

La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto.¹

Mario Rovere^{2*}

Este es un trabajo orientado a explicar los orígenes del caótico e injusto sistema de salud de la Argentina, sobre las condiciones que lo llevaron a constituirse tal cual es y sobre las alianzas y los conflictos que se erigieron en sus arquitectos. A pesar de sus apariencias no es un trabajo histórico, es más bien un intento genealógico de encontrar hechos y momentos que ayuden a develar la urdimbre no visible de su tejido.

La intención dista de ser academicista, en verdad la pretensión es que -desalojando lugares comunes y deconstruyendo mitos- podamos ver al sistema de salud como una construcción humana, como un espejo del grado de encuentro- desencuentro de los factores de poder en nuestro país y sobre todo como un espacio de proyección de expectativas, de valores, de causas sociales que permitan un país mejor.

Cuando uno elige datos y fechas para entrelazar un relato está siendo arbitrario y develando el carácter subjetivo de todo relato que como éste intenta ofrecer elementos para comprender nuestro presente.

No es totalmente justo fijar los esfuerzos sistémicos por una organización nacional de la salud en 1946 pero fue el 23 de mayo de ese año que el gobierno nacional creó la por entonces Secretaría de Salud Pública encomendando al Dr. Ramón Carrillo la titularidad de la misma (1).

Hay algunas evidencias sobre la influencia que el National Health Service de Gran Bretaña pudo haber tenido sobre Ramón Carrillo, contemporáneo de esa institución paradigmática ya que ese mismo año el gobierno laborista concretaba una aspiración muy influida por el informe de Beveridge que, entre otras consideraciones, sostenía: *"Un amplio servicio nacional de salud asegurará a todos los ciudadanos todo tratamiento médico que necesiten, en la forma que lo necesiten, a domicilio o institucional ..."* (2).

El poco después Ministerio de Salud de la Argentina tendría que compararse al poco tiempo con la experiencia de Chile que concreta en 1952 su Servicio Nacional de Salud, una institución clave en el pensamiento sanitario de ese país responsable sin lugar a dudas de sus excepcionales logros sanitarios.

¹ Una versión previa de este artículo fue publicado en la revista electrónica La Esquina del Sur. Mayo 2004

² Médico salubrista, ex Consultor regional OPS/OMS. Docente universitario (UNR – FLACSO-UNLaM).



Sin embargo Carrillo -consistente con la prédica del mismo Perón- resistía alinearse con una idea de "Servicio Nacional de Salud" que sentía ajeno al país intentando sistemáticamente un camino propio *"Quienes no se han compenetrado del verdadero ideario peronista, podrán haberse sentido defraudados porque no se ha introducido una modificación estructural diametralmente opuesta a la que tenía vigencia en nuestra vida social, inquietos tal vez por soluciones teóricas de filiación bien precisa por cierto ...no es la atención de la salud del pueblo materia para improvisaciones o de aplicación de sistemas cuya plena eficacia no está probada según las experiencias y estudios. El fracaso de una nueva estructura aparearía no solo desconcierto ...sino la desarticulación profunda con consecuencias pavorosas"* (3) advertía. En rechazo a cualquier alineamiento Carrillo decide utilizar como modelo de la organización sanitaria nacional a las propias fuerzas armadas.



El mismo Carrillo había sido Jefe de Neurocirugía del Hospital Militar Central y sus referencias posteriores no dejan mucha duda al respecto *"Guardo mis mejores recuerdos de mis trabajos de profesor en varias instituciones militares"* (4) y cita una conversación con el mismo Perón en

1950: *"La defensa de la Salud Pública debe ser una defensa organizada, porque las enfermedades son ejércitos formados por enemigos invisibles; porque los microbios se organizan muy bien....Entendemos que los médicos debemos familiarizarnos con el ejército."*

"Los colegas médicos que me escuchan deberán comprender que en este nuevo planteo peronista de la medicina hay una manera de pensar militar, en la que se exigen las condiciones que deben exigirse a un soldado"

Su compromiso con la equidad y la universalidad del acceso era férreo y se basaba jurídicamente: *"La incorporación de los derechos sociales a la Constitución Nacional en la reforma de 1949, en su parte dogmática, concreta el derecho a la salud y por consiguiente el deber de los gobernantes de proveer a las prestaciones para que se haga efectivo. Esa incorporación se ajusta a la doctrina esbozada y no consiste en una enunciación genérica, que podría resultar vacía, sino que está referida a los sectores que realmente necesitan de ese plus que la sociedad debe a quienes, el libre juego de las libertades normales, sólo les permite morir de hambre o por falta de asistencia médico integral".* (5)

Carrillo tenía clara conciencia que el derecho a la salud en cuanto "derecho-prestación" requería una clara explicitación sobre como se financiaría esa estructura de servicios.

