemiológico mixto en el que las principales causas de muerte son tumorales o cardiovasculares, pero en el que las transmisibles ocupan el tercer lugar. Una parte importante de la mortalidad infantil que es reducible y aunque descendió desde 2001 a 2006 (de 16,3 % a 12,9 %¹¹) sigue siendo alta para los recursos que la sociedad destina a la salud. El gasto público en salud como porcentaje del PBI en el año 2006 fue de 4,6 y el gasto privado en salud de 3,2 del PBI¹². Durante los 90 se incrementó el gasto de bolsillo en salud adquiriendo un carácter regresivo, dado que el porcentaje destinado a salud de los ingresos de los hogares pobres era significativamente mayor que el de los hogares en los quintiles de mayores ingresos¹³. Aún hoy es considerado un país con alto gasto de bolsillo en salud¹⁴

¹¹ Fuente: Estadísticas Vitales, Información Básica Años 2001 a 2006, Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, Subsecretaría de Relaciones Sanitaria e Investigación en Salud.

¹¹ Situación de Salud en las Américas – indicadores básicos 2008 – OPS Oficina del Subdirector, vigilancia de la salud, prevención y control de las enfermedades, información de la salud y análisis – Washington DC - USA.

¹³ Stolkiner Alicia: “El Proceso de Reforma del Sector Salud en La Argentina” TALLER DE REFORMAS COMPARADAS DEL VIII Congreso de ALAMES y XI Congreso de la IAHP. La Habana, Cuba, Junio 24 y 25 de

El nacimiento dual y la fragmentación del sector salud en la Argentina (período 1946-1991)

El sistema de salud de la Argentina comprende tres subsectores: el estatal, cuya financiación fundamental proviene de recursos del presupuesto de la Nación, provincias y/o municipios, el de obras sociales que se financia con el aporte de los trabajadores y empleadores; y el privado con financiamiento directo de los usuarios. Dentro de este último entran las empresas de medicina prepaga, que son seguros privados con financiamiento directo de los usuarios y toda la red de prestadores (médicos, clínicas y sanatorios, laboratorios y centros de diagnóstico) que reciben recursos por vía de la contratación de las Obras Sociales, las empresas de medicina prepaga y --en menor medida-- el estado. A lo largo de su desarrollo se han establecidos articulaciones y formas diversas de transferencia de recursos entre ellos. Ya antes de la reforma de los 90 el sistema estaba fragmentado y la regulación estatal era débil.

Aproximadamente 1/3 de la población tiene únicamente cobertura en el subsector estatal y sólo el 8% en el sistema de empresas de medicina prepaga, el resto está cubierto por alguna obra social, aunque entre ellos hay quienes también utilizan servicios estatales o tiene doble cobertura. Los centros de atención primaria dependen el 54% de gobiernos provinciales, el 44% de municipios y el 2% restante de otras dependencias¹⁵.

El sistema se caracteriza por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad. Estas se manifiestan en la coexistencia de múltiples instituciones, tanto en lo financiero como en la provisión de servicios, sin vínculos que las interrelacione ni formas de coordinación que faciliten una distribución adecuada de los diferentes niveles de atención y eviten

2000. En el libro "AIAMES en la Memoria" comp. Francisco Rojas Ochoa y Miguel Marquez, Ed. Caminos, La Habana, 2009.

¹⁴ Peticara Marcela: "Incidencia del gasto de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos" CEPAL Serie Políticas Sociales No 141, Santiago de Chile 2008.

¹⁵ Arce Hugo: "Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el sistema de salud Argentino" CEDES, Seminario I Mayo 2003. <http://www.cedes.org/informacion/ci/catalogos/index.html>

superposiciones o falta de disponibilidad. La heterogeneidad define la existencia de normas particulares para cada organización, que suponen diferencias en la captación de recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población a cargo¹⁶, ¹⁷. Se llegó a este estado por un largo proceso en el que distintas fuerzas operaron sobre un sistema que contenía, en su origen, dos modelos posibles.

