
CUADERNOS MEDICO SOCIALES N° 22

Octubre de 1982

CONTENIDO

Políticas estatales y Seguridad Sociedad Social en Argentina Susana Belmartino y Carlos Bloch _____	3
Los medicamentos en la Argentina: un enfoque global Floreal Ferrara _____	23
La Epidemiología como guía para la Política de Salud Milton Terris _____	47

C.E.S.S.
CENTRO DE ESTUDIOS SANITARIOS Y SOCIALES

Asociación Médica de Rosario
España 401
2000 Rosario - República Argentina

Políticas estatales y Seguridad Social en Argentina.

Susana Belmartino ** Carlos Bloch ***

ORGANIZACION GENERAL

Entre las instituciones argentinas, el modelo de cobertura de atención médica en la Seguridad Social es probablemente la que con más frecuencia, en los últimos treinta años ha sido objeto de evaluaciones, cuestionamientos y proyectos de transformación, provenientes de distintos sectores con muy diferente peso relativo en el cuerpo social.

Lo que define dicho modelo es un abigarrado y heterogéneo conjunto de organismos dedicados a la cobertura de riesgos vitales, especialmente el de enfermedad, a través de mecanismos de solidaridad grupal: las "obras sociales".

Modelo "criollo" de seguridad social ha sido llamado (1), y con justicia, pues es el producto de las complejas, profundas y frecuentemente contradictorias transformaciones que sufrió la sociedad argentina en los últimos cuarenta años. Los nuevos roles asumidos por el aparato estatal, las características de la industrialización, su impacto sobre la configuración del mercado de trabajo y la consiguiente estructura del empleo y del ingreso, la expansión y consolidación del movimiento sindical, las transformaciones en la organización y financiación de la atención médica, son procesos que se encuentran indudablemente en la base de su emergencia y explican en parte sus características originales. Sin embargo, una visión más comprensiva de las mismas hace necesario dirigir la atención a las diferentes fuerzas que actúan en el interior de la sociedad y que se expresan en el apoyo a diferentes modelos de desarrollo, pujas por la distribución del ingreso y, en forma general, la lucha por el

acceso al poder político.

Las obras sociales han acusado el impacto de dichas fuerzas a lo largo de su historia, probablemente en mayor o menor grado según el tipo de organización que las caracterice. Las que más frecuentemente se han encontrado en el centro del debate político han sido, sin lugar a dudas, las obras sociales sindicales, recibiendo apoyos y enfrentando cuestionamientos de índole variada según las diferentes coyunturas políticas y los diversos actores sociales implicados en la controversia.

Por consiguiente, para un análisis histórico-político es necesario distinguir, del conjunto de obras sociales, las Obras Sociales Sindicales —que actualmente suman 229 instituciones con más de siete millones de beneficiarios— organizadas y administradas por las entidades representativas del movimiento obrero; las de Administración Mixta, que proporcionan cobertura a 8,5 millones de personas y, agrupando al personal de diferentes organismos y empresas estatales, son administradas por representantes de los beneficiarios y del Estado; Obras Sociales del Personal de Dirección de Empresas (con 1.900.000 asegurados), Obras Sociales Estatales, y las surgidas por Convenio Empresa-Sindicato. Todas ellas integradas al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), creado por la Ley Nº 18.610, actualmente derogada. Fuera del régimen de dicha ley es necesario mencionar, además, las Obras Sociales Provinciales y las correspondientes al Personal de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

En conjunto, 399 instituciones que proporcionan cobertura de asistencia médica y otras prestaciones sociales de diverso tipo a un total de

* Relato presentado en la 34ª Reunión Anual de la "Sociedad Brasileña para el Progreso de las Ciencias" (S.B.P.C.) Campinas (Brasil), Julio de 1982.

** Investigadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (C.E.S.S.), Rosario.

*** Director del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (C.E.S.S.), Rosario.

22 millones de personas, el 85 % de la población del país (para 1978 (2)).