"Conviene que recordemos que el mantenimiento de la Salud Pública está en relación directa con los elementos materiales y humanos que se destinan a tal fin ... La Salud Pública tiene un precio y todos debemos pagarlo". (6)

Para ello proponía *"Crear un "impuesto sanitario" de tal modo que el Fondo Nacional de Salud Pública, indiscriminado y sin obligaciones, se constituya indirectamente no en el momento de la prestación porque sería impopular y porque el concepto de "gratuidad" del servicio es ya en la Argentina una convicción y un hecho político imposible de desarraigar....La Salud Pública es una buena inversión; a la larga resulta un gran negocio para la economía, como se ha demostrado con cifras concluyentes".* (7)

Las contradicciones que se crean por el crecimiento del propio ministerio hacen que Carrillo deba renunciar un año y medio antes del golpe del 55. Su carta personal acompañando su renuncia no deja lugar a dudas que creía que el propio éxito de su gestión era lo que lo había desestabilizado. (8)

La autodenominada Revolución Libertadora venía decidida a destruir todos los símbolos del período anterior y trató de marcar una diferencia a través del uso extensivo de la cooperación internacional contrastando con el aislamiento de los años previos. Así se vio desfilar a importantes figuras de la CEPAL y otros organismos internacionales y en el caso de salud se estableció un influyente acuerdo con la OPS -que había abierto una de sus primeras oficinas de país en Buenos Aires en épocas de Carrillo- para que dirimiera qué hacer con la salud, especialmente considerando que al final del período peronista la estructura hospitalaria del país era predominantemente pública y de dependencia nacional.



La derogación de la Constitución del 49 creaba un marco propicio para evitar el "riesgo de la semisocialización" de la medicina. Pero una estructura hospitalaria que se había más que duplicado hacía que casi 140.000 camas, el 80 % de ellas públicas y más de la mitad nacionales constituyeran un dato imposible de soslayar.

Un documento de revisión reciente de la propia OPS en la Argentina resulta esclarecedor⁽⁹⁾: *"A diferencia del gobierno anterior el que se establece en 1955 [la Revolución Libertadora] solicita la cooperación a múltiples organismos internacionales al tiempo que declara su propósito de afianzar el federalismo."*

El resaltado de los autores no es casual ya que parece evidenciar que el enunciado "la salud pública en la Argentina es de carácter federal", que se escucha y se repite hasta hoy, no es la consecuencia del mandato explícito de ninguna constituyente sino el éxito de una operación política de consecuencias económicas instalada por la Revolución Libertadora.

El furor por desmontar la estructura nacional no se detuvo ni siquiera ante la grave epidemia de poliomielitis que como toda crisis podría haber creado condiciones para el fortalecimiento del "sistema" aunque probablemente retrasó el desmontaje programado.

La comisión asesora de la OPS presentó en junio del 57 su informe que fue adoptado como política en ese año y el comienzo de sus conclusiones parece suficientemente revelador *"La Comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el Gobierno de la Nación de transferir a las provincias y municipios las actividades de salud pública que son de carácter exclusivamente federal y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en estos problemas"*. ⁽¹⁰⁾

La cita resulta de interés ya que se revela la intencionalidad política del gobierno de transferir a las provincias, municipios y sector privado -aunados en el párrafo- las funciones, infraestructura, competencias y gobernabilidad construidas dificultosamente durante la década anterior.

Los mismos autores resaltan algunas críticas al informe señalando que no se hizo siquiera referencia a las por entonces novedosas configuraciones de servicios nacionales de salud de la posguerra en Gran Bretaña y Chile y que el informe no consiguió detectar *"los logros, que también los había"* de la gestión de Carrillo.



Las contradicciones que seguirían luego muestran un largo período en que la sucesión de gobiernos civiles y militares generó un péndulo en el cual los servicios nacionales eran transferidos a las provincias por los gobiernos militares (que a su vez en nombre del federalismo intervenían con gobernadores militares todas las provincias) hospitales que eran vueltos a pasar a la esfera nacional por los débiles gobiernos democráticos que lo seguían.

