

Universidad del Salvador

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Sociología



Tesis de Licenciatura

**El Sistema de Servicios de Salud en Argentina: del período de
institucionalización a la etapa de crisis distributiva y sus consecuencias
para el S.XXI.**

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Autor: Santiago Quintana

Profesor Consejero: Rolando Cristao

Mayo, 2017

Resumen:

El tema de la Salud es posible estudiarlo desde múltiples y amplias aristas, en ésta investigación se tomará en cuenta únicamente las dimensiones sociales, políticas y de carácter legal, con la intención de profundizar en el análisis de una realidad en un periodo determinado, y en relación al alcance que se ha proyectado en la presente investigación.

El método de trabajo utilizado enfatiza la claridad, validez y precisión de la información, la búsqueda, selección, filtrado, clasificación, organización, estructuración, almacenamiento y análisis de la misma; además del monitoreo continuo de la producción académica relativa a la temática en cuestión.

El Sistema de Servicios de Salud abarca la totalidad de acciones y medidas que se encuentran influidas tanto por la participación de la sociedad como del Estado, cuyo propósito principal es brindar asistencia sanitaria a la población.

La discusión sobre la salud ha sido un tema de interés nacional abordado desde diversos enfoques, que nos lleva a considerar su estudio desde una perspectiva multidimensional, que permite la interrelación de dicho concepto con otros bienes como, el trabajo, la vivienda, la educación, los hábitos de vida, y de ingresos; ya que éstos pueden considerarse como aspectos que maximizan el bienestar del conjunto social.

El Sistema de Salud argentino se desarrolló desde una dinámica compleja que se puede resumir de la siguiente manera: Entre 1945 y 1955 prevaleció la planificación estatal centralizada, en el periodo 1955-1970 tuvo lugar el modelo pluralista de planificación descentralizada, entre 1970 y 1990 se consolida y entra en crisis el modelo fragmentado, y en el periodo 1990-2000 prima la desregulación de los mercados de salud. Finalmente, desde 2001 se observan intentos de coordinación federal de la salud pública y un reposicionamiento de la seguridad social (obras sociales, sistema de pensiones y prestaciones sociales).

Las obras sociales son instancias de vinculación entre el sistema de salud y los regímenes de seguridad social en el país; entendiendo que en Argentina la Seguridad Social comprende seis subsectores o componentes, a saber: El régimen

previsional, las obras sociales, el seguro de desempleo, sistema de riesgos del trabajo, el PAMI que brinda cobertura médica a la tercera edad, y el régimen de asignaciones familiares, que otorga subsidios múltiples.

En nuestro país se observa una constante intervención del Estado en materia de Salud desde la organización misma de las Obras Sociales, desde el Gobierno de Onganía hasta nuestros días, y en particular a la sanción de las leyes en materia de acceso a medicamentos, acciones de gobierno que refuerzan un aspecto de las varias desventajas que atraviesan los individuos que no poseen un empleo estable, regulado y bien remunerado.

El momento histórico sobre el cual se centrará la presente investigación, hace énfasis al periodo que va desde 1970 hasta el año 2000, debido a que es el momento central de la institucionalización del Sistema de Servicios de Salud, denominado en este trabajo como periodo central. Tomaremos en cuenta algunos aspectos claves de años previos así como también, a los años posteriores con la intención de poder comprender el contexto tanto en el plano social, político y legal, que han permeado considerablemente en lo que actualmente se constituye nuestro Sistema de Servicios de Salud y Obras Sociales.

La presente investigación, busca entonces, comprender como algunos procesos sociales, políticos y jurídicos ocurridos en la Argentina en el período que va de la década del setenta a los primeros años de siglo XXI. Etapa en la cual se consolidó un gobierno dictatorial (1976-1983), y luego en la década de los noventa diversos programas de políticas neoliberales, que decantaron en la conformación del actual Sistema de Salud y del subsector de Obras Sociales como parte de la seguridad social en Argentina.

Palabras claves: Sistema de servicios de salud, bienestar social, obras sociales, acceso a la salud, seguridad social.

Índice

Introducción	6
Planteamiento del Problema	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Marco metodológico	13
Marco conceptual	14
Estado, gobierno y administración pública.....	14
a) El Estado.....	14
b) El Gobierno	16
c) La Administración pública	16
d) El Sector público	18
e) Los Servicios públicos.....	19
La salud en el marco internacional de la época.....	20
Sistema de salud	22
a) Tipos ideales de sistemas de salud	22
Modelo universalista	23
Modelo del seguro social.....	23
Modelo de seguros privados	24
Modelo asistencialista	24
Orígenes de la Medicina Argentina y el Sistema de Salud	26
Obras sociales como parte del sistema de Seguridad Social	26
Estado del arte	29
Capítulo I: Las dimensiones del sistema de salud en Argentina, segunda mitad del siglo XX - inicios del siglo XXI	36