La heterogeneidad y complejidad del conjunto no se limita, sin embargo, a las diferentes administraciones y la diferente sensibilidad a presiones de orden socio-político; existen diferencias importantes en los criterios de agrupamiento de los beneficiarios y la correspondiente efectivización de la solidaridad grupal: en algunos casos por rama de actividad, en otros por jurisdicción administrativa o por pertenencia regional, ubicándose en el último grado de fragmentación las obras sociales por empresa.

También es posible señalar diferencias en los beneficios otorgados, en la forma de efectivizar las prestaciones médicas mediante servicios propios, contratados, o ambos —en los procedimientos administrativos y los coaseguros aplicados. Las más importantes, probablemente, brotan de la disparidad en la disponibilidad de recursos, derivada del número de beneficiarios, el nivel de salarios de los mismos, y la existencia o no de "aportes especiales" provenientes del Estado o de imposiciones específicas sobre determinadas actividades de índole comercial o financiera.

Según la ley 18.610, los recursos financieros de las obras sociales provienen de las contribuciones de carácter obligatorio de la totalidad de la población en relación de dependencia y de los respectivos empleadores, consistentes en un porcentaje de los salarios efectivamente percibidos (3 % y 4,5 % respectivamente, para empleado y empleador). Pueden existir, como ya señalamos, otras fuentes de recursos, o porcentajes mayores a los establecidos por ley pueden surgir de la negociación de los conventos colectivos de trabajo. Esta circunstancia, unida al diferente nivel de remuneraciones de los distintos sectores laborales y las diferencias en el número de contribuyentes por obra social, determinan la existencia de obras sociales con muy diferente capacidad financiera para solventar las necesidades vitales de sus beneficiarios.

Un esfuerzo de alcances limitados por uniformar "hacia abajo" la situación de la población cubierta por el sistema fue la sanción de la Ley 18.610 que instituyó un Fondo de Redistribución destinado a la asistencia financiera de las Obras Sociales que presentaran dificultades para cubrir el monto de sus egresos, y estableció prestaciones mínimas que, en materia de atención médica, debían asegurar a sus beneficiarios todas las entidades adheridas (atención médica en consultorio y domicilio, internación, atención médica de urgencia, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y atención odontológica). La

misma ley afianzó la tendencia hacia la universalización de la cobertura haciendo el sistema obligatorio para todos los trabajadores en relación de dependencia. La ley N° 19.710, que fijó el régimen de contratos con las asociaciones gremiales médicas y las otras instituciones prestadoras de servicios, fue otro importante paso en favor de una mayor homogeneidad en los beneficios que otorgan las diferentes obras sociales.

Las mayores objeciones que se han hecho a este modelo derivan fundamentalmente de la heterogeneidad ya discutida. Aún cuando la extensión de la cobertura se acerca a porcentajes aceptables del total de la población del país, existe acuerdo respecto a fuertes diferencias en el acceso a los beneficios entre las diferentes obras sociales y una muy relativa aplicación del principio de integralidad de las prestaciones, además de marcada desigualdad en relación con la cantidad y calidad de las prestaciones recibidas.

Esta falta de igualdad en los servicios proporcionados se debe fundamentalmente a la atomización del sistema en múltiples organismos de muy diferente capacidad financiera. La consecuencia más grave de la situación planteada sería la ruptura de los mecanismos de solidaridad grupal en perjuicio de los sectores menos favorecidos (3). En efecto, siendo los aportes proporcionales al ingreso y la accesibilidad a los servicios igualitaria, los sectores de mayor ingreso contribuyen a la cobertura de los riesgos vitales para los más desfavorecidos, pero si las dificultades financieras de los organismos en cuyo interior se hace la redistribución obligan al establecimiento de co-seguros o tickets moderadores que funcionan como barreras de acceso a la atención, dicho mecanismo solidario deja de funcionar y la relación se invierte: los sectores de menores recursos realizan un aporte para financiar beneficios que no llegarán a utilizar y que se dirigen hacia aquellos que pueden superar dicha barrera.