Al respecto Oñativia señalaba en noviembre del 63 *"El comienzo de la política de transferencia, iniciado en 1957 que pretendió entregar el manejo de los hospitales nacionales a las provincias y a los municipios [probablemente se refería a la Ciudad de Buenos Aires por entonces un Municipio] trajo como consecuencia un estado de incertidumbre, de anarquía y de caos en los servicios asistenciales nacionales, con el resultado final de un desmantelamiento en cuanto a dotación de personal, renovación de equipos técnicos y mantenimiento presupuestario"*. (11)



Lo que es más interesante, remata su comentario señalando *"Mientras no se resuelva una efectiva política de descentralización que posibilite el desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno auge de las autonomías económicas provinciales, no les permitirán a éstas, entre otras cosas, absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial. Mientras tanto Salud Pública de la Nación, debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales"*. (12)



Es decir al igual que Carrillo, Oñativia, ambos hombres del interior, a quienes más valdría leer que homenajear, detectaron precozmente la trampa que significa dejar que en un país económicamente unitario y concentrado se le traslade la responsabilidad a las provincias y se construya el supuesto federalismo solo en el gasto social. La obvia diferencia incluso en los recursos públicos por habitante que manejan las provincias establece en la práctica que haya tantas ciudadanías como provincias sin contar allí las diferencias adicionales que se dan dentro de cada provincia.

Al respecto Cetrángolo señala que mientras en Canadá la diferencia en los ingresos públicos por habitante entre la provincia más rica y la más pobre (tomando a la provincia más pobre como base 1) alcanza una proporción de 1 a 1,7; en Argentina esa misma diferencia se extiende de 1 a 8,4. (13)

Si la argumentación fuera en cambio más jurídico-política que económica afirmar que la salud pública argentina es provincial "por que las provincias son anteriores a la Nación y en la Constitución del 53 no le delegaron la función salud" no incluye en el análisis que ningún estado provincial ni nacional por 1853 detectaba que la salud fuera una función del Estado –en consecuencia mal podría esa función haber sido delegada- y por otro valdría la pena relevar cuantas funciones asume la Nación que nunca fueron formalmente "delegadas" por las provincias.

La Salud Pública argentina comenzó un proceso de tecnificación a comienzos de los 60s con la apertura de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (al principio fuertemente orientada a formar "médicos sanitaristas" según la declaración de su primer director David Sevlever) , en el marco que le prestaba en el ámbito internacional la fuerte priorización de la salud pública en la Carta de Punta del Este.

El marco era propicio para la constitución de una Asociación Argentina de Salud Pública y ésta construcción técnico-política pronto se vería sometida a un test de vocación democrática cuando el gobierno de Humberto Illia fue derrocado y se encontró frente al dilema de continuar

apoyando a un gobierno militar que -inspirado en la tecnificación de la última etapa del franquismo- decidió invitar a los técnicos a que diesen continuidad a sus tareas en el Ministerio, tentación que no pudo ser resistida aunque representó el fin de la Asociación.

Así en noviembre de 1966 Onganía inauguraba la primera Reunión Nacional de autoridades de Salud Pública (un antecedente del COFESA); en un breve mensaje señalaba *"Señores: Me resulta muy grato saludarles y darles la bienvenida en nombre del Poder Ejecutivo....la Revolución Argentina hubiera perdido coherencia fundamental si no hubiera dado a la educación y a la salud la trascendencia que ha sido suscripta en su primera orientación. ..."*. (14)



Los informes de las reuniones trasuntan el clima "tecnocrático" de la época. El ministro de Tucumán que operaba de anfitrión mencionaba *"las provincias están deseosas de que la Nación asuma el papel que corresponde, es decir apoyar técnica y financieramente y transferirle la responsabilidad de ejecutar las acciones."*

El clima de validación religiosa del Gobierno de Onganía ya se entremezclaba en los documentos públicos; así el Subsecretario de Salud del Chaco cierra la reunión mencionando *"El trabajo, al decir de Tomás Suavet en su teología del trabajo, tiene la finalidad trascendente de la colaboración con el Creador en la finalización de su obra..."* (15)

El "período de oro" de la construcción técnica de la salud pública -que algunos sanitaristas fundan en el informe de la OPS, que también reclamaba una fuerte inversión en la formación de recursos humanos- abarca los gobiernos de Frondizi, Illia, y Onganía (no incluyen en cambio las fuertes pujas posteriores en época de Levingston y Lanusse en donde el ministro Manrique eligió una clara política de confrontación, reforzado por uno de los momentos más beligerantes de las corporaciones profesionales).

