

Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina

Federico Tobar

Presentación

En este capítulo se presenta la historia de la prestación del servicio de salud en Argentina. No se asume como objetivo el narrar el surgimiento de las instituciones de salud en orden cronológico. La intención es, más bien, presentar algunas de las categorías analíticas, que han sido elaboradas por diferentes autores argentinos y extranjeros, para dar cuenta de la dinámica evolutiva de los servicios médicos. Por este motivo, el capítulo comienza con una muy sintética reseña de alguno de los enfoques que han sido aplicados al estudio histórico de la salud. En segundo lugar se presenta un modelo que distingue cuatro etapas en la historia de los servicios de salud de acuerdo a los cambios en el papel del Estado en cada momento. Por último, el trabajo intenta dar cuenta de algunos hitos en la institucionalización de los servicios de salud en Argentina distinguiendo la génesis de cada una de las modalidades de servicios hoy vigentes y su morfología. Si la primera clasificación en etapas considera como eje el rol del Estado en la salud, la segunda se centra en las configuraciones del mercado de servicios médicos.

Enfoques en el análisis histórico de la salud

¿Cuándo comienza la prestación de servicios de salud en Argentina? La respuesta depende del marco referencial que se adopte. Es decir depende de qué consideramos servicios de salud. Hay tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país¹: a) la situación de salud de la población, b) sus políticas de salud y c) su sistema de salud.

- a) La situación de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud (González García & Tobar, 1997: 45-6). Es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos.
- b) Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir que rol desempeña el Estado en salud.
- c) El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Se trata de la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población.

Distinguir las tres dimensiones es importante para analizar la salud en Argentina porque se podría afirmar que hay al menos una historia para cada una de las dimensiones. Por ejemplo, siempre hubo una situación de salud, esta puede ser más o menos buena dependiendo de con quién se nos compare. Si se considera una sola dimensión de la situación de salud, tal como la esperanza de vida al nacer, se verifica que esta registró pocos cambios durante los primeros diecisiete siglos de la era cristiana. Recién a finales del siglo XVII, con la primera revolución industrial se comienza a registrar un fuerte impacto sobre la salud que se traduce en una prolongación de la vida media. En otros términos, la historia de la situación de salud es una historia

¹ TOBAR, Federico. "Herramientas para el análisis del Sector Salud". *Medicina y Sociedad*. 2001.

epidemiológica donde adquieren gran protagonismo las condiciones ambientales y sociales, tales como los procesos de urbanización.

En el caso particular de América Latina, las conquistas en los indicadores de salud durante la segunda mitad del siglo XX han sido extraordinarias. Por ejemplo, la Tasa bruta de Mortalidad descendió de 17 por mil en 1947 a menos de 7 por mil en 1995, la Tasa de Mortalidad Infantil disminuyó de 170 a 40 por cada mil nacidos vivos y la esperanza de vida al nacer aumentó de 50 a 69 años en ese mismo período².

Por otro lado, las políticas de salud son de desarrollo reciente. En la mayoría de los países no se detectan verdaderas políticas de salud antes de los años 50. Evidencia de ello se obtiene cuando se examina el peso del gasto en salud dentro de los presupuestos públicos. Puesto que si bien "gasto en salud" no significa "política de salud", en la mayoría de los casos la ejecución de los programas requiere de una asignación de recursos (González García & Tobar, 1997:25).

Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En los sistemas de salud sedimentan los esquemas de acción, las respuestas sanitarias, sociales y económicas definidas por las sucesivas políticas de salud.

Tanto en la salud como en todos los campos de actuación, el abordaje sistémico es reactivo a la historización, la perspectiva de los sistemas detenta su propio marco analítico sus propias categorías de análisis que tienden a evadir la temporalidad. Desde la perspectiva sistémica tiene más relevancia distinguir funciones, *inputs* y *outputs* tales como flujos de servicios, recursos e insumos.

A las tres dimensiones mencionadas debería añadirse al menos una perspectiva adicional y es aquella que relacione la evolución del sector salud con la del resto de la sociedad y sus instituciones. Aunque dentro de esta misma línea se podrían definir diferentes encuadres. Es así como se podría intentar una historia política de la salud, una historia económica de la salud, una historia social, etc..

Sin la pretensión de dar cuenta de todas las lecturas posibles, se presentan a continuación algunos hitos relevantes en la evolución sectorial destacando las lecturas o posiciones que han sido privilegiadas desde diversos enfoques.

Etapas en la historia de los servicios de salud

La historia de las políticas sociales y de salud ha sido clasificada en fases acordes a las etapas del desarrollo capitalista en la región. De acuerdo a un modelo de análisis que busca identificar los determinantes de cada política de salud, pueden distinguirse cuatro grandes fases de las mismas³:

1. La primera etapa del desarrollo estaría caracterizada, según este modelo, por la orientación del proceso de acumulación hacia los intereses hegemónicos de la burguesía agroexportadora. La modalidad de ejercicio del poder político instituida por esta clase fue denominada Estado liberal, a pesar de sus características fuertemente autoritarias y excluyentes. Las demandas sociales emergentes solo fueron absorbidas por el Estado cuando se trataba de aquellas medidas que podrían llegar a

² GUERRA DE MACEDO, Carlyle. *Notas para uma Historia Recente da Saúde Pública na América Latina*. OPS. Representación de Brasil. Brasília. 1997 página 9.

³ Ver: GARCIA, J. CESAR; "O Estado e as Políticas de Saúde na América Latina". Textos de apoio-ciências sociais. Rio de Janeiro: Abrasco/PEC-ENSP, n° 2, 1984.

Ver también: FLEURY TEIXEIRA, Sonia. "Estado, Poder e Democratização da Saúde", in: FLEURY TEIXEIRA, S. *Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotencia do Social*. Rio de Janeiro, Relume, Dumará, 1992, pags. 13-44.

- comprometer al propio proceso de trabajo. En esas situaciones se promulgaron leyes que casi nunca fueron cumplidas con relación a la jornada laboral, a los accidentes y al trabajo femenino e infantil.
2. El inicio del proceso de industrialización inaugura la etapa de crecimiento “hacia fuera”. La misma desplazó a la oligarquía agroexportadora dando lugar a una amplia coalición que incluye a la burguesía industrial, a los sectores medios y aún a los trabajadores urbanos, dando origen al denominado Estado de Compromiso. En esta etapa las demandas de los trabajadores urbanos son incorporadas a través de organismos de Seguridad Social.
 3. La etapa siguiente del desarrollo del capitalismo industrial marcada por la internacionalización del capital en un proceso de asociación entre capitales de origen nacional e internacional, da lugar a un Estado burocrático-autoritario, empresarial, militarizado y tecnocrático; que excluyó del poder al movimiento obrero organizado. En lo que se refiere a la política social la misma se subordina a los intereses de acumulación dando lugar a dos grandes tendencias: la privatización y la incorporación de tecnología.
 4. Finalmente, la crisis económica reciente del capitalismo mundial, así como la de los países socialistas, redefine tanto los patrones de acumulación como los modelos de producción y la división internacional del trabajo, configurando grandes bloques. En los países industrializados cuya producción es liderada por los modernos sectores productivos, se abandona el modelo fordista anteriormente preponderante. Se produce entonces el agotamiento del Estado Benefactor y se impone el discurso neoliberal.

Este esquema permite, también, describir la evolución del sector salud en la Argentina. De acuerdo con él podrían identificarse básicamente cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud. Cada uno involucra un modelo particular de ciudadanía y privilegia ciertas acciones en desmedro de otras. En conclusión, desde ese esquema, las etapas o fases de la evolución del sector salud argentino son:

1. La policía médica
2. El Estado de Bienestar
3. El Modelo desarrollista
4. El Modelo Neoliberal

1. La policía médica

Durante una extensa primer fase del desarrollo del sector salud la medicina progresaba de forma totalmente independiente a las funciones del Estado. Aunque el progreso del conocimiento médico reforzaba la imagen de poder y prestigio de los médicos, registraba un muy leve impacto en la agenda de políticas públicas. Esto se debe fundamentalmente a que en el Estado liberal la salud no era considerada un problema público sino privado. Las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía y sólo fueron expandiéndose a medida que surgía una demanda social organizada que presionaba sobre las estructuras de gobierno para que la misma expandiera sus responsabilidades sanitarias⁴.

El prestigio médico fundamentaba una asimetría de poder entre médico y paciente que justificaba decisiones unilaterales del primero sobre el segundo. Como plantea Susana Murillo: “ junto a ese prestigio médico emergió el valor del espacio como agente de ordenamiento social, no

⁴ En la atención de la salud de la población la transformación de las demandas sociales es el hito que marca el fin de la etapa tradicional de política de salud. Esta transformación da lugar a una preocupación creciente por los servicios de atención médica públicos. El surgimiento de la política está sobredeterminado por dos factores: demandas sociales generadas por la industrialización y urbanización, por un lado, y a la creciente oferta de médicos disponibles para atender los servicios de atención médica, por el otro. Termina en esta etapa la grave insuficiencia de servicios de salud para la población mediante un incremento de la cobertura de servicios.

solo el del espacio abierto de los intercambios y a partir de allí el valor del urbanismo, sino también el espacio cerrado, al cual se le asignó un valor terapéutico⁵. Durante el siglo XIX se instituía un modelo de atención en salud pública sobre dos ejes de acción vinculados entre sí: Por un lado la psiquiatría alienista y por el otro el higienismo.