El sector Salud en la Argentina se estructuró como sistema durante el primer ciclo de gobierno peronista (1946-1955), cuando se creó el Ministerio de Salud (1946) bajo la dirección del Dr. Ramón Carrillo. Desde 1946 hasta el derrocamiento militar del gobierno peronista en 1955, el Ministerio de Salud de la Nación duplicó en diez años el número total de camas hospitalarias estatales del país y desarrollo planes con una fuerte centralización del gobierno nacional en la toma de decisiones. Simultáneamente, el movimiento sindical se organizó en la Confederación Nacional de Trabajadores y las anteriores mutuales espontáneas se institucionalizaron en las nacientes Obras Sociales, a las que no era obligatorio afiliarse.

Es posible reconocer en la propuesta del sistema estatal, características de un sistema universal de acceso gratuito como el que los laboristas desarrollaron en Gran Bretaña, aunque con idiosincrasia propia¹⁸. A su vez, las obras sociales fueron el núcleo originario de un sistema asistencial centrado en el aporte concertado de empleadores y trabajadores, remitiendo a un modelo bismarckiano¹⁹. Configuraban así dos actores posibles a los que se destinaba el sistema: el pueblo o los ciudadanos para las prestaciones gratuitas estatales y el trabajador organizado para las de la seguridad social.

¹⁶ Belmartino S. Equity issues in health care reform in Argentina. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18 (4): 1067-1076.

¹⁷ Belmartino S. Una década de reforma de la atención médica en la Argentina. *Revista Salud Colectiva*, Vol. 1, No. 2, May/August, 2005.

¹⁸ Rovere Mario: "La Salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto" *Revista La Esquina del Sur* <http://www.laesquinadelsur.com.ar/> mayo de 2004

¹⁹ Stolkiner Alicia, Comes Yamila y otros: "Reforma, Crisis y Recomposición del Sector Salud en la Argentina en la última década: La perspectiva de los usuarios y la accesibilidad a los servicios" 11^º Congreso Mundial de Salud Pública, 8^º Congreso Brasileño de Salud Colectiva, Rio de Janeiro, 21 a 25 de Agosto de 2006.

Luego del golpe militar de 1955 la Argentina inició un período en el que se sucedieron gobiernos militares y breves intervalos democráticos que culminó con la dictadura militar de 1976 a 1983, luego de ella los sucesivos gobiernos han sido constitucionales.

A partir del golpe de 1955 se desarrollaron en el sector salud tres procesos interrelacionados: la progresiva descentralización de los servicios estatales, el aumento de importancia de la cobertura de las obras sociales y el desarrollo del sector privado. En 1970, durante una dictadura militar, se obligatorizó la afiliación a las obras sociales. Como sucedió un en un momento de empleo pleno las obras sociales pasaron a cubrir a todos los trabajadores y sus familias, casi el 75% de la población. Para proveer servicios a esa cantidad de usuarios comenzaron a contratar masivamente servicios en el sector privado constituyéndose en el principal impulsor financiero de su desarrollo. La masa de capitales de la seguridad social en salud se convirtió en el eje de la disputa conflictiva de los actores, lo que algunos autores denominaron “puja distributiva en el sector salud”²⁰. Susana Belmartino designa como *pacto corporativo* el constituido de hecho entre el poder sindical que representaba políticamente a las obras sociales como entidades financiadoras y las organizaciones de proveedores del sector privado que constituían un oligopolio de la oferta de servicios, en alianza defensiva contra las pretensiones de control de los organismos del estado, cuando las hubo ²¹.