Es imposible abordar el período solo por sus repercusiones sobre el sector público ya que en este mismo período se crean las bases de funcionamiento del sistema de la seguridad social, muchas de las cuales permanecen hasta nuestros días.

Nos referimos a la creación de la Ley de Obras Sociales y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados que en principio nace en contradicción con las propias

políticas de salud, con una fuerte participación de la iglesia que busca concretar un acuerdo entre la COMRA y la CGT.

Son tiempos del vandomorismo y las corporaciones médicas luego de una férrea resistencia inicial deciden participar a partir del entusiasmo que había dejado la configuración del IOMA como una institución ejemplo de financiamiento respetuoso de las prácticas médico-profesionales. (16)



El pacto debe vencer muchas desconfianzas: en febrero de 1962 la CGT había declarado un paro general que incluía entre sus demandas la *"defensa de las instituciones asistenciales de los trabajadores, asfixiadas y en vías de aniquilamiento por la desconsideración y el abuso de las corporaciones médicas y afines"*. (17)

Por su parte las organizaciones médico profesionales agitaban el temor de una extensión del modelo mejicano con grandes Obras Sociales con servicios propios en donde "los médicos fueran empleados de los gremialistas". El temor no era infundado porque la extensa red de servicios propios de los ferroviarios era un modelo atractivo para muchos otros gremios de la época.

Para comienzos de los 70s la Salud Pública del momento -básicamente un grupo influyente de la Ciudad de Buenos Aires- comienza a dividirse desprendiendo una rama muy entusiasmada con la posibilidad de instalar cambios por fuera de las decisiones de la Secretaría de Salud.

"Se había consolidado ya en el sanitarismo argentino un grupo de profesionales inclinados a favorecer un acercamiento con la dirigencia sindical, a la que reconocían mayor legitimidad para representar el interés de los trabajadores que a los funcionarios de un Estado con fuertes rasgos burocráticos y autoritarios.... Ese núcleo, orientado a la concertación con los líderes sindicales en función de lograr mayor homogeneidad y cierta capacidad de fiscalización en el manejo de las Obras Sociales, asumirá posiciones de conducción en el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) y se encargará de defender el sistema frente a alternativas de Reforma que se plantean en la siguiente década. En ese particular momento en que comienza a derrumbarse el proyecto de Onganía, se produce el desplazamiento de Holmberg y Mondet, liberales modernizantes y se comienza a afirmar la hegemonía de una nueva alianza tejida entre el sindicalismo y la tecnocracia social cristiana". (18)

Resulta interesante contrastar que mientras estas tendencias se afianzaban en el campo de las Obras Sociales, la primera conducción del recientemente creado Instituto de jubilados, popularmente conocido como el PAMI, se percibía a sí mismo como un grupo influyente en configurar el modelo prestador. Era innegable la influencia del modelo inglés en las primeras configuraciones del modelo prestador del PAMI puesta de manifiesto a través de relevancia de la figura del médico de cabecera (remedando el modelo del General Practitioner) y por la misma época se planteaban una llamativa priorización en la necesaria contratación de servicios de apoyo de segundo y tercer nivel previendo contratar en primera prioridad con el sector público, allí en donde no fuera posible con servicios propios de las obras sociales y solo en última instancia contratar con el sector privado. (19) Por eso en las primeras épocas el PAMI tenía oficinas en las delegaciones sanitarias que la nación tenía en cada provincia y en muchos casos tenía oficinas dentro de los policlínicos ferroviarios.

Un detalle no muy conocido se refiere a las razones por las cuales el PAMI no adopta una política racional de recursos humanos incorporando profesionales de cabecera con formación específica en medicina general, gerontología o clínica médica, especialidades afines con la función de primer nivel y puerta de entrada de una obra social de población añosa.