Para el Estado liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas (externalidades negativas) de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por “aislar a los enfermos” que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental. En la antigua Roma las autoridades llegaban hasta a violar las residencias privadas para incautar alimentos “insanos” y fijaban cuotas para la ingestión de grasas y bebidas. El general victorioso sobre el más grande imperio construido por Occidente no fue el bárbaro Alarico⁶. Fue el mosquito del crepúsculo. El paludismo es aún hoy el mayor exponente de la relación entre desarrollo sanitario y desarrollo económico. De hecho la figura del sanitarista es anterior a la del médico como profesional liberal que vende servicios. Aún en este siglo los grandes sanitaristas, como lo fue Oswaldo Cruz en Brasil, formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta “policía médica” constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales. Hacia fines del siglo pasado esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma. Aunque aquella resultaba más efectiva en el mantenimiento de la salud era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad. Bismarck demostró que la expansión de la asistencia médica constituye un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral e industrial. Cuando introduce en 1881 el Seguro Social pretendía tanto aplacar a los socialistas (comandados por el ilustre médico patólogo Rudolf Virchow) como alcanzar la potencia industrial de Inglaterra y Francia. El canciller prusiano había observado que a los trabajadores les faltaban recursos para pagar los servicios médicos que les permitiesen acortar la convalecencia y disminuir, así, su ausentismo laboral.

En conclusión, para el Estado liberal la salud no formaba parte de la “cosa pública”. En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba al de “policía médica” ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles⁷. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno. A esta modalidad particular de relación Estado - ciudadano los analistas han denominado “ciudadanía invertida”⁸ porque la asistencia médica de carácter colectivo no constituía un derecho de los ciudadanos sino una “dádiva” otorgada a los excluidos, los no ciudadanos. La denominación proviene de la política asistencialista desarrollada a partir de las *Poor Laws* inglesas del siglo XVIII, por las cuales para tener acceso a la asistencia social las personas (pobres) perdían sus derechos civiles. Es decir, cuando se recibía ayuda social se perdía la condición de ciudadanía.

⁵ Ver: MURILLO, Susana. “Influencias del higienismo en políticas sociales en Argentina. 1871/1913.” En: DOMÍNGUEZ MON, A *et al.* *La salud en Crisis*. Buenos Aires. Dunken. 2000. Página 24.

⁶ GONZÁLEZ GARCÍA & TOBAR, 1999. *Op Cit.* Página 74.

⁷ Para una profunda caracterización del modelo de policía médica, ver: ROSEN, G. *De la policía médica a la medicina social*. México. D.F. Siglo XXI. 1985.

⁸ FLEURY TEIXEIRA, Sonia. *Estados sin Ciudadanos: Seguridad Social y Salud en América Latina*. Buenos Aires. Lugar editorial. 1997.

2. El Estado de Bienestar y la salud

El surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, tales como guerras, epidemias y grandes catástrofes, unido a las expansiones de demandas sociales impulsaron una progresiva incorporación del Estado en las cuestiones de salud. Por ejemplo, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

Sin embargo, este proceso no se manifiesta de forma homogénea ni simultánea en todo el mundo. Se han identificado tres grandes trayectorias históricas en el desarrollo de los servicios de salud⁹. Por un lado la trayectoria liberal de los Estados Unidos de Norteamérica que deriva en la consolidación de un fuerte mercado de seguros privados. Por otro lado, el modelo del seguro social bismarckiano. En tercer lugar el modelo de *Welfare* o Seguridad Social inspirado en el informe de Lord Beveridge.

2.1 Surgimiento del seguro social

A pesar de su extraordinario avance científico y técnico en medicina los Estados Unidos de Norteamérica han persistido en esa definición de los cuidados de salud como un problema privado. Sólo a partir de los desastrosos efectos sociales de la crisis de 1929, el país del norte comenzó a avanzar hacia la incorporación de esquemas de protección social en general y de salud, en particular. El modelo existente de seguros sociales recién se institucionaliza en Estados Unidos en 1935¹⁰. Fue necesario que aquel país atravesara otra catástrofe, como la derrota de Vietnam, para que se tolere el surgimiento de los programas de salud dentro de la estructura del seguro social. Así se pasó de programas de asistencia para pobres, ancianos y ex combatientes a la institucionalización, en 1965, del Medicare -seguro de salud para ancianos- y del Medicaid -seguros de salud para carenciados-. El Estado incorporó nuevas funciones cada vez que se verificó que acciones públicas podrían evitar un gran número de muertes. La mayoría de las veces tal verificación fue aceptada *ex post facto*.

En Europa, con el desarrollo de una clase trabajadora mayoritaria comienzan a surgir mecanismos administrativos y financieros de concesión de beneficios tales como pensiones, seguros por accidente de trabajo, atención de la salud del trabajador y su familia, guarderías, auxilio por natalidad, peculio, etc... Los mismos se expanden tanto por iniciativa de los propios trabajadores -de forma autónoma a la que se denominó mutualismo- como de forma conjunta con las empresas y el Estado -esquema tripartito-.

El modelo del seguro social expresa un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo. Desde una perspectiva histórica la modalidad del seguro social se corresponde con las formas clásicas de asociación sindical y mutual. Se inicia con la incorporación de los oficios en la edad media, pero en realidad esas formas organizativas de protección social van creciendo y madurando hasta la época de transición de la fase competitiva a la fase monopólica del capitalismo. Es entonces cuando comienzan a surgir efectivamente nuevos sindicatos y corporaciones profesionales.

Los gremios y sindicatos se hicieron cargo de la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado y el mercado¹¹. Pero lo que transforma este modelo de atención y protección de la salud en un sistema es el pasaje del seguro individual al seguro social. Es decir, la proclamación legal de la obligatoriedad del seguro. El seguro gremial evoluciona hasta la intervención del Estado. Es entonces cuando el gobierno incorpora las funciones de regulación del mercado de trabajo, con una leve regulación de las empresas y adquiere responsabilidad en el financiamiento de las acciones.

⁹ Para una excelente caracterización de los procesos históricos de conformación de los esquemas de protección social ver: FLEURY TEIXEIRA, 1997. *Op. Cit.*

¹⁰ GONZÁLEZ GARCÍA & TOBAR, 1999. *Op. Cit.* Página 73

¹¹ ABEL -SMITH, Brian. *¿Cuánto cuesta la salud?*. Salamanca. Mapfre.1982.

En sus inicios se financiaba con la cotización específica de las personas para tener acceso al seguro. Los cotizantes se agrupaban o por categoría profesional o por empresa o ramo de la producción. Sin embargo, en un segundo momento la financiación deja de ser exclusiva de los beneficiarios porque se registra un interés específico de los capitalistas en cofinanciar y hasta financiar integralmente los seguros ya que esto les otorga un margen de regulación sobre el mercado de trabajo. El seguro evoluciona desde la auto-organización voluntaria de un grupo de trabajadores de un mismo oficio, pasando por la organización de un grupo de trabajadores de la misma empresa que en muchos casos logra alguna cofinanciación por parte de los empleadores, hasta la intervención del Estado en ese proceso.

Con la incorporación del Estado, el seguro social adquiere una forma tripartita cuyo origen se detecta en la Alemania que, unificada por el Canciller Otto Von Bismarck, incorpora una forma de protección social financiada de manera conjunta por el Estado, los trabajadores y las empresas.

El modelo del seguro social bismarckiano no fue adoptado en Inglaterra, donde continuaron las formas autónomas, liberales y asistenciales de políticas sociales. Inglaterra continúa con una forma de asistencialismo combinada con el seguro (en las grandes empresas) hasta la segunda guerra mundial. Mientras que Alemania, así también como otros estados de Europa y posteriormente de América Latina, que siguieron el mismo modelo, marcharon hacia las formas más centralizadas de la política social.

2.2 El Estado de Bienestar

A medida que el mercado de trabajo formal crecía el seguro social como esquema de protección se expandía y redefinía. Desde la unificación de Alemania, en la década de 1870, hasta la década que transcurre entre 1930 y 1940 se registró una dinámica económica que promovió una gran formalización del mercado de trabajo de modo que alrededor del 90% de la población económicamente activa europea pertenecía al sector asalariado formal.