El estado tuvo un débil papel regulador en este proceso. Durante los 50 y 60 las asociaciones de carácter corporativo de los profesionales y de las empresas propietarias de clínicas y sanatorios desarrollaron una importante capacidad de defensa de sus intereses a través del control de las contrataciones para la prestación de servicios a los beneficiarios de las Obras Sociales, llegando a conformar un oligopolio de oferta. Cuando se obligatorizó la afiliación, en 1970, se creó una instancia de concertación (Instituto

²⁰ Katz, Jorge. “Puja distributiva y funcionamiento del sector Salud”. Revista Medicina y Sociedad. Vol. 13 N° 4. Julio/Agosto de 1990 Buenos Aires.

²¹ Belmartino Susana: “Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿quién será el árbitro?” Lugar Editorial, 1999, Buenos Aires (pag. 260).

Nacional de Obras Sociales) en el que tenía peso decisivo la Confederación General del Trabajo, otro actor fundamental de las vicisitudes del sector²².

La dictadura militar del período 1976-1983 aceleró el proceso de desconcentración. Impulsó la transferencia de establecimientos nacionales a instancias provinciales y municipales, sin asignación equivalente de recursos, y favoreció el desarrollo del sector privado al facilitar la importación de alta tecnología médica de manera irracional. En este período se sentaron algunos antecedentes de lo que sería la reforma de la década del 90.

23

El primer gobierno democrático posterior a la dictadura, la presidencia del Dr. Raúl Alfonsín, asumió en 1983 y se propuso una integración del sistema: el Seguro Nacional de Salud, con alguna inspiración en el modelo de España. La propuesta fracasó por la fortaleza de los actores corporativos que se opusieron a ella y por el rápido debilitamiento político de ese gobierno asediado por la resistencia de los grandes grupos económicos, que culminaría con la hiperinflación de 1989 y la entrega anticipada del poder a Carlos Menem. Éste fue el presidente que aplicaría puntualmente el modelo neoliberal cuyas puertas había abierto la dictadura militar.

La reforma neoliberal de los 90

Junto con la Reforma del Estado en 1991, comenzó un proceso consecuente de reforma del sector salud sostenido en los postulados del pensamiento neoclásico y en la propuesta del Banco Mundial, con el objetivo de poner todo el sistema en competencia mercantil. Algunos de sus motores principales provenían de las necesidades del modelo económico: resguardar el equilibrio fiscal, disminuir los costos laborales y crear oportunidades de

²² Belmartino Susana, 1999, Op. Cit (pag 311)

²³ Iriart, C., Nervi, L., Olivier, B y Testa, M.(1994) :Tecnoburocracia sanitaria. Ciencia Ideología y profesionalización en la salud pública, Lugar Editorial, Buenos Aires

inversión al capital internacional.²⁴ Para ello la reforma se sintetizaba en objetivos para cada subsector. La meta deseada de la reforma era generar un mercado de seguros y prestaciones en salud, con una cobertura básica para los pobres basada – preferentemente-- en la financiación de la demanda.

A nivel de los servicios estatales se terminaron de transferir a las provincias y/o municipios los establecimientos prestadores que aún dependían del estado nacional y se suprimieron las partidas presupuestarias específicas de nación a provincias. La Secretaría de Salud de la Nación se reservó la función de orientación política y asistencia técnica. La descentralización culminó en el Hospital Público de Autogestión (Decreto Nº 578/93) al que se le reconocía autarquía financiera y se habilitaba a cobrar las prestaciones a usuarios y seguridad social, reservando la gratuidad para población sin capacidad contributiva probada.

El núcleo fundamental de la puja de los actores se concentró en el destino de los recursos de las Obras Sociales. El proceso de reforma de las mismas contó con financiación del Banco Mundial, luego de haber formado parte de los compromisos de renegociación de la deuda adquiridos con el FMI. El proceso, no obstante, quedó inconcluso porque las necesidades políticas llevaron al gobierno a concertar con el sector sindical.