En los últimos años, además, la totalidad del sistema sufre una crisis financiera que parece difícil superar dentro de las modalidades de organización vigentes: la caída del salario real y el aumento de la desocupación por un lado, y el creciente costo de la atención médica por el otro, confluyen para determinar que recursos cada vez más escasos deban afrontar erogaciones en aumento. Como consecuencia, el usuario debe efectivizar, bajo la forma de co-seguros, proporciones cada vez mayores del costo de la prestación recibida, produciéndose un éxodo hacia los efectores del sector público de la población carente de recursos para solventar tales erogaciones.

Además, la intensificación de la fase recesiva

que se ha producido en los últimos años, unida a la crisis financiera que determinó el cierre de una importante cantidad de empresas, influyeron sin duda en el crecimiento del sector de trabajadores "por cuenta propia", que actualmente se estima en una proporción cercana al 30 % de la población económicamente activa.

Como consecuencia de dicho proceso, aquellos trabajadores que dejaron de pertenecer al sector asalariado perdieron al mismo tiempo su cobertura de obra social, situación que se refleja en el cuadro I.

Para una correcta interpretación de los datos presentados, provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares, es necesario señalar que, aunque sólo

se dispone de información estadística parcial, para 1978 se estimaba que el 80 % de la población del país estaba cubierto por el Sistema de Obras Sociales. Las cifras del Cuadro I ilustrarían, por consiguiente, una pronunciada contracción en la población dependiente de la Seguridad Social, que había aumentado en muy pocos años en virtud de la sanción en 1970 de la ley N° 19.710, y la consiguiente obligatoriedad de la incorporación al sistema de la totalidad de la población asalariada, para luego reducirse también rápidamente en virtud de las circunstancias de naturaleza económica y social que hemos apuntado.

CUADRO I				
POBLACION ENCUESTADA SEGUN TIPO —DE COBERTURA— 1969 Y 1980				
COBERTURA	AREA METROPO-LITANA 1969	TOTAL	CAP. FED. 1980	CONURBANO
Obra Social	24.9	55.7	56.0	55.7
Doble Obra Social	—	2.3	4.0	1.7
Obra Social y Prepago Privado	1.8	3.5	6.0	2.6
Prepago Privado	17.7	8.5	13.0	6.8
Obras múltiples	—	0.1	0.1	—
Tipo desconocido	1.1	—	—	—
Total Cobertura	45.5	70.1	79.1	66.6
Sin Cobertura	52.6	29.9	20.9	33.4
NS/NR	1.9			
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0
	(N = 6409)	(N = 10570)	(N = 2930)	(N = 1640)

La incidencia de los factores socioeconómicos en el tipo de cobertura de atención médica se evidencia en las cifras referidas a utilización del hospital público y acceso a prepagos privados

según se trate de la población del Conurbano y de la Capital Federal que se muestran en los cuadros 2 y 3.

CUADRO 2

CONSULTAS MEDICAS SEGUN VIA DE FINANCIAMIENTO 1969-1980

VIA	1969	1980		
	Aera Metro- litana	TOTAL	CAP.FED.	CONURBANO
Obra Social	16.1	45.0	47.9	44.8
Prepago Privado	13.2	8.5	14.3	6.1
Sector Público	27.5	14.4	9.9	16.2
Cuenta Propia	43.2	31.5	27.9	32.9
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0

CUADRO 3

EGRESOS SEGUN VIA DE FINANCIAMIENTO. (TODAS LAS CAUSAS) 1969-1980

VIA	1969	1980		
	Area Metro- politana	TOTAL	CAP.FED.	CONURBANO
Obra Social	20.3	49.7	56.3	47.4
Prepago Privado	13.2	9.6	15.2	7.6
Sector Público	40.0	29.9	17.2	34.3
Cuenta Propia	26.5	10.8	11.3	10.7
TOTALES	100.0 (N = 295)	100.0 (N = 573)	100.0 (N = 151)	100.0 (N = 422)

Del conjunto de los datos proporcionados se puede concluir que si bien la financiación de la atención médica por parte de las obras sociales determinó un descenso en la tasa de utilización del hospital público, ese descenso muestra diferencias en las dos áreas consideradas, manteniéndose dicha tasa en niveles de mayor importancia para la población del conurbano, de la que pueden suponerse inferiores condiciones de vida por la radicación en la zona del cordón industrial, muy golpeado por la crisis, y las consecuencias del proceso de erradicación de villas miserias del

Interior de la Capital Federal. La diferente composición en términos socioeconómicos de las poblaciones de las dos áreas consideradas se refleja también en los porcentajes de acceso a los sistemas de prepago privado.