Las guerras en Europa ocasionaron una transformación en el comportamiento de las personas y afectaron el funcionamiento de los esquemas de protección social. Cuando una ciudad era bombardeada no existía forma de distinguir entre los heridos aquellos que contaban con protección social de los que la tenían. Esta situación originó formas de solidaridad diferentes a las tradicionales que impulsaron a los esquemas de protección asistencialista y del seguro social. Se formula entonces la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos. Esta forma de organización de los sistemas de salud se tornó hegemónica en Europa a partir de los años cincuenta. Desde el punto de vista de la financiación la universalización de la protección de la salud que surge en la postguerra se apoya en cierta facilidad para lograr solventar a esa porción minoritaria de la población que no contaba con ninguna forma de protección social. Financiar esa nueva obligación del Estado a través de recursos fiscales obtenidos vía impuestos y contribuciones laborales no resultaba muy difícil en países que pasaban por una fase de franca recuperación económica. Además de eso, dentro de los programas de reconstrucción europea diseñados en el Plan Marshall se prevía la cobertura de determinados riesgos sociales. Por lo tanto la cuestión de la universalización no imponía un costo económico muy alto a los países europeos. Además, aquella fase de los años cincuenta hasta la primer mitad de los setenta fue un período de gran crecimiento económico y desarrollo social. El Producto Bruto de los países del viejo continente crecía de forma sostenida a razón de cuatro al cinco por ciento al año, las tasas de inflación eran muy bajas, el desempleo era mínimo y los sindicatos conseguían negociar condiciones salariales adecuadas a sus necesidades. Estos son los principales motivos por los cuales en esa fase dorada de la economía Europea se hizo hegemónico el modelo universalista o de la seguridad social.

En sentido estricto se diferencia el sistema del "seguro social" del de "seguridad social". En los países que han incorporado reformas de sus sistemas de salud avanzando desde el primero hacia la segunda tales como Italia, España y Brasil tal distinción es de uso corriente. No obstan-

te, en la mayoría de los países de América Latina se les suele usar como sinónimos¹². El modelo universalista o de seguridad social, involucra la adopción del *Welfare State*, cuya primera formulación legal aparece con el informe del Lord Beveridge (1942) y las leyes consecuentes en Inglaterra. Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor¹³.

2.3 El Estado de Compromiso

En Argentina esta dinámica no sigue exactamente los mismos padrones que en Europa. Luego de la crisis del 29 aumenta rápidamente la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Comienza entonces la expansión de los servicios de salud asociada a la ampliación de los derechos del ciudadano. Hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

En el ámbito de la salud, la década del 40 es escenario de un doble nacimiento: el del Estado "responsable-garante" del derecho a la salud, y el de las organizaciones sindicales, estatales y para-estatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales¹⁴. Es decir, por un lado, la década del cuarenta registra la expansión de los derechos sociales en general y de una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, aproximándose notablemente al modelo del Estado de Bienestar. Pero por otro lado se expande la lógica del seguro social focalizado en un grupo de trabajadores formales asalariados.

Como evidencia a favor de considerar que la Argentina avanzó en la incorporación de un estado de Bienestar se puede argumentar que entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país. Esto llevó las camas públicas a más de 130.000, esto significa 7,4 camas cada 1000 habitantes¹⁵. En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó. En comienzos de los 50 se había erradicado el paludismo que solo cuatro años antes afectaba a trescientos mil argentinos y nuestro país contaba con una de las mayores coberturas del mundo¹⁶. Durante los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social. Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de sanidad pública (N° 13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para

¹² ZERDA, A. *Et alt. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos*. Washington. OPS/OMS. 2001.

¹³ GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés & TOBAR, Federico. *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires Isalud. 1999. 2da edición.

¹⁴ BELMARTINO, Susana. "Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica" En: *Cuadernos Médico Sociales* n° 55: 13-33, 1991. Página 13.

¹⁵ Según las estimaciones oficiales intercensales la población argentina en 1951 era de 17.441340 habitantes (Ver: GERMANI, GINO. *Estructura social de la Argentina. Análisis estadístico*. Buenos Aires. Ediciones del Solar. 1987. página 31), en ese entonces la oferta de camas hospitalarias había ascendido a 130.127 (Ver: ALZUGARAY, R.A. *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional 2*. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. 1988. Páginas 228 a 231).

¹⁶ Ver: TOBAR, F. "Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina". *Salud para todos* Año 7. Número 70. Mayo. Páginas 18-19.

ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente, y para ofrecer servicios a tarifas reducidos a otro 20% de la población en mejor posición económica¹⁷. El acta fundacional del Servicio Nacional de Salud británico, que hoy se considera paradigma de un sistema universal y público, data de 1949. Para ese entonces el sistema público de salud argentino superaba al británico tanto en recursos como en resultados obtenidos.

Sin embargo, también se argumenta que la lógica de expansión de los servicios de salud no siguió el modelo igualitario y universal del Estado de Bienestar Europeo. Por este motivo algunos autores proponen no hablar de un Estado de Bienestar sino de un "Estado de compromiso" o aún de un "Welfare State a la criolla"¹⁸. Poco después de la gestión de Ramón Carrillo con sus avances en la implementación de un sistema público de salud, la dirección del sistema comenzó a avanzar en el sentido de un modelo de seguros de salud. En la década del cincuenta se expande y consolida el sistema de obras sociales estrechamente vinculados con sistemas solidarios de financiamiento de servicios de atención médica; con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados.

El surgimiento del sindicalismo como actor reconocido en el interior del sistema político, que se encuentra en la base del "Estado de Compromiso", no solo representa una de las diferencias más importante con las condiciones vigentes bajo el Estado liberal; constituirá además un dato sustantivo en las formas de organización de los sistemas de salud y atención médica¹⁹.

La predisposición a incorporar nuevos actores en el debate sobre las políticas públicas permite la inclusión de modelos técnicos modernos en la gestión del Estado. De esta manera, el gobierno asume un amplio conjunto de funciones en el área de salud, como la de proveedor de servicios de atención, la regulación de recursos y tecnología, la fiscalización y control del ambiente, etc... No obstante, al mismo tiempo, persisten instituciones de salud propias de la Argentina liberal, hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades, etc., de poca vinculación con la política estatal, de carácter clientelista, y de baja racionalidad en su gestión. Aunque la salud como cosa pública aumenta la legislación social referida a salud se restringe a los accidentes de trabajo. En otras palabras, el rol del Estado se redefine en términos globales incluyendo al bienestar de la población como premisa y una amplia convocatoria social. A pesar de ello se consolida un sistema heterogéneo y fragmentado que luego se constituirá en el principal condicionante de la formulación de políticas de salud. La preservación y expansión del seguro de salud asociado a los gremios y con control estatal caracteriza una modalidad particular de expansión de la ciudadanía que ha sido caracterizada como "ciudadanía regulada"²⁰.

3. El Estado desarrollista y la salud

El rol distribucionista del Estado es reemplazado, en el desarrollismo, por el de garantizar la acumulación del capital. Dentro de este esquema ...

"El sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización -específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista- concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta "política de transferencia" que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los

¹⁷ NOVICK, Susana. "La salud en los planes nacionales de Desarrollo: Argentina 1964-1989". En: DOMÍNGUEZ MON, A *et al.*. 2000. Página 41.

¹⁸ Ver: BELMARTINO, 1991. *Op. Cit.* BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos. *El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985*. Buenos Aires. OPS. N° 40. 1994. Ver también: TENTI FANFANI, E. "Welfare State a la Criolla". *La ciudad futura*. 1996.

¹⁹ BELMARTINO, S. *Op.Cit.* Página 14.

²⁰ FLEURY TEIXEIRA, 1997. *Op Cit.*

respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación”²¹.

No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucra un “achicamiento” ni una privatización:

“Por el contrario, los organismos estatales se expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecnoburocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso “modernizante” y “eficientista” pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes”²².

4 El Estado Neoliberal y la salud

El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976 asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. Las Fuerzas Armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico. Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados en el discurso oficial. Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

Trayectorias históricas en la organización de los servicios de salud en Argentina

En conclusión, pueden identificarse en nuestro país cuatro modelos de Estado en relación a las políticas de salud. En el primero (liberal), la salud es totalmente subsidiaria y el rol del Estado se limita a garantizar que esta, así como las demás problemáticas sociales, no afecte el ritmo “natural” del mercado. El financiamiento de las pocas acciones existentes no es público sino privado por la vía de las donaciones, y la salud no constituye un derecho de la población.

En la década del cuarenta, las principales transformaciones en la estructura social del país consolidan las bases sociales de un nuevo Estado (de compromiso). Este incorpora la premisa de la “modernización” pero más en la acción que en el discurso (puesto que no se asume como “progresista” sino como “revolucionario”). La esfera pública crece exponencialmente, y dentro de ella la salud en su carácter de “cosa pública”. Este crecimiento es enteramente mediatizado por un Estado centralista y con un Poder Ejecutivo hiperdesarrollado. Los derechos sociales, y en particular los de salud, se expanden pero el acceso no se plantea de manera universal sino de forma regulada por el Estado. La coexistencia de acciones públicas con el desarrollo del sistema de seguro de salud (obras sociales) incorpora una gran fragmentación del sistema. La modalidad

²¹ BELMARTINO, 1991. *Op Cit.* Página 18.