La respuesta parece residir en la fuerte resistencia inicial de los gremios médicos incluyendo la amenaza de desafiliación de quienes se incorporaran al PAMI lo que llevó al Instituto a una política de reclutamiento indiscriminado que llevó a la incorporación como médicos de cabecera de profesionales con formación y títulos de especialistas bastante alejados del perfil imaginado para atender una población geronte.

El intenso período político que se abre en marzo de 1973, está en el campo de la Salud representado por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En realidad las primeras versiones preparadas por los cuadros técnicos del peronismo de la época hablaban sobre un Sistema Unico de Salud pero el Ministerio en época del Dr. Domingo Liotta terminó elevando al Congreso de la Nación un proyecto de ley con la denominación SNIS.



Comenta Mario Testa (20) que por esa época Liotta estaba convencido que los diputados de origen gremial no iban a retacear el apoyo a esta ley por el simple hecho de constituir parte del bloque oficialista. Sin embargo la ley sancionada en setiembre del 74 exceptúa de cualquier

responsabilidad y participación a las Obras Sociales dejando solo abierta la puerta para una eventual "incorporación voluntaria".

El proyecto del ejecutivo, en buena medida cercenado, no obsta a que se implemente en varias provincias como Chaco y San Luis que se incorporan al sistema y para que algunas otras (Rio Negro, La Pampa) desarrollen sistemas provinciales de igual orientación.

La resistencia de las corporaciones profesionales concentra sus reclamos a nivel nacional en una cuota de participación en el sistema. Sin embargo a nivel provincial muchas animadversiones se concentran en el régimen de dedicación exclusiva de los profesionales del sistema presionando a través del control y en la obligatoriedad de su colegiación.

La dictadura militar que asoló el país desde marzo de 1976 clausuró entre otras muchas cosas los avances logrados en la búsqueda de un sistema de salud. A diferencia de los documentos de la época de Onganía repletos de referencias religiosas, el plan de Salud de la época comenzaba con una expresa y reveladora declaración de fe liberal abogando por una defensa irrestricta de la propiedad privada. (21) Con esta orientación fuertemente marcada por el pensamiento liberal procedió a comienzos de 1978 a lo que sería la transferencia definitiva de los hospitales nacionales a las provincias.



En el ámbito de la seguridad social se promulga el decreto ley 21.640 y la ley 22.105 referente a las asociaciones gremiales que fijan una serie de medidas para enmarcar la actividad sindical. La tecnoburocracia del INOS intenta contraatacar y a través de un órgano de difusión de los Jesuitas publica un documento en 1979 en donde se manifiestan una serie de objeciones al nuevo cuerpo legal de facto, algunas de las cuales resultan, vistas desde la perspectiva actual, sorprendentes.

Por un lado cuestiona la regionalización del sistema como una amenaza de debilitamiento, por otro cuestiona el carácter estatista (¿?) del proyecto tanto por la sobre representación política de los representantes del Estado en el INOS como por la estatización de los fondos. La tercera objeción impacta por la transparencia de su argumentación: *"Es un proyecto de Ley antisindical procura borrar no solo el protagonismo de los sindicatos, sino hasta el nombre de los mismos en las designaciones de los entes de Obras Sociales. La actividad sindical quedaría limitada a lo estrictamente reivindicativo, contrariando una clara orientación de la acción sindical en nuestro*

país, dirigida a la "acción múltiple", con el grave riesgo de transformarlos en factores obligados de la lucha de clases". (22)

En 1983 a partir de la recuperación de la democracia un nuevo proyecto de integración se va a colocar en la discusión. La falta de iniciativas tendientes a re nacionalizar los hospitales transferidos a las provincias durante la dictadura convalida de hecho la federalización de los servicios públicos de salud y se explica en buena medida por que un nuevo camino de universalización es colocado en la discusión. Nos referimos al Seguro Nacional de Salud impulsado por el ministro Aldo Neri en 1984.



Tras casi cuarenta años de idas y vueltas el cuadro de situación había quedado conformado por un sector público federal y una seguridad social unitaria.

Si se considera que los números más optimistas señalaban que hasta un 70 % de los argentinos se encontraba cubierto por una o más Obras Sociales (considerando el posible trabajo o el carácter de pasivo afiliado de más de un miembro de la familia) existían condiciones objetivas para pensar que la solución a la fragmentación del sistema de salud en la Argentina podía remediarse con un Seguro Nacional de Salud que cubriría a toda la población con el aporte solidario del Estado responsable de cubrir el 30 % "restante" o sin cobertura.