Sector público	37
Estructura actual y cobertura de la salud pública	39
Financiamiento de la salud pública	40
Sub-sector seguridad social	40
Las Obras Sociales Provinciales.....	42
Estructura actual y cobertura de las obras sociales nacionales.....	43
Financiamiento de la seguridad social	49
El aseguramiento de los pasivos.....	52
Subsector privado.....	54
Estructura actual y cobertura de la Medicina Prepaga	58
Financiamiento de la medicina Prepaga	59
Capítulo II: Del período de institucionalización a la crisis distributiva del sistema de salud argentino.....	61
Marco político referencial	63
Breve análisis del Sistema de Seguridad Social en la Argentina.....	69
Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).....	71
Superintendencia de administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones (SAFJP).....	72
Capítulo III: Consecuencias del sistema de salud fragmentado sobre la equidad	74
Acciones implementadas en la última década para responder a los problemas de los sectores más vulnerables	78
A modo de conclusión, las cuentas pendientes.....	84
Tiempos de recomposición.....	89
Comentarios finales.....	93
Bibliografía.....	96

Introducción

A lo largo de la historia, el concepto de salud ha evolucionado paralelamente al desarrollo de las sociedades, el mismo ha estado influenciado tanto por las diferentes culturas, como por los sistemas sociales y los niveles de conocimiento. El Sistema de Servicios de Salud, abarca la totalidad de acciones y medidas que se encuentra influidas tanto por la participación de la sociedad como del Estado, cuyo propósito principal es brindar asistencia sanitaria a la población. En tal sentido, el Sistema de Servicios de Salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada sociedad

Un adecuado estado de salud es fundamental para el bienestar humano, pero también lo es para el desarrollo económico y social sostenido de cualquier país, es por ello que en el año 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconociendo la importancia de la interacción de las diferentes esferas del ser humano en su sensación de bienestar, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006).

Desde un marco general podemos ver que los Sistemas de Servicios de Salud, históricamente se han constituido en dos grandes modelos, unos pertenecientes al Estado, y otros que pueden ser tanto del Estado como de agentes privados, y que se caracterizan por ser financiados por medio de alcúotas del salario. En América Latina, la salud considerada como un bien público que concierne a la sociedad en su conjunto, se da desde principio del siglo XX, y se ha caracterizado según Arce (2012: 414) en ser sistemas pluralistas, en el cual coexisten diferentes componentes, entre los que se destacan: a) Los subsistemas de servicios públicos financiados por el Estado; b) los subsistemas de Seguridad Social de origen estatal, financiados por aportes salariales de trabajadores formales y de entes privados; c) subsistemas privados de entidades aseguradores con o sin fines de lucro.

Según éste mismo autor, en el caso particular de la Argentina, encontramos que su característica más relevante ha sido la forma federal de organización del país, que ha generado cierta autonomía por parte de las provincias para el manejo de sus Servicios de Sistemas de Salud. Sin embargo la discusión sobre la salud ha sido un tema de interés nacional abordado desde diversos enfoques, que nos lleva a considerar su estudio desde

una perspectiva multidimensional, que permite la interrelación de dicho concepto con otros bienes como, el trabajo, la vivienda, la educación, los hábitos de vida, y de ingresos; ya que éstos pueden considerarse como aspectos que maximizan el bienestar del conjunto social.

Para poder comprender la conformación del actual Sistema de Servicios de Salud en la Argentina, hay que hacer referencia a lo que fue sus orígenes, que según (Mangiameli, 2006) pueden clasificarse en 4 etapas dependiendo del nivel de concentración o descentralización, y del poder de los actores involucrados, entiéndase Estado, Obras Sociales y los Privados.

- 1) Un primer momento hasta 1945 denominado como un Modelo descentralizado anárquico, donde prevalecía la idea de la salud como una responsabilidad individual, y por lo tanto las instituciones encargadas de brindarlas, la hacían de manera puntual y cortoplacista, con mínima coordinación y prevención. “la función del Estado era marcadamente subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial” (Mangiameli, 2006: 1).
- 2) De 1945 a 1955 el modelo fue centralizado, y se caracterizó por otorgarle la responsabilidad de la salud al Estado, lo cual logró un aumento considerable de la cobertura sanitaria impulsada desde el gobierno central, que se profundizó con una ampliación de construcción de obras públicas sanitarias a nivel nacional, con su respectiva nacionalización, desplazando a las sociedades de beneficencia y asumiendo casi en su totalidad la problemática sanitaria, lo que repercutió en la dependencia por parte del sistema de salud, del presupuesto central.
- 3) De 1955 a 1978 se inicia un nuevo modelo de descentralización del sistema, el nuevo gobierno después del derrocamiento de Perón, asumió la política de transferir nuevamente a las provincias el manejo de las instituciones sanitarias que tiempo atrás había sido otorgada al Estado Nacional, dicha descentralización careció de una correcta planificación y por tanto ha sido catalogada como poca exitosa, trayendo como consecuencia un crecimiento sostenido de las Obras Sociales, que empezaron a cobrar mayor importancia dentro del Sistema de Servicios de Salud.