²² BELMARTINO, 1991. *Op. Cit.*, página 18

financiera apropiada para las acciones de salud de este tipo son los recursos fiscales, por un lado, y las contribuciones sobre el salario, por el otro.

El desarrollismo provoca un giro en el rol del Estado por el cual el compromiso con el proceso de acumulación es anterior al compromiso con los derechos sociales. La premisa de la modernización se consolida para ser reeditada por todos los gobiernos posteriores. No obstante, se incorpora como novedad la tendencia centrífuga de las acciones estatales. El sistema de salud comienza a ser descentralizado con la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias en 1957. Al año siguiente los mismos son devueltos a Nación por causa de la baja capacidad técnica y financiera de las provincias.

El modelo neoliberal es incorporado en la formulación de políticas públicas bajo el régimen autoritario. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios (aún como medida contencionista) e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área de valorización del capital²³.

Los Gobiernos nacionales y locales que se sucedieron en los períodos de transición y consolidación de la democracia no consiguieron encontrar aún fórmulas superadoras de las recetas básicas centradas en la contención del gasto, en la fragmentación de los derechos, en la privatización de los servicios y en la desvinculación de la esfera central de cualquier compromiso de gestión que pudiera involucrar conflictos. Se consolidan así las tendencias hacia la descentralización y la desmercantilización mínima de los servicios, incorporando la terciarización y la compra y venta de servicios desde la esfera pública.

La descentralización permanece como resultado de la confluencia de esta premisa en dos grandes discursos ideológicos, el neoliberal y el de la reforma progresista que se despliega en los sistemas de salud bajo la consigna de incorporar un modelo de *Welfare State*.

No obstante, la democratización incorpora en la reformulación de los servicios la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud. Esta participación está dando sus primeros pasos y las pocas experiencias desarrolladas con éxito dificultan la identificación de estrategias apropiadas para todos los contextos. En la formulación de las políticas de salud la participación difícilmente supera el carácter declarativo. Sin embargo, los analistas internacionales coinciden en que es por ese camino que se debe avanzar para encontrar el antídoto contra los principales problemas que aquejan a nuestros sistemas de salud.

Estos sumarios antecedentes permiten explicar la transformación profunda que se da en el campo de las políticas y servicios de salud. Desde la situación inicial caracterizada por un poder político del Estado que considera primero la protección sanitaria y el control de enfermedades transmisibles considerando competencia de la atención médica a la población sin recursos económicos una función social de caridad. En esta época las políticas de salud están muy fuertemente vinculadas a un arte y una ciencia, que es patrimonio de los médicos, y que por otro lado no tiene mayor trascendencia en el campo político. La salud o mejor dicho la enfermedad como concepto general en esa época es totalmente compartido, indiscutido y de responsabilidad médica.

Cuando la evolución social da lugar a una creciente demanda de servicios médicos y de salud colectiva, a la que se suma la exigencia de control por la autoridad de salud sobre otros campos que se relacionan con la producción, el trabajo y la satisfacción social, surge la mayor importancia de las políticas de salud.

En la actualidad el campo de la salud no es solamente de competencia médica sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad plena. Además adquiere importancia en la industrialización y exportación de bienes (medicamentos, alimentos y equipo médico) ampliando su clásico cometido de atender el cuidado de la salud y la reparación de la enfermedad en la población. En el presente mantener y mejorar la salud es una inversión indiscutible.

²³ BELMARTINO, 1991, *Op Cit.* página 24

Es un error interpretar la política de salud dentro del campo restringido de la satisfacción de necesidades de atención médica, aunque esta área sea la que consume más del noventa por ciento del gasto social de los servicios de salud. Paradójicamente este gasto tiene una contrapartida no identificada que es el valor agregado que permiten y promueven las acciones de control de calidad de medicamentos y alimentos en los que participa el sector salud, y especialmente los Ministerios de Salud. La tendencia es a que el sector salud siga aumentando su participación en el producto bruto interno y en la capacidad de empleo comparativamente con otros sectores.

La crisis económica, el pago de la deuda externa y las políticas de ajuste, repercuten desde hace unos años fuertemente en el campo de la salud, y especialmente en los servicios de atención médica, que paulatinamente quedan rezagados del avance tecnológico. La deuda económica se paga en gran proporción incrementando la deuda social.

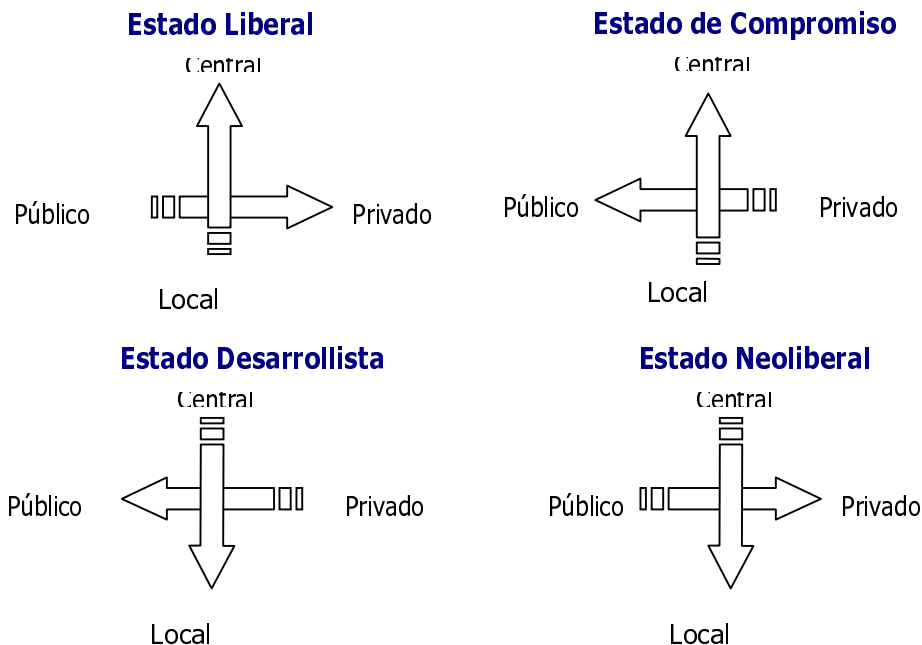
La tradición de privilegiar la atención médica, ampliamente justificada por su carácter de necesidad sentida y expresada por la comunidad, genera un conflicto durante la aplicación de estas políticas de ajuste por el aumento de la brecha en la satisfacción de necesidades expresadas por la población, la insuficiencia de los servicios públicos y el crecimiento progresivo de la oferta de servicios privados. Por otro lado se debilita la función de la fiscalización que es una competencia indelegable del Estado, para el control de: la calidad de los servicios médicos, de la producción de medicamentos y en el control de los riesgos en el campo de la industria de la alimentación y de productos agrícolas por consumo de bienes y servicios.

Todas estas actividades directa o indirectamente constituyen una forma de retorno económico en la contribución del sector salud al desarrollo.

La modernización del Estado y los estilos económicos y sociales contemporáneos, repercuten especialmente en el campo de la salud. Lamentablemente las propuestas políticas de soluciones en el sector salud continúan siendo tradicionales, de inspiración básicamente médica, matizadas en parte por la incorporación de conceptos multidisciplinarios en la salud. No obstante, la interpretación del fenómeno político en el campo de la salud y el tipo de respuestas continúa siendo de corte profesionalmente sectario y fuertemente teñidas por la ideología médica.

Institucionalización y morfología de los diferentes modelos

Cuatro trayectorias en el desarrollo de los servicios de salud



de provisión de servicios médicos en Argentina

Hasta fines del siglo XIX la atención de la salud de la población en Argentina estaba basada en el hospital público, gratuito y la medicina privada independiente. A partir del siglo XX se produce una dinámica de extensión de servicios con el surgimiento, de esquemas comunitarios o de base social inspirados en una lógica solidaria tales como las mutuales y asociaciones profesionales y asociaciones sindicales. Estas últimas derivan en el modelo de Obra Sociales y se expanden de forma sostenida a tal punto que en la década del 70 más de las tres cuartas partes de los argentinos eran sus beneficiarios. En la década de 1980 surge una nueva conformación de servicios médicos privados, se trata de la medicina prepaga.

Hasta la segunda mitad de la década del 90 los diferentes tipos de servicios de salud en Argentina avanzaban por carriles separados. Cada uno se dirigía a una clientela o población beneficiaria específica y contaba con sus propias fuentes o esquemas de financiación. Sin embargo, un conjunto de medidas de reforma del sistema intensifican y redefinen las interrelaciones incorporando flujos de financiación y servicios entre los diferentes tipos de servicios o subsistemas. A continuación se presenta cada uno de los modelos de provisión de servicios médicos que surgieron en Argentina durante el siglo XX.

La prestación a través del consultorio privado

El médico operando en su consultorio particular es la figura central del modelo liberal de servicios de salud. Además, el esquema de atención médica privada, constituye el arquetipo en el ejercicio de las profesiones liberales. Brian Abel-Smith en un libro clásico de economía de la salud menciona que en la génesis de este modelo había un criterio ético que autoregulaba la financiación²⁴. Aún antes de la Medicina Científica, desde los barberos cirujanos y saca muelas

²⁴ ABEL -SMITH, Brian. *¿Cuánto cuesta la salud?*. Salamanca. Mapfre.1982.