"No queremos una atención de la salud para los pobres y otra para los sectores más favorecidos" fue la fórmula que eligió Alfonsín en su discurso inaugural frente al Congreso para anticipar la decisión de su gobierno de impulsar el seguro.



El gobierno radical pronto experimentaría las dificultades de gobernar en un país en donde la mayoría de las provincias estaba en control de gobernadores peronistas y ya en las primeras reuniones del Consejo federal de Salud se manifestaron estas tensiones básicamente por la

distribución de los fondos nacionales que culminaron en 1984 con un vergonzoso retiro de los ministros de salud de las provincias peronistas del COFESA.(23)

Un forcejeo político que además contrastaba con un tema que había ingresado súbitamente en la agenda del país. El exhaustivo trabajo llevado adelante por el INDEC reprocesando las cifras del censo de 1980 permitió configurar el primer mapa de la pobreza en la Argentina. La pobreza entraba así oficialmente a formar parte de la agenda del Estado tras el nombre técnico de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) y el Estado comenzará a desarrollar una generación de programas y políticas sociales focalizadas que se inauguraron con el llamado Programa Alimentario Nacional (PAN) y que se extenderían por más de dos décadas.

En la expectativa que el frente legislativo resultara más favorable, desde el mismo comienzo de la gestión radical se conoce sobre la intención del gobierno de impulsar una ley de Seguro Nacional de Salud. Sin embargo el frente sindical resultó adverso desde el comienzo y la ley de normalización sindical fue rechazada por un voto en el Congreso prendiendo una luz roja en el tablero del gobierno.

"Nuestra idea es que las Obras Sociales ingresen también en el necesario proceso de democratización de la instituciones argentinas". (24)

Luego de una larga y desgastante negociación que incluye la incorporación de dirigentes sindicales al gobierno en 1987 la Ley de Seguro Nacional de Salud se sanciona en 1988 bajo el número 23.661 pero la Ley nunca fue reglamentada.

Un hecho por demás preocupante es que desde el abandono del Seguro Nacional de Salud en adelante nunca más se llevó a discusión el problema de la universalidad del sistema de salud en la Argentina.(25)

Lo que viene después resulta mucho más conocido. El gobierno de Menem legitimado en la crisis de la hiperinflación y en la entrega anticipada del poder inaugura un mecanismo de gobernar por decreto que deslegitima estructuralmente al poder legislativo y debilita las instituciones democráticas del país.



Las decisiones que orientan el financiamiento del sector desde el gobierno de Onganía hasta la mitad de los 90 hablan por sus resultados y las cifras relevadas en los únicos catastros nacionales completos de 1980 y 1995 dejan registro de ello; así la participación proporcional del

subsector privado en la infraestructura sanitaria del país en el caso de establecimientos sin internación pasó de un 38,4 % a un 53,7 % del total, en el caso de establecimientos con internación de un 57,2 % a un 61,1 % pero el número de camas privadas en el periodo creció un 45 %; su peso proporcional era de un 33,9 % en 1980 y de un 41,2 % en 1995. Es evidente que este desarrollo hubiera sido impensable sin un pacto que inhibiera a las Obras Sociales de desarrollar infraestructura propia y que dificultara el financiamiento de las prestaciones del subsector público a sus afiliados.

Las privatizaciones de las empresas públicas y las políticas económicas de la época tienen su correlato en el sector salud en donde muchos connotados dirigentes del sector privado pasan a ocupar cargos públicos y surgen dispositivos como el (decreto de) Hospital de Autogestión y la libre elección en la afiliación a las obras sociales.

Una rasgo característico y revelador de la década es la entrada de Ibero como actores formadores de política en salud de los organismos multilaterales de crédito, que legitimados por su rol en el financiamiento de las políticas sociales y sanitarias se constituyen progresivamente en actores de las políticas domésticas.(26)

Con una clara estrategia de influencia en el Estado participan activamente en el desmembramiento de las políticas sociales del Ministerio de Salud; concientes de la débil articulación intersectorial instalan programas sociales en el Ministerio de Trabajo, de Educación y en el Ministerio del Interior; e incluso organizan el sistema de información sobre programas y políticas sociales bajo la égida de proyectos de su propio financiamiento.(27)

Durante el gobierno de la Alianza la presión de los organismos internacionales constituyó una verdadera camisa de fuerza al punto que buena parte de las medidas de los primeros 100 días de gobierno eran en realidad cumplimiento de condicionalidades para el desembolso de préstamos acordados por el gobierno anterior.