4) Un nuevo modelo de descentralización se inicia con la dictadura militar, aunque se pone en práctica desde el 78, ésta nueva etapa estuvo orientada por las relaciones financieras entre la nación y las provincias, por la disminución significativa de la participación pública en el área de salud. Para (Mangiameli, 2006: 5) hay dos aspectos básicos dentro de éste periodo “por un lado, los gobiernos provinciales firmantes de los acuerdos con la Nación, eran solo delegados del Poder Ejecutivo nacional durante un período de gobiernos de facto. Por otro lado, en ningún caso existió una compensación presupuestaria por la transferencia de los hospitales públicos que se llevó a cabo como resultado de la presión que ejerció el Gobierno nacional a las provincial que se hicieron cargo de mayores funciones sin recibir recursos”. En materia de salud la vuelta a la democracia en 1983 encuentra un sistema muy deteriorado, que impulsa un nuevo marco normativo, con dos leyes fundamentales la Ley 23.660 de Obras Sociales y la Ley 23.661 de Seguro Nacional de Salud.

El Sistema de Salud argentino se desarrolló desde una forma compleja y corta que se puede resumir de la siguiente manera. Entre 1945 y 1955 prevaleció la planificación estatal centralizada, en el periodo 1955-1970 tuvo lugar el modelo pluralista de planificación descentralizada, entre 1970 y 1990 se consolida y entra en crisis el modelo fragmentado, y en el periodo 1990-2000 prima la desregulación de los mercados de salud. Finalmente, desde 2001 se observan intentos de coordinación federal de la salud pública y un reposicionamiento de la seguridad social (obras sociales, sistema de pensiones y prestaciones sociales).

A diferencia de los países que construyeron su Sistema de Salud, ya sea sobre sistemas públicos de cobertura universal, o sobre la base del financiamiento contributivo en la seguridad social, en la Argentina como vimos, confluyeron el subsector público, el de las Obras Sociales Nacionales, y el del subsector privado.

A nivel jurídico, encontramos que desde 1994 con la reforma de la Constitución Nacional, se logra por medio del artículo 75 inc. 22 darle una forma más específica a la importancia de otorgarle jerarquía constitucional al Pacto Internacional de Derechos,

Económicos, Sociales y Culturales, en donde el tema el reconocimiento a estándares mínimos de condición de vida entran en juego y con ellos las diversas variantes de salud.:

“Art. 75- inciso 22 Declaraciones, Convenciones, y Pactos complementarios de derechos y garantías 22. Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder Ejecutivo nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara. Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional.

UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Es importante destacar en cuanto al derecho de salud en nuestro país, que el mismo adquirió fuerza a partir de la mencionada Ley, ya que se logra un crecimiento sobre las categorizaciones internas así como una clara universalización de los derechos, que implica no sólo una nueva alternativa para la formulación de un sistema de derechos fundamentales, sino en lo particular llega al derecho a la salud, sin embargo no hay que olvidar que toda reforma implica una estructuración jurídica que se puede denominar como externa, pero una interna que suele ser más compleja y que está representada por una estructura interna de los propios servicios de salud y de su significación tanto para el Estado como para la sociedad.

El momento histórico sobre el cual se centrará la presente investigación, hace énfasis al periodo que va desde 1970 hasta el año 2000, debido a que es el momento central de la institucionalización del Sistema de Servicios de Salud, denominado en este trabajo como periodo central. Tomaremos en cuenta algunos aspectos claves de años previos así como también, a los años posteriores con la intención de poder comprender el contexto tanto en el plano social, político y legal, que han permeado considerablemente en lo que actualmente se constituye nuestro Sistema de Servicios de Salud y Obras Sociales.

Dicho periodo central se inicia como vimos en la década del setenta, cuando el Sistema de Servicios de Salud se consolidó institucionalmente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de éste esquema, pasó a ser la única cobertura del sector más carenciado de la población que era también la más creciente y la que no tenía cobertura de la seguridad social. No obstante, el sector público también solía brindar cobertura adicional a los asociados de otros esquemas y personas de ingresos altos (Anlló y Cetrángolo, 2007).

La oferta de servicios públicos para la atención de la salud, de este modo, se convirtió en un programa universal de las distintas jurisdicciones donde no existía normativa que restringiera a los titulares de algún tipo de seguro o a las personas con capacidad de pago a utilizar los servicios públicos de salud. Esto constituía un subsidio indirecto desde el Estado (o mejor dicho, desde los estados provinciales que son responsables por el 90% de los servicios públicos en Argentina) hacia las obras sociales y prepagas (Tobar, 2001).

Con la llegada de la democracia, el gobierno de Alfonsín intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud. Hacia 1987 cuando se discutió la coparticipación federal se incorporó el incremento del porcentaje de distribución primaria en proporción equivalente al costo de los servicios transferidos en 1978 “Ya en la década del ’90 se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se fue debilitando hasta casi quedar ausente. La lógica imperante a partir de ese momento vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasó al mercado” (López, 2006).