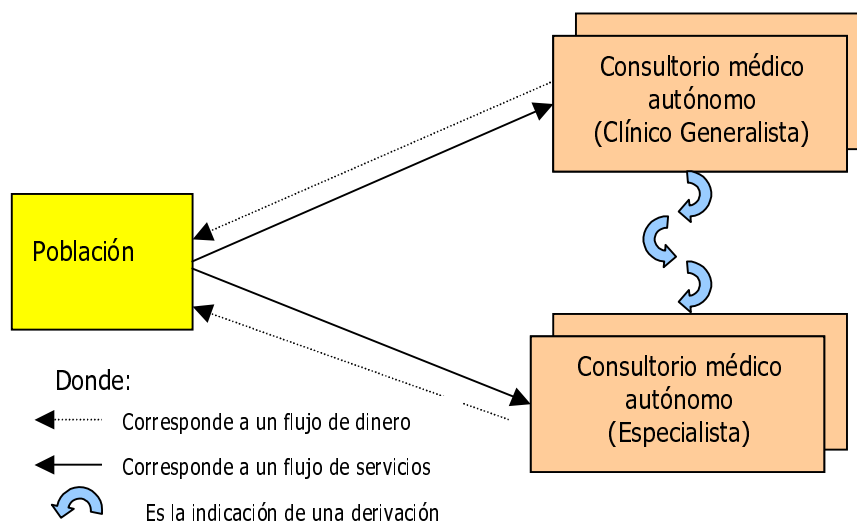
de la Edad Media regía la noción de que la prestaciones no tenían un precio, se debía cobrar a cada paciente de acuerdo a sus posibilidades.

Se pueden distinguir dos grandes esquemas de organización de la atención médica de los consultorios privados. Por un lado es modelo tradicional del consultorio autónomo, por el otro el modelo del consultorio contratado por un seguro de salud.

En Argentina el modelo tradicional lo constituía el médico de familia que atendía en su propio consultorio, en el domicilio de sus pacientes y en Sanatorios con sistema abierto y con las prestaciones totalmente financiadas por los individuos que necesitan de atención. Este esquema de atención presentaba algunas ventajas: propiciaba una intensa y fluida relación médico-paciente y reforzaba el prestigio profesional. En la obra clásica de Florencio Sánchez "M'hijo el Doctor" se narra con precisión la imagen de prestigio que acuñaba la medicina liberal del modelo del consultorio independiente, cuando como narra el Dr. J.C García Díaz "cuando había una funeral sólo los intendentes y los médicos eran llevados en carros de cuatro caballos"²⁵.

Aunque el modelo del consultorio privado aún está vigente en la Argentina el cambio significativo se registró en que deja de ser autónomo para depender del flujo financiero de la seguridad social y prepagos. Hasta mediados de la década de 1940 un 95% de las prestaciones ambulatorias privadas eran provistas a través de consultorios independientes en los que el médico cobraba directamente al paciente (diagrama 1). En la actualidad las proporciones se invierten y menos del 5% de las consultas ambulatorias son provistas bajo este esquema. Es decir, el 95% de las prácticas ambulatorias realizadas en consultorios privados son financiadas total o parcialmente por seguros de salud (obras sociales o prepagos) diagrama 2. Sólo unos pocos profesionales altamente especializados y consolidados en el mercado prestacional atienden al público sin tramitar primero su inclusión en alguna cartilla médica.

Diagrama 1. Dinámica del Consultorio Privado Autónomo

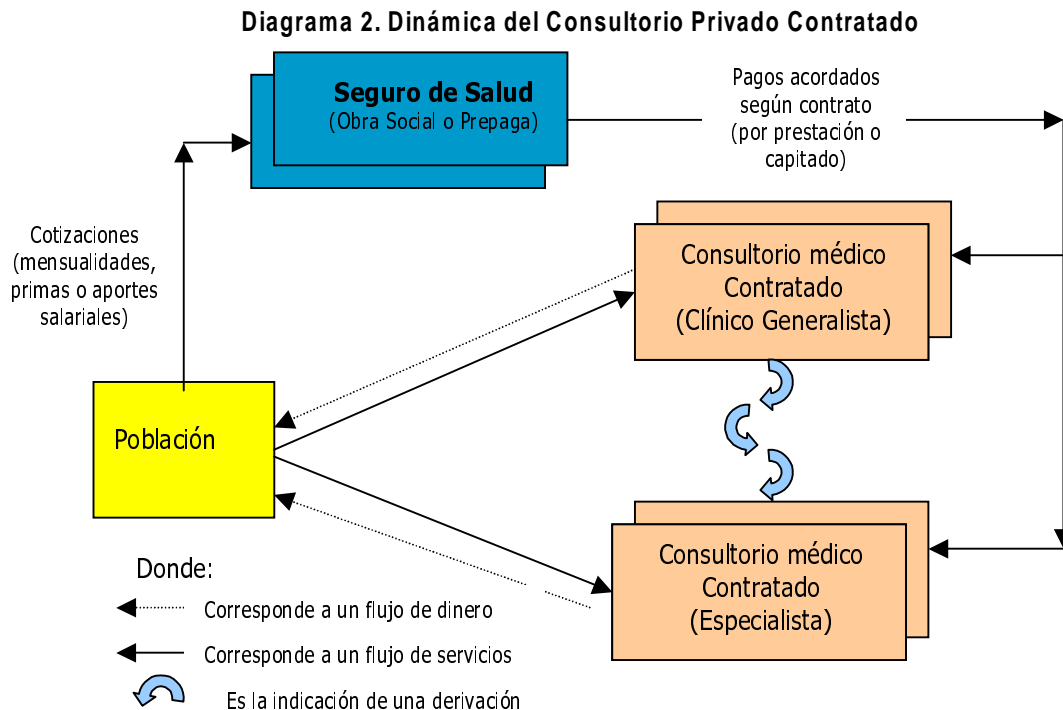


El diagrama 2 presenta la dinámica de funcionamiento del consultorio privado contratado por un seguro de salud. Los pacientes cotizan a los seguros una cuota mensual. En el caso de los seguros sociales, que en Argentina son Obras Sociales se trata de aportes salariales obligatorios, es decir el aportante no puede dejar de cotizar. En el caso de los seguros privados, que en Argentina son fundamentalmente las empresas de Medicina Prepaga, es una cuota mensual de pago voluntario. El seguro, asu vez, realiza contratos de prestación con un conjunto de servicios, entre los cuales

²⁵ Comunicación personal al autor de este trabajo.

se encuentran los consultorios privados independientes. El contrato involucra la inclusión del prestador en un listado o cartilla de servicios a ser garantizados a la población asegurada y el pago de un monto previamente acordado que puede ser o bien por prestación (en este caso por consulta) o bien por paciente inscripto (cápita)

Además, la prestación de servicios puede involucrar o no un pago directo de los pacientes (desembolso directo) es decir un copago por parte del paciente. Esto permite a los médicos contratados una recaudación directa que en algunos casos es suficiente como para sustentar sus gastos operativos, puesto que los seguros con frecuencia demoran mucho en cancelar sus pasivos con los prestadores. En el interior del país la mayoría de los médicos necesitan recurrir al cobro de un copago directo al paciente.



¿Cuáles son los motivos por los que se pasó de la hegemonía del modelo tradicional al de contrato? Como afirma Angel Jankilevich "...la preocupación de los sectores médicos se centraba en la caída de sus ingresos económicos y la disminución de la clientela privada. De manera que nuevo orden resultó providencial para contener el avance comunitario en la administración de los hospitales y servicios de salud, en los que algunos sectores médicos creían ver una inevitable socialización de la medicina"²⁶

Como era de esperarse, si el médico particular constituye el representante típico del modelo liberal de servicios de salud, el modelo siguiente instaurado por el estado de compromiso buscaba combatirlo. Con una fuerte inspiración en el informe de Lord Beveridge publicado en 1942, la premisa de Perón era racionalizar la asistencia médica reemplazando progresivamente al profesional liberal por un funcionario público. Más a la vanguardia aún Ramón Carillo pretendía resolver el problema de la asistencia integral de la salud y al mismo tiempo del honorario profesional y de la plétora médica con una iniciativa verdaderamente revolucionaria "el médico de familia" semifuncionariado en su propio consultorio²⁷.

²⁶ JANKILEVICH, Angel. *Hospital y Comunidad, de la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa*. Buenos Aires. 1999. edición del autor. Página 240.