La reforma del subsistema de Obras Sociales promovía la libre elección de entidad por parte de los afiliados, como forma de promover la competencia. En lo esencial se transformaba la lógica del sistema en la de seguros de salud individuales de aporte obligatorio. Se estableció el Programa Médico Obligatorio, un paquete de prestaciones que todas las entidades debían garantizar como piso mínimo a sus afiliados. Se esperaba que, en un futuro, el sistema desregulado permitiera competir por los afiliados a las obras sociales entre sí y a éstas con las empresas de medicina prepaga. Para que esto fuera

²⁴ Stolkiner Alicia y equipo de Investigación UBACyT: “El proceso de reforma en salud en la Argentina” presentado en el TALLER DE REFORMAS COMPARADAS DEL VIII Congreso de ALAMES y XI Congreso de la IAHP. La Habana, Cuba, Junio 24 y 25 de 2000.

posible era necesario proveer a las aseguradoras privadas de un marco regulatorio, hasta ese momento inexistente.

Al final del proceso se había producido una marcada estratificación de los usuarios. Susana Belmartino señala la existencia de cuatro estratos con diferentes coberturas según aporte²⁵. Esta brecha se vio incrementada porque una de las estrategias de captación de los recursos de la seguridad social de las empresas de medicina prepaga fue la realización de acuerdos con las obras sociales para que les transfirieran los usuarios de salarios altos, quienes podían optar por uno de sus planes e incrementar la cobertura pagando un plus, lo que se llamó “descreme”.

En el sector estatal el proceso descentralizador dio por resultado un sistema atomizado en decisores provinciales y municipales, que profundizó las brechas de inequidad según zonas y economías regionales. Por citar un ejemplo, la Ciudad de Buenos Aires, en donde vive el 8,3% de la población del país tiene 2,9 camas hospitalarias estatales cada mil habitantes, mientras que –a pocos kilómetros– algunos municipios del conurbano bonaerense no llegan a una cama cada mil habitantes²⁶, esto sin contar la diferencia con algunas provincias pobres, o entre provincias.

La reforma fue obstaculizada por los actores del sector, pero a su vez operó sobre ellos, el rol central asignado a las reglas de competencia mercantil debilitó las reglas del juego del pacto corporativo e introdujo nuevos actores, entre ellos las intermediarias de gestión de servicios o gerenciadoras, que pugnaron por apropiarse de una parte de los recursos del sector. Se produjo un debilitamiento de la capacidad reguladora de las corporaciones profesionales a la par que una permanencia de la capacidad de influencia de los sectores sindicales. Esto no se acompañó de un proceso de democratización del sector y siguió siendo prácticamente inexistente la instancia de regulación a partir de la participación

²⁵ Belmartino Susana, op.cit. 2005 pag. 157

²⁶ Stolkiner Alicia, Comes Yamila, Parenti Mariana, Solitario Romina, Unamuno Paula: “Descentralización y Equidad en Salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense” Publicación CEDES, Seminario II Junio 2003. Buenos Aires.

ciudadana²⁷. Como consecuencia de todo ello la reforma pro-mercado en el sector salud fueron consistentes con el modelo neoliberal, profundizando las brechas de inequidad que se producían en la sociedad.

La crisis de inicio de siglo y las propuestas poscrisis

El modelo de crecimiento de los 90 se desmoronó en la crisis económica, social y política de finales del 2001. En ella hubo un aceleradísimo proceso de empobrecimiento de amplios sectores de la población y un período de alta inestabilidad política que se resolvió, luego de la renuncia del presidente Fernando de La Rúa, por presidencias provisionales elegidas por el parlamento. La de Eduardo Duhalde, llamó a elecciones presidenciales que ganó Néstor Kirchner, sucedido luego por Cristina Fernandez. Se inauguró un período de modificación del tipo de intervención del estado en la economía y de posicionamiento regional en la geopolítica. El importante crecimiento de la economía agudizó el conflicto social por la distribución de la riqueza.