La llamada "desregulación de las Obras Sociales" constituye un ejemplo en salud de hasta qué punto el gobierno estaba dando continuidad a las políticas de la década del 90. Sin embargo, en previsión de cambios de orientación ya los organismos multilaterales de crédito habían tomado provisiones trasladando una parte de sus favores a las provincias que garantizaban continuidad con las políticas menemistas (Córdoba, Salta, etc.)

Mucho más recientemente la crisis que se desencadenó en diciembre del 2001 volvió a poner de manifiesto el mapa y el posicionamiento de los actores en juego. La presión del sector privado se articuló en el Ministerio de Salud salvado apenas de su desmantelamiento por la presión en la calle de los pacientes dependientes de medicamentos o intervenciones sistemáticas actores sociales concretos que veían en riesgo sus vidas por el desabastecimiento generado por la devaluación. El carácter procíclico (una forma elegante de decir que entran en default cuando más se los necesita) del sector privado queda de manifiesto en las presiones para arrancar del gobierno un PMO de emergencia.

Así en el mundo de las construcciones semánticas emergencia sanitaria en el país pasa a traducirse como crisis de financiamiento de los prestadores privados y desabastecimiento de medicamentos. Quedan por fuera de la emergencia sanitaria los hospitales públicos abarrotados de pacientes, desabastecidos y con un deterioro progresivo de su infraestructura y sobre todo queda por fuera la misma situación sociosanitaria de la población que durante el 2002 se ve sometida a un aumento de la mortalidad infantil, un significativo incremento de los nacimientos de bajo peso, a un aumento de la mortalidad materna y a una transferencia significativa de pacientes desde el subsector privado al público.⁽²⁸⁾

La selección de estos elementos en más de seis décadas de historia nacional nos permite reflexionar sobre las fuertes interconexiones políticas de la salud y deja abierta una serie de interrogantes.

¿Hasta qué punto y con qué límites la salud quedó inserta en las políticas de inclusión y en los debates de las fuerzas emergentes de los primeros gobiernos peronistas?, ¿Qué marcas dejan hasta hoy las operaciones de la revolución libertadora?, ¿Cómo influye la Alianza para el Progreso y el clima desarrollista en el pensamiento sanitario argentino? ¿Qué llevó a una buena parte de los sanitaristas de la época a quedar insertos en los devaneos internos que separan líneas (azules y colorados) dentro del ejército?, ¿Cómo influyen los lineamientos fundantes y la ulterior evolución del sistema de Obras Sociales para el fuerte crecimiento del sector privado en el país? ¿cómo acompaña salud las expectativas revolucionarias del 73 y se entremezcla con las internas del peronismo de la época?. ¿Por qué la política de full time en el Estado irritó tanto a las corporaciones profesionales en pie de guerra desde comienzos de los 70s? ¿Cómo el SNIS mismo se suma a la lista de desaparecidos por la dictadura genocida? ¿Cómo se llega a pensar que el rol de universalizar el derecho a la salud solo puede llegar por la vía del financiamiento en la forma de un Seguro Nacional de Salud?. ¿A partir de cuándo se desiste en el país definitivamente de cualquier intento de universalizar el acceso y garantizar el derecho a la salud? ¿Cuáles son los verdaderos motivos por los que la constituyente del 94 se negó a abrir el debate sobre el derecho a la salud?

Estas y otras muchas preguntas permanecerán abiertas, mientras tanto quienes observan desde afuera al sector salud de la Argentina se sorprenden con algunos rasgos que parecen no percibirse en el ámbito local.

El pensamiento sectorial parece concentrado en moldear la oferta con un marcado desinterés por la situación social y epidemiológica como si la oferta necesaria fuera la simple proyección de una lucha de modelos y no la respuesta a las necesidades de la población.

El sistema de salud en la Argentina es fragmentado, pero tan fragmentado como la sociedad que lo contiene y esta tendencia parece haber sido funcional a la enorme concentración del ingreso de las últimas décadas.

La destrucción del empleo estable constituye la pérdida de una de las instituciones más importantes para la paz social y el desarrollo del país e inviabiliza cualquier universalización por

vía de seguros. En este contexto el camino de los seguros -sobre todo los parciales y focalizados- solo puede constituirse en mecanismos encubiertos de subsidio con fondos públicos al sector privado.