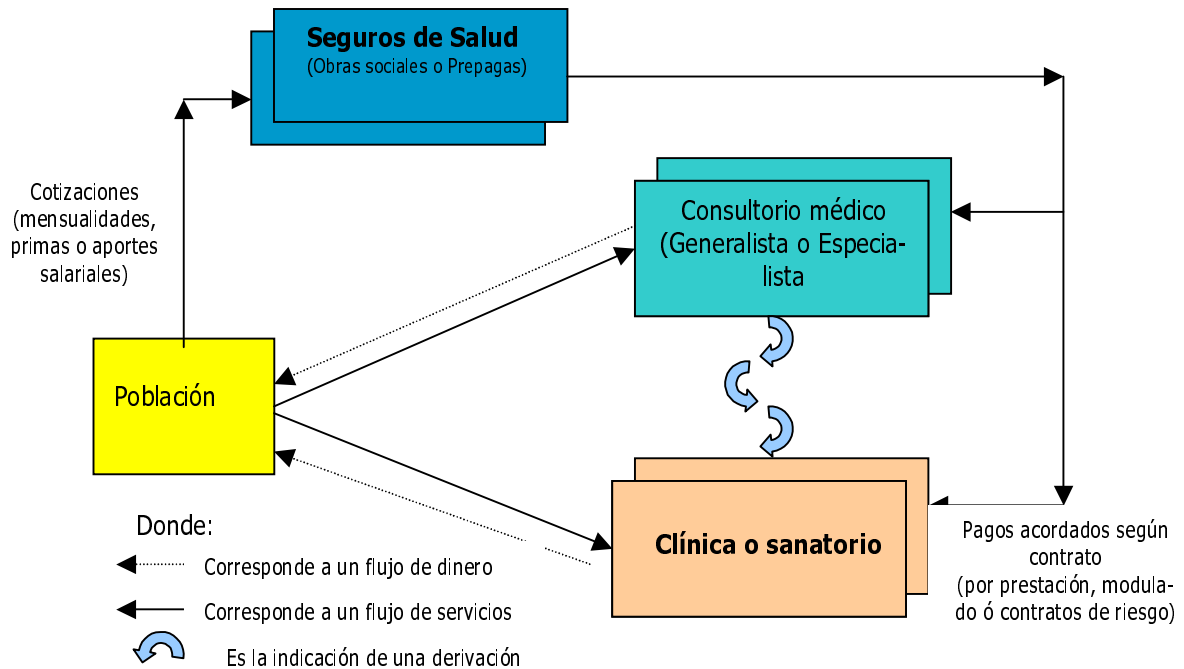
²⁷ JANKILEVICH (1999). *Op Cit.* Página 251.

Prestación institucional

El mercado de clínicas y sanatorios que constituyen los prestadores institucionales surgen asociados a la expansión de las obras sociales. Históricamente estas entidades han establecido distintos criterios en la relación con los prestadores. Desde los primeros policlínicos ferroviarios diseminados a lo largo de las vías férreas, de propiedad del Instituto, con profesionales y trabajadores en relación de asalariados, hasta la tendencia general de las Obras Sociales creadas a partir de 1970 que masivamente contrataron servicios privados, generando un gran crecimiento de la capacidad prestacional instalada a expensas de este tipo de organizaciones. El subsector privado

Antes de la mencionada expansión de la obras sociales los establecimientos privados de internación funcionaban bajo la órbita de la mutuales y entidades de socorros mutuos. La consolidación de un mercado privado de establecimientos hospitalarios tenía dos precondiciones económicas. Por un lado la existencia de un flujo estable de recursos financieros que los individuos (pacientes) por separado no conseguirían garantizar. En segundo lugar, el declinio del modelo universalista y público del estado de compromiso que impulsaron los dos planes quinquenales del Justicialismo cuyo ideólogo sanitario fuera Ramón Carrillo.

Se puede esquematizar el modelo según el diagrama 3. Los pacientes con cobertura de obras sociales o prepagas llegan a las clínicas y sanatorios derivados por médicos privados contratados y en algunos casos por los propios hospitales públicos que suelen atender la mayor parte de los casos de emergencias.

Diagrama 3. Dinámica del funcionamiento de los prestadores institucionales d servicios médicos

En la actualidad el mercado sanatorial involucra unos 2.100 establecimientos con 67.000 camas, que emplean a 95.000 personas y facturan anualmente unos 4.800 millones de pesos²⁸.

¿Cómo se explica la relativa expansión del mercado de prestadores institucionales de servicios de internación médica en un país donde la oferta pública y gratuita de estos servicios fue relativamente amplia desde un principio?. De hecho, como ha sido señalado, durante la gestión del ministro de Salud Dr Ramón Carrillo Argentina alcanzó una relación de camas por habitante similar a la de los países más avanzados. Fue la posterior expansión de los seguros sociales (obras sociales) y su modalidad prestacional basada en la contratación directa de prestadores a través del pago por prestación (acto médico). Sin embargo, el pago por acto médico que caracterizó en principio a la relación de las obras sociales con sus prestadores, tiende en la actualidad a ser reemplazado por la instalación de "contratos de riesgo" entre grupos de prestadores y obras sociales, basados en el pago por capitación de una población y un paquete prestacional definidos, así como por módulos.

El Hospital público

Si a nivel ambulatorio los servicios médicos se constanciaban con el modelo liberal, el nivel hospitalario continuó manteniendo esquemas precapitalistas esencialmente solidarios y comunitarios. A diferencia de otras colonias Españolas, las primeras instituciones hospitalarias en Argentina tuvieron origen comunal²⁹. Esta peculiaridad y el hecho de que no se hayan originado en Buenos Aires sino en el interior pueden considerarse antecedentes matriciales de un destino

²⁸ PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN APLICADA. FUNDACIÓN ISALUD. "El mercado de servicios médicos de Internación en Argentina" 1999. Documento inédito.

²⁹ JANKILEVICH, *Op Cit.* Página 20.

Buenos Aires sino en el interior pueden considerarse antecedentes matriciales de un destino de los hospitales públicos descentralizados y con participación comunitaria.

Las comunidades religiosas y benevolentes fundaron y sustentaron en base a la caridad un conjunto de hospitales entre el siglo IV y XVIII. Esta fase concluye con la creación, en 1780, del Protomedicato, institución corporativa creada en España mucho antes incluso del descubrimiento de América que actuaba a través de tres funciones: a) dirigía la enseñanza en cuestiones de medicina, cirugía y farmacia; b) administra justicia constituyendo un tribunal especial para castigar las faltas y excesos cometidos por los facultativos así como persecución de curanderos; c) fijaba aranceles para exámenes y visitas de boticas.

Sin embargo, aunque se inauguraban funciones de Estado en salud, los hospitales continuaban siendo comunitarios y administrados por las hermandades vecinales o por los betlehemitas. Los primeros hospitales sustentados por el gobierno son destinados a brindar asistencia los militares bajo el gobierno criollo. Entre 1810 y 1815 se inaugura el Hospital Militar en Santa Fe que aunque apoyado y parcialmente sustentado por el Ejército, continuaba siendo operado por hombres de la comunidad local.

Fue Rivadavia quien opero una paulatina estatización de los hospitales. El primer paso para desplazar esta administración de base comunitaria se da durante el directorio de Alvarez Thomas y bajo el comando de Bernardino Rivadavia que estableció el 11 de septiembre de 1815 un reglamento de hospitales expropiando los hospitales religiosos y comunitarios y estableciendo juntas hospitalarias. El segundo paso lo estableció con la Primera Ley de Arreglo de la Medicina en 1822. En la misma se establecen criterios para nombramiento de los médicos. Aparece entonces la figura del profesional contratado por el Estado, con cargos rentados y responsabilidades públicas.

Bajo el gobierno de Urquiza el hospital general de Hombres fue pasado a la esfera de la Municipalidad de Buenos Aires. También se contemplaba la participación de hermanas de caridad para hacerse cargo de los cuidados de los enfermos pero esto no se planteó desde la comunidad local sino que el propio gobierno mandó importar hermanas de Francia. Es en este momento que se consolida un rasgo distintivo de las relaciones intergubernamentales en el país. Aquello que, en otro contexto, José Ortega y Gasset nominó la "redención de las provincias", también se manifestó con respecto a las funciones del estado en Salud. Mientras en Buenos Aires se operaba una descentralización del Hospital desplazando la titularidad y responsabilidad por el Hospital de hombres hacia el gobierno local, en la provincias ese desplazamiento se realizaba desde las juntas de vecinos hacia la sociedad de Damas de Beneficencia (Santa Fe y Rosario).

Tras la epidemia de Fiebre Amarilla (1870-1871) y con la consolidación de las ideas liberales de I Generación del Ochenta se inaugura en 1806 el primer hospital nacional. Hasta 1825 se construyeron 16 hospitales nacionales con la misión de constituirse en referentes regionales. Se trataba en su mayoría de hospitales de aislamiento o de concentración de crónicos que no escapaban a la concepción de la policía médica. En la memoria del Consejo Superior de Higiene de la Provincia de Buenos Aires se expresaba con claridad el modelo intergubernamental de división del trabajo sanitario imperante entonces... "El Estado debe costear la asistencia sanitaria de los padecimientos generales que en la provincia tienen una morbilidad grande y que son un peligro para la sociedad, dejando a los municipios el cuidado especial de los enfermos agudos de su radio"³⁰. A nivel provincial se repetía el mismo esquema, los organismos provinciales se dedicaban preferentemente a obras públicas de saneamiento y control de la higiene mientras dejaban libradas a las iniciativas vecinales el desarrollo y la sustentación de la asistencia médica hospitalaria.