Durante la crisis, el subsector estatal de salud recibió la población que quedaba sin cobertura de las obras sociales por el desempleo o a la contratación precaria, y a las clases medias que perdían la cobertura del sector privado por pauperización. En el proyecto de la reforma de los 90, el subsector estatal debía desdibujarse o limitar su cobertura a pobres sin capacidad contributiva. En la crisis demostró ser el único de características anticíclicas, asumiendo un rol protagónico en la oferta de servicios de salud²⁸. Los servicios estatales recibieron a los trabajadores asalariados que perdían el empleo y por ello la cobertura de las obras sociales, y también a los sectores medios empobrecidos que no podían pagar las coberturas privadas. Este incremento de demanda se dio en el marco de una profunda crisis financiera del sector.

²⁷ Belmartino, Susana, 1999.op.cit. pag 317

²⁸ Tobar Federico: "El subsector público en la Argentina"

<http://federicotobar.com.ar/pdf/Economíadelasalud/Subsector-publico-de-salud%20en%20Argentina.pdf>

Entre 2002 y 2007 hubo un solo ministro de salud que permaneció durante dos presidencias consecutivas²⁹. En este ciclo, el Ministerio de Salud de la Nación tomó inicialmente medidas de crisis: reducir el paquete de prestaciones básicas obligatorio para la seguridad social a un paquete de emergencia, decretar la emergencia sanitaria y atender al problema de la provisión de medicamentos. Se estableció el Programa Remediar, destinado a proveer gratuitamente medicamentos esenciales en los centros de primer nivel de atención. Con esta medida se esperaba fortalecer la APS y disminuir la tendencia hospitalocéntrica de los servicios estatales³⁰. Este programa se financiaba en un 60% con un crédito del Inter-American Development Bank (IDB) y se generó una polémica sobre su sustentabilidad a largo plazo. También existe un debate sobre la posibilidad de que la Argentina se autonomice en la producción estatal de medicamentos esenciales.

Como segunda medida con respecto a los medicamentos, se institucionalizó la prescripción por fórmula en el circuito comercial y de obras sociales.

Estas medidas por un lado respondían a necesidades de la población y por otro brindaban una oportunidad de ganancia a las empresas productoras de medicamentos que habían perdido mercado por la crisis. Una característica de la gestión del período 2002-2006 fue la búsqueda de articulación entre políticas de ampliación de cobertura y los intereses de los sectores privados y sindicales, actores determinantes del sector.

El modelo desarrollado adhirió al cambio de discurso internacional sobre la salud. Incorporó los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud de retorno a la Atención Primaria de la Salud y los Objetivos del Milenio de la ONU.

Los cambios propuestos no significaban una modificación estructural del sistema, y se centraban en la necesidad de mayor regulación estatal y recuperación de la capacidad de

²⁹ El Dr. Gines Gonzalez García fue Ministro de Salud durante la Presidencia provisoria de Eduardo Duhalde (2002-2003) y la de Nestor Kirchner (2003-2007). Se trata de una permanencia inusual de un Ministro de Salud en la Argentina.

³⁰ Tobar, Federico: "Políticas para la promoción del acceso a medicamentos: el caso del programa Remediar en la Argentina" Nota Técnica 002/2004 BID, 2004 Washington.

rectoría del Ministerio de Salud. En uno de los documentos iniciales se proponía como modelo: “un mercado de seguros de salud de competencia regulada”³¹. Se mantenían intactos algunos principios de la propuesta neoliberal de reforma de los sistemas de salud, básicamente la premisa de que es necesario separar la financiación de la provisión de servicios y la preferencia por la financiación de la demanda. Se privilegiaba el esquema de aseguramiento.

Un documento no oficial del período, plantea: .. “siendo los mercados de salud altamente imperfectos, requieren de mecanismos regulatorios y compensadores por parte del Estado para “converger” a una situación de “óptimo social”..³².