La fragmentación permite al mismo tiempo una paradoja: un país que tiene excluidos absolutos del acceso a los servicios de salud con sobreoferta de factores (recursos humanos, capacidad instalada, tecnología).

Así fragmentación con sobreoferta y exclusión social constituyen una caracterización de síntesis que reclama un nuevo mapa de actores comprometidos con la salud de nuestra población

Tras 60 años de idas y vueltas parece imprescindible repensar un Sistema de Salud de carácter mixto pero con una fuerte centralidad del sector público, con una clara y firme regulación democrática del sistema de Obras Sociales y prepagas, con una reconfiguración de funciones que permita más nación en el sector público, más provincia en la seguridad social, más municipio en la atención primaria, un sistema de financiamiento justo y sobre todo hacer converger los mecanismos para garantizar una ciudadanía igualitaria para todos los habitantes de nuestro país, independientemente de su nivel de ingreso, vivan donde vivan.

Notas

1. Barrios D. "No hay política Sanitaria sin Política Social" El Médico del Conurbano marzo 2004
2. Citado en Roemers M Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud Siglo XXI 1980
3. Carrillo Ramón Contribuciones al conocimiento Sanitario Obras Completas Eudeba Buenos Aires 1974 pág. 146
4. Carrillo op cit pág.153
5. Carrillo op cit pág.147
6. Carrillo op cit pág.152
7. Carrillo op cit 234-235
8. Barrios D op cit.
9. Veronelli Juan Carlos y Testa Analía editores "La OPS en la Argentina; Crónica de una Relación Centenaria" pp80-81 los resaltados y cursivas son del texto original.
10. Veronelli Op Cit pp 83
11. Discurso central del Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación Dr Arturo Oñativia en las Actas de las segundas Jornadas argentinas de Salud Pública San Juan noviembre 1963
12. Op Cit pp 78-79
13. Nota de Clarín abril 2004 respecto a la modificación de la Ley de coparticipación
14. Compendio de reuniones de autoridades de Salud Pública 1966-1969 Secretaria de Estado de Salud Pública 1970
15. op cit pág. 16
16. Belmartino S., Bloch C El Sector Salud en la Argentina Actores conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985 Publicación de la representación OPS Argentina 1994
17. Belmartino, Bloch op cit pág. 108
18. Belmartino, Bloch op cit 150-151
19. Comunicación personal de miembros de la Comisión organizadora del PAMI de 1971.
20. Ponencia en las jornadas de salud del Foro Social Facultad de Medicina octubre 2003
21. El Plan de Salud de la dictadura fue presentado en las provincias por su autor coordinador por el Dr. Ganduglia Pirovano por entonces docente de Higiene de la UBA.
22. Las Obras Sociales Argentinas y la Seguridad Social. Documento conclusivo de un Seminario organizado por el CIAS en agosto-diciembre de 1979 en donde participan connotados sanitarios que habían sido protagonistas de la creación del INOS. El Número 288/289 de 1979 de la revista del Centro de Investigación y Acción Social de la Compañía de Jesús se dedicó en forma completa al tema de las Obras Sociales
23. Habiendo participado como delegado de la Universidad de Buenos Aires resulta una experiencia personal que aún recuerdo como muy penosa considerando la gravedad de la situación sanitaria que había en esos tiempos discutir.
24. Declaraciones de Aldo Neri en mayo del 84 cita de Belmartino y Bloch Op Cit 330
25. Rovere Mario Idas y Vueltas en la desregulación de las Obras Sociales Revista Aportes, para el Estado y la Administración Gubernamental número 17 otoño 2001 Asociación de Administradores Gubernamentales
26. En realidad el liderazgo político lo lleva en el período el Banco Mundial, haciendo plegar en sus políticas al BID que tardó bastante en intentar constituirse como un socio más confiable e independiente.
27. Entre 1998 y el 2002 pueden encontrarse frecuentes apariciones públicas en los medios de comunicación de Myrna Alexander representante del Banco Mundial para el Cono Sur opinando sobre los más variados temas de política doméstica y su particular visión sobre lo que el país debía hacer.
28. Ver informe DeCiDeS febrero 2004 "Aparecen nuevas víctimas del Golpe de Mercado"