El punto de inflexión de este modelo surge con el estado de Compromiso afirmado por el Peronismo. Hasta 1944 el máximo organismo de I modelo liberal había sido el departamento Nacional de Higiene, una dependencia del Ministerio del Interior con funciones precisas de Policía Médica. Al asumir Perón lo transforma en Dirección Nacional de Salud Pública expandiendo sus

³⁰ Dicruso del Dr. Arce Peñalba en la Memoria del Consejo Superior de Higiene de la Provincia de Buenos Aires (1895 a 1896) en : JANKILEVICH (1999). *Op Cit.* Página 120.

funciones de forma continua. Poco después al designar a Ramón Carrillo, este organismo se convierte en secretaría y en 1949 pasa a ser Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El modelo de atención del esquema de Carrillo era preciso. Habría un único seguro de salud para toda la población donde la puerta de entrada al sistema estaría integrada por consultorios médicos independientes pero contratado por el Estado, luego habría Centros de Salud que además de la atención ambulatoria en diferentes especialidades desarrollarían actividades de prevención, educación y serían agentes de los programas de salud pública, por último se llegaría a verdaderas "ciudades hospitales" que integrarían los mayores recursos y tecnología disponible. Es notable la similitud de este esquema vislumbrado por Carrillo y la organización del *National Health Service* británico en la actualidad.

El modelo carrillo en su conjunto no llegó a conquistar la hegemonía necesaria para transformar al sistema en su conjunto. Sin embargo, dejó huellas indelebles en los servicios de salud del país. Entre 1946 y 1954 se duplica la cantidad de camas públicas (pasando de 66.400 a 134.218). Todas ellas bajo la jurisdicción del Estado Nacional.

Mutuales

A finales del siglo XIX comienzan a gestarse las primeras formas de organización comunitaria, copia de organizaciones europeas, como un aporte adicional de la inmigración impulsada como estrategia para el desarrollo por la Generación del '80. Estas organizaciones conocidas como *mutuales* o *mutualidades* son expresión de la solidaridad de grupos sociales afines, en particular por la nacionalidad de origen, impulsados por la necesidad de satisfacer las demandas de atención médica de grupos de población de escasos recursos.

Las sociedades de socorros mutuos tuvieron un amplio desarrollo relacionado con la inmigración. Fundamentalmente en Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Entre Ríos. En 1904 existían en el país 97 entidades de este tipo.

En ellas, por una cuota mensual de ayuda mutua de los asociados voluntarios, en un principio se organiza y administra la demanda de servicios médicos en un principio y se continúa luego con la organización y administración de la oferta.

Con el transcurrir del tiempo estas mutuales se abrieron a otros núcleos de la población, limitando la posibilidad de ingreso a la voluntad de los interesados y a la aceptación por parte de los directivos.

Asociaciones profesionales

A principios del siglo XX apareció un segundo tipo de organizaciones, llamadas *asociaciones profesionales*, que se crearon para atender las necesidades de atención médica para sectores determinados como la Policía, las Fuerzas Armadas y también los Ferrovianos. A diferencia de las mutuales, estas organizaciones obtienen su financiamiento de un importante aporte estatal, además del proveniente de los aportes de sus beneficiarios. Para estos grupos se crean hospitales destinados únicamente a la atención exclusiva de sus integrantes.

Organizaciones sindicales

La *organización sindical* de los trabajadores, también importada de Europa, en un principio con el único objetivo de luchar por mejores condiciones de empleo, evolucionó lenta y desorganizadamente en formas incipientes de organización de la demanda de atención médica.

A principios de la década de 1920 el país ha evolucionado, de la organización económica exportadora basada en la ganadería, a una organización más compleja que incorpora la actividad agrícola, una incipiente industria y el comienzo del desarrollo de las actividades de servicios. Como resultado se consolida una cada vez más amplia "clase media".

La diferencia en cuanto a prestaciones que determinaba la pertenencia a distintas clases sociales, las ideas de igualdad ante la enfermedad y la generalización de las ideas de solidaridad

que muestran las organizaciones colectivas mencionadas, instalan en nuestro país la noción de “necesidad de asistencia médica para toda la población” aún cuando no se diseña un plan orgánico para prestarla.

Las Obras Sociales

Los sindicatos comenzaron a preocuparse por proteger la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado. En Argentina este esquema se expandió de forma sostenida a partir de la crisis del 30 y fue alentado desde el gobierno nacional a partir de 1946. Sin embargo, la adopción del seguro social como estrategia hegemónica de protección de la salud de la población solo se consolida con la caída de Perón. Como muy bien afirma Angel Jankilevich:

“ Es importante señalar, por las distorsiones que ha sufrido este tema, que bajo las dos primeras presidencias de Perón, el modelo de Obras Sociales no constituye la fuente principal de financiamiento del sistema de salud, ni tuvo las características que lo distinguieron a partir de 1970.

”Por el contrario, todo el sistema sanitario y de seguridad social reposaba en el propio estado nacional y era financiado por éste con rentas generales”³¹

El mismo autor continúa luego...

“En realidad, la seguridad social obligatoria y organizada por rama de actividad con fuerte concentración en las dirigencias sindicales nacionales nace en 1970 y se desarrolla sobre todo con las sucesivas administraciones militares que gobernaron el país hasta 1983, paradójicamente con el peronismo proscripto”³²

Las décadas del '60 y '70 fueron las de expansión del sistema de Obras Sociales, como resultado de las políticas de pleno empleo, el auge del sindicalismo como expresión política de la clase trabajadora y la vigencia de la Ley 18.610 y las que la complementan. La necesidad de las autoridades de concertar con las organizaciones sindicales les permitió conseguir muchas ventajas, entre ellas una abundante y fluida financiación que se volcó, en alguna medida, en la atención de salud de sus afiliados obteniendo un nivel de servicios bastante satisfactorio.

Mutuales

A finales del siglo XIX comienzan a gestarse las primeras formas de organización comunitaria, copia de organizaciones europeas, como un aporte adicional de la inmigración impulsada como estrategia para el desarrollo por la Generación del '80. Estas organizaciones conocidas como *mutuales* o *mutualidades* son expresión de la solidaridad de grupos sociales afines, en particular por la nacionalidad de origen, impulsados por la necesidad de satisfacer las demandas de atención médica de grupos de población de escasos recursos.

En ellas, por una cuota mensual de ayuda mutua de los asociados voluntarios, en un principio se organiza y administra la demanda de servicios médicos en un principio y se continúa luego con la organización y administración de la oferta.

Con el transcurrir del tiempo estas mutuales se abrieron a otros núcleos de la población, limitando la posibilidad de ingreso a la voluntad de los interesados y a la aceptación por parte de los directivos.

Asociaciones profesionales

A principios del siglo XX apareció un segundo tipo de organizaciones, llamadas *asociaciones profesionales*, que se crearon para atender las necesidades de atención médica para sectores determinados como la Policía, las Fuerzas Armadas y también los Ferroviarios. A diferencia de las mutuales, estas organizaciones obtienen su financiamiento de un importante aporte estatal,

³¹ JANKILEVICH, Angel. *Hospital y Comunidad, de la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa*. Buenos Aires. 1999. edición del autor. Página 256.

³² *Ib Idem*. Páginas 260-1.

además del proveniente de los aportes de sus beneficiarios. Para estos grupos se crean hospitales destinados únicamente a la atención exclusiva de sus integrantes.

Organizaciones sindicales

La *organización sindical* de los trabajadores, también importada de Europa, en un principio con el único objetivo de luchar por mejores condiciones de empleo, evolucionó lenta y desorganizadamente en formas incipientes de organización de la demanda de atención médica.

A principios de la década de 1920 el país ha evolucionado, de la organización económica exportadora basada en la ganadería, a una organización más compleja que incorpora la actividad agrícola, una incipiente industria y el comienzo del desarrollo de las actividades de servicios. Como resultado se consolida una cada vez más amplia "clase media".

La diferencia en cuanto a prestaciones que determinaba la pertenencia a distintas clases sociales, las ideas de igualdad ante la enfermedad y la generalización de las ideas de solidaridad que muestran las organizaciones colectivas mencionadas, instalan en nuestro país la noción de "necesidad de asistencia médica para toda la población" aún cuando no se diseña un plan orgánico para prestarla.

La Medicina Prepaga

Los sanatorios privados ante la capacidad ociosa de sus instalaciones, hacen nacer los "prepagos sanatoriales". En el año 1955 se forma el Centro Médico Pueyrredón, cuya modalidad de atención era únicamente para los pacientes de los médicos de ese centro. Ese mismo año un sanatorio encara decididamente explotar un sistema asistencial comercialmente, para ello desarrolla un producto cerrado, centralizado (brinda toda la cobertura dentro de un solo edificio), el cual se denomina Policlínica Privada. Esta idea, de uno de los fundadores de Policlínica Privada tuvo su origen en los seguros de salud de Estados Unidos, los cuales asumían la responsabilidad, únicamente desde el punto de vista económico. La novedad que se introdujo en este mismo sistema fue incorporarle asumir la responsabilidad de la prestación del servicio médico³³.