Durante los 90 se había incrementado el gasto de bolsillo en salud adquiriendo un carácter regresivo, dado que el porcentaje destinado a salud de los ingresos de los hogares pobres era significativamente mayor que el de los hogares en los quintiles de mayores ingresos. Con posterioridad a la crisis, según un estudio que toma como referente Encuestas Nacionales de Utilización y Gasto en Salud generadas por el Ministerio de Salud de la Nación (años 2003 y 2005), hubo continuidad de la relación regresiva entre el gasto de bolsillo en salud de los hogares según ingreso. No obstante, en términos porcentuales este gasto se vio reducido en todos los quintiles, a la par que de un aumento de sus ingresos. En el 2003, 15,7% del ingreso del quintil más pobre era destinado a Salud, frente a 9% del quintil más rico. En el año 2005 la relación fue 10,6% para el quintil más pobre frente a 5,5% para el quintil de mayores ingresos³³

³¹ Tobar, F ¿Cómo curar al Sistema de Salud Argentino?. Documento de internet www.msal.gov.ar 26-4-02

Comes Yamila: “Políticas en salud en la Argentina: después de la reforma ¿hemos cambiado el rumbo?” Doc. Laboris Investigación UBACyT P077 (Directora Alicia Stolkiner), Buenos Aires 2005

³² Maceira Daniel: “Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros: el caso de Argentina” CEDES, Buenos Aires ,junio de 2008 (documento elaborado para la Oficina de Salud, Nutrición y Población del Departamento de América Latina del Banco Mundial) pag. 28

³³ Maceira Daniel: “Crisis Económica, Política Pública y Gasto en Salud. La experiencia Argentina” Documento de Trabajo No 23 CIPPEC, Buenos Aires, mayo de 2009.

El porcentaje del PBI destinado al gasto público en salud tendió a aumentar³⁴:

	2004	2005
Gasto Público en Salud	3,5 % del PBI	4,6% del PBI
Gasto Privado en Salud	3,5% del PBI	3,2% del PBI

Gasto Total en Salud 2005: 9,6 % PBI (46,9 % gasto público y 53,1% privado)

El Plan Federal de Salud formulado en 2004, proponía un modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y fundamentado en la estrategia de atención primaria como organizadora del sistema. La política planteada implicaba reforzar la capacidad de rectoría del Ministerio Nacional. Teniendo en cuenta que se trata de un País Federal, El Ministerio de Salud de la Nación se planteaba recuperar influencia por medio del financiamiento y la regulación, sin desconocer la autonomía de los estados provinciales. También por medio de la búsqueda de consenso en el COFESA, (Consejo Federal de Salud), entidad creada en 1981, integrada por los funcionarios que ejercen la autoridad de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional en cada provincia.

Se asignaron recursos por programas ejecutados localmente, con fuerte énfasis en el monitoreo de variables de producción y resultados. Probablemente el más desarrollado fue el PROAPS-REMEDIAR. También el Programa Médicos Comunitarios que estuvo dirigido a capacitar y simultáneamente proveer personal de salud a los centros de primer nivel de atención y se proponía como meta fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud. El eje puesto por el Ministerio en la promoción de la salud reproductiva

³⁴ Fuente: Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud. Sistema Generador de Tablas. OPS. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

produjo conflicto con la Iglesia Católica, un actor de influencia en las políticas de salud y educación en la Argentina.

El Plan Federal de Salud planteaba intervenir en el mercado de seguros de salud por medio de una asignación de cápita ajustada según riesgo y la creación de un Seguro Nacional de Enfermedades Especiales o Catastróficas. Con respecto al subsistema de Obras Sociales proponía una serie de medidas que, en lo esencial, no modificaban la fragmentación. En ese momento había 276 Obras Sociales Nacionales reguladas por la Superintendencia de Seguros de Salud, además de las Obras Sociales Provinciales.