En el año 1963, se lanza el Sanatorio Metropolitano, con un sistema también cerrado y centralizado pero con una particularidad, ya que únicamente se atendían los abonados al plan del sanatorio. Posteriormente en 1962 nace Asistencia Médica Social Argentina (A.M.S.A.), quién produce un verdadero cambio, ya que implementa un sistema cerrado descentralizado, cuya característica fue ofrecer una cartilla de profesionales que atiende en sus consultorios particulares, y estudios diagnósticos o internación en distintos centros de diagnóstico y tratamiento, como así también en varios sanatorios de Capital y del Gran Buenos Aires. A muy cercana fecha nace Centro Médico del Sur (CEMES), con la misma particularidad de sistema anterior, pero convirtiéndose en la primera empresa en brindar cobertura en todo el país, inclusive en las Islas Malvinas y también pioneros en cubrir a sus afiliados propios y de otras prepagas en las zonas de veraneo.

Los planes de cobertura en los inicios de la actividad, cubrían principalmente la internación, pero el mercado no sólo exigió la ampliación de ellas sino que como efecto de la competencia fueron incorporándose más y mejores coberturas, al tiempo que exclusiones y tiempos de espera fueron disminuyendo.

En los setenta aparecen las obras sociales de personal de dirección y superior de las empresas, como una segmentación especializada de las Obras Sociales. A raíz de esta situación se dificulta la ampliación de las carteras de socios de las entidades de medicina prepaga, las cuales fueron orientándose más a la clase media y media-alta, ya que eran las que adquirieron mayor conciencia, a través de los ejemplos que brindaban las mutualidades y obras sociales, de las ventajas que implicaba este tipo de cobertura.

³³ AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto; PALMEYRO, Alejandro. *Medicina Prepaga. Historia y futuro*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 1999.

En los ochenta la situación social cambia radicalmente, a raíz de la disminución del salario de los trabajadores en términos relativos y el incremento continuo de los costos prestacionales se agrava la situación de las obras sociales. Esto genera condiciones propicias para la expansión de las prepagas³⁴. Entre 1961 y 1980 ingresan al sector 60 entidades, y brinda cobertura a una importante cantidad de población ya sea porque el asociado ingresó en forma directa al sistema o porque a través de su obra social accede a los servicios de un prepago. Entre 1981 y 1990 ingresan 57 nuevas entidades. Desde entonces y hasta 1992 se mantiene una situación de estabilidad en el número de prepagas, cuando comienzan profundos cambios, mediante liquidaciones, fusiones y absorciones y la llegada de empresas extranjeras a competir en este mercado.

Bibliografía

- ABEL -SMITH, Brian. *¿Cuánto cuesta la salud?*. Salamanca. Mapfre.1982.
- AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto; PALMEYRO, Alejandro. *Medicina Prepaga. Historia y futuro*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 1999.
- ALZUGARAY, R.A. *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional 2*. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. 1988
- BELMARTINO, Susana. "Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica" En: *Cuadernos Médico Sociales* n° 55: 13-33, 1991.
- BELMARTINO, Susana; BLOCH, Carlos El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. Buenos Aires. OPS. N° 40. 1994
- DOMÍNGUEZ MON, A; FEDERICO, A; FINDLING, L; MENDES DIZ, A.M. L. *La salud en Crisis*. Buenos Aires. Dunken. 2000.
- FLEURY TEIXEIRA, Sonia. *Estados sin Ciudadanos: Seguridad Social y Salud en América Latina*. Buenos Aires. Lugar editorial. 1997.
- FLEURY, Sonia. "Estado, Poder e Democratização da Saúde". In: FLEURY, S. *Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotencia do Social*. Rio de Janeiro, Relume, Dumará, 1992, pags. 13-44.
- GARCIA DIAZ, Carlos. "El Hospital Público y la Seguridad Social" *Medicina y Sociedad* Vol 6 N° 6.1983.
- GARCIA, J. CESAR; "O Estado e as Políticas de Saúde na América Latina". Textos de apoio-ciencias sociais. Rio de Janeiro: Abrasco/PEC-ENSP, n° 2, 1984.
- GERMANI, GINO. *Estructura social de la Argentina. Análisis estadístico*. Buenos Aires. Ediciones del Solar. 1987.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés & TOBAR, Federico. *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires Isalud. 1999. 2da edición.

³⁴ Hacia 1966 se crea la Cámara de Instituciones Médicas de Asistencia Prepaga (CIMAP), teniendo como finalidad "fomentar, difundir y prestigiar las prestaciones médicas privadas del sistema prepago o de abono, promover el perfeccionamiento de los elementos técnicos, contractuales y de organización de las empresas privadas y representar y defender los intereses generales de las asociaciones ante los poderes públicos y organismos oficiales y privados.

En los inicios de la década del '70, dicha cámara se transformó en la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), agrupando también a sanatorios, clínicas e institutos de diagnóstico.

En 1981 se creó la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP), cuya característica era nuclear a las empresas que carecían de infraestructura propia. En el presente ambas no tienen diferencias importantes en los intereses que cada una de ellas representa, existiendo algunas que están asociadas a ambas cámaras, a su vez integran la Asociación Latinoamericana de Medicina Integral (ALAMI). Recientemente se crea la Cámara de Pequeñas y Medianas Empresas de Medicina Prepaga (CAMPEP). Los objetivos de las cámaras está no sólo defender la libertad de elección por parte de los beneficiarios, sino también mantener el control ético de las empresas, asesorar a sus miembros y representar al sector ante las autoridades en defensa de sus intereses. AHUAD *et al.* Op Cit.

- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés."Globalización de la salud". En: *Foro Latinoamericano de Políticas Sociales*. Buenos Aires, 1994.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés: "*La relación Estado-Mercado*". En III Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. AES, Buenos Aires, 1995.
- GUERRA DE MACEDO, Carlile. *Notas para uma Historia Recente da Saúde Pública na América Latina*- OPS. Representación de Brasil. Brasilia. 1997 página 9.
- JANKILEVICH, Angel. *Hospital y Comunidad, de la Colonia a la Independencia y de la Constitución a la república corporativa*. Buenos Aires. 1999. Edición del autor.
- MURILLO, Susana."Influencias del higienismo en políticas sociales en Argentina.1871/1913." En: DOMÍNGUEZ MON,A *et alt.*. 2000.Páginas 23-38.
- MUSGROVE, Philip. "La crisis institucional", In : OPS. *Fondos y programas de Compensación Social*. Washington D.C. OMS/OPS. 1992.
- MUSGROVE, Philip. "The Economic Crisis and its Impact on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean", In: *International Journal of Health Services*, Washington, Baywood, 17(3), 1987.
- NOVICK, Susana. "La salud en los planes nacionales de Desarrollo: Argentina 1964-1989". En: DOMÍNGUEZ MON,A *et alt.*. 2000.Páginas 39-54.
- OMS. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2.000. Serie Salud para todos, No 3, Ginebra 1981.
- OMS. *Octavo Programa General de Trabajo 1990-1991*.
- OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud. Ginebra, 1978.
- OPS/OMS Ten-Year Health Plan for the Americas. Oficial Document No. 118, Washington, 1973.
- OPS/OMS. *Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas 1991- 1994*. OPS/OMS Washington. 1990.
- OPS/OMS. *Plan Decenal de Salud*, 1972.
- PAGANINI, José María. *Los Procesos de desarrollo de los sistemas Locales de salud en las Américas*. OPS. división HSS. marzo de 1993. Mimeo.
- PINA RIBEIRO, Herval. *O Hospital: Historia e Crise*. São Paulo. Cortéz editora. 1993.
- PNUD. *Desarrollo Humano*. 1991
- PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN APLICADA.FUNDACIÓN ISALUD. "El mercado de servicios médicos de Internación en Argentina" 1999. Documento inédito.
- ROSEN, G. *De la policía médica a la medicina social*. México. D.F. Siglo XXI.1985.
- SARRIA, Nestor. "El papel de las mutualidades en el suministro de la atención médica-Experiencia Argentina". Ponencia en: AISS/AMA. *Reunión de Expertos sobre el Papel de las Mutualidades en el Suministro de la Atención Médica*. Buenos Aires Noviembre de 1997.
- TOBAR, F. "Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina". *Salud para todos* Año 7.Número 70. Mayo. Páginas 18-19
- TOBAR, Federico. *Principales Medidas en Política Hospitalaria en los Países de Europa*. Buenos Aires. ISALUD. Mimeo
- VELIZ, C. El Centralismo en América Latina. Barcelona, Ariel, 1986, II de.
- ZERDA, Alvaro, VELÁSQUEZ, German, TOBAR, Federico, VARGAS Jorge Enrique. *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos*. Washington. OPS/OMS. 2001.