En 2007 con el cambio de presidencia cambió la titularidad del ministerio de salud, sin una variación sustantiva de políticas. En febrero de 2009 se creó el Programa de Salud Familiar que tenía por objetivo integrar programas destinados a promover la APS existentes.

Luego de las últimas elecciones legislativas – 28 de junio de 2009-- hubo un nuevo cambio de Ministro de Salud, debido a necesidades de redefinición de alianzas. La Ministra saliente había intentado establecer un mayor control sobre recursos de las obras sociales. Como ejemplo mencionaremos que inició una investigación – que actualmente se encuentra en la justicia-- sobre corrupción en el cobro de medicamentos al Ministerio de Salud y suministro de medicamentos adulterados o vencidos. El delito involucraría a la dirigencia del gremio de Bancarios que habría operado a través de su Obra Social.

Las dificultades de funcionamiento del sistema se evidenciaron durante la crisis producida por la epidemia de influenza AH1N1 en el invierno pasado. También las empresas de medicina prepaga encabezan los ranking de presentaciones de quejas de usuarios y comienza a institucionalizarse la presentación de recursos de amparo³⁵ ante la justicia para solicitar prestaciones que no están contempladas en los contratos. Los resultados generales del sistema no son acordes a los recursos que se destinan a ello. La falta de

³⁵ El amparo es una medida judicial de acción inmediata, que se aplica cuando se considera violado un derecho constitucional.

garantía de derechos en salud es particularmente inaceptable en un país en el que se destinan a salud recursos significativos. Se estima que en 2004 el gasto per cápita en salud fue de 1274 U\$³⁶. El nivel de gasto, posiciona a la Argentina entre los países de mayor inversión social (pública y privada) en salud del año 2004 dentro del grupo de naciones con nivel de ingresos similarⁱ. Pese a ello un indicador seleccionado como la mortalidad al quinto año no se destaca como los más avanzados.

Algunas conclusiones

La política en salud desarrollada con posterioridad a la crisis no ha modificado sustancialmente el rumbo que la reforma de los 90 le imprimió al sistema de salud argentino. En otras áreas ha habido cambios de políticas mucho más significativos. En el caso del sistema previsional el gobierno revirtió la transformación neoliberal³⁷. En otras áreas, como políticas sociales, existen medidas que —más allá del debate que merezcan— eran inexistentes antes, un ejemplo de esto sería la asignación universal por hijo³⁸. Pero en salud las modificaciones no tocan los aspectos estructurales del sistema que ha generado profundas desigualdades en la garantía de derechos.

Aún la reforma neoliberal de los 90 no terminó de modificar el sistema y la crisis la encontró inconclusa. No obstante, abrió las puertas para una profundización de mecanismos de mercantilización anárquica y profundizó la segmentación y fragmentación, con la consecuente agudización de la desigualdad en el acceso y utilización de servicios.

Del análisis se desprende que una de las dificultades para disminuir el grado de inequidad y segmentación del sistema de salud en la Argentina es el carácter corporativo de sus

³⁶World Health Organization: World Development Report 2006;

³⁷ En 2008 el Poder Ejecutivo promovió una ley por la que se creaba un nuevo sistema previsional, de régimen público de reparto v obligatorio en reemplazo del de capitalización privada individual creado en la década anterior.

³⁸ Se trata de una suma de 180\$ por hijo que alcanza a todos los niños de hogares cuyos jefes no cuentan con empleo formal, rige desde noviembre de 2009.

actores y la débil presencia de actores que representen los intereses de la población y los usuarios. La posibilidad de cambio requiere de la incorporación de nuevos actores, básicamente de la participación ciudadana. No se trata de un problema de resolución técnica sino política, fuertemente ligada a las posibilidades de construcción de una sociedad más justa.

ⁱ Maceira Daniel: "Crisis Económica, Política Pública y Gasto en Salud. La experiencia Argentina" CIPPEC, Documento de Trabajo No 23, Mayo de 2009. Buenos Aires.