Ha sido muy frecuente, a lo largo de los últimos 30 años, la discusión relativa a las debilidades del sistema de financiación de la atención médica por las obras sociales, y la óptica predominante se ha dirigido a verlo como una etapa de transición que culminará ineluctablemente en un sistema nacional integrado, por lo menos a nivel

del organismo financiador (4).

Esas esperanzas no se han concretado, en parte por la resistencia de los organismos gremiales a ceder o compartir beneficios obtenidos a través de la lucha llevada a cabo frente a los patrones y frente al Estado. En parte, también, debido a los vaivenes de la política argentina que determinaron una marcada inestabilidad de los modelos de desarrollo implementados y un juego pendular entre ideologías que enfatizan la responsabilidad del Estado frente a los riesgos vitales de la población, —defendiendo, por consiguiente, un organismo estatal que actúe como gestor del sistema—, seguidas por el predominio de otras que afirman el carácter subsidiario del mismo, o bien se amparan en la necesaria contención del gasto público para estimular un mayor "laissez faire" frente al problema (5).

Puede, por consiguiente, ser necesario para comprender la real vigencia del sistema de obras sociales, remontarse a la situación social, económica y política imperante en el momento en que comenzaron a generalizarse, y delinear someramente la evolución posterior de las condiciones que modelaron sus características actuales.

CONDICIONES HISTORICAS DE EMERGENCIA DEL SISTEMA

La década del 40 será escenario de profundas transformaciones en la economía y la sociedad argentinas que incidirán de manera significativa en la organización y financiación de los servicios de atención médica.

La propuesta de desarrollo autónomo sustentada por el peronismo suponía una política estatal dirigida a favorecer la consolidación de dos importantes fuerzas sociales: una burguesía nacional que dirigiera y aprovechara el proceso de sustitución de importaciones y un sector obrero que, beneficiado por la política de redistribución positiva del ingreso implementada y apoyada por el Estado, configurara el mercado interno que posibilitaría el crecimiento de la producción industrial. La clase obrera argentina, que ya había demostrado en la década anterior su capacidad de organización y de protesta, ve crecer considerablemente no sólo su poder de negociación, sino también su posibilidad de participación en las decisiones políticas. El Estado, además de intervenir activamente en la esfera económica, refuerza considerablemente su política social, asegurando a los diversos sectores una participación ampliada en el consumo y los beneficios y oportunidades de una sociedad en proceso de urbanización y modernización crecientes (6).

Las políticas sociales implementadas desde el sector oficial, el aumento ponderable de la fuerza de trabajo ocupada en el sector secundario y el terciario, y el importante desarrollo de la organización sindical, determinaron importantes transformaciones en el sistema de atención médica (7).

La característica dominante en la organización de la atención médica hasta ese momento había sido la consolidación de un importante sector privado, al cual acudían fundamentalmente los sectores con capacidad de pago directo, que recibían una medicina de escasa complejidad. En la antípoda, la población de ingresos insuficientes para costear la medicina privada, acudía a los servicios organizados por la beneficencia y el sector público.

En la coyuntura del 40 las exigencias del nuevo sector social incorporado al proceso productivo, que lucha por mejores ingresos, niveles de vida y mayor bienestar, se reflejan también en su preocupación por la salud, y por disponer de servicios médicos que aseguren al grupo familiar una atención médica oportuna y eficiente en cantidad y calidad.

Como expresión concreta de esos reclamos, los diferentes grupos laborales logran el apoyo estatal para la organización de regímenes de atención médica a través de la forma del seguro social. La coincidencia, en un momento histórico determinado, de la necesidad de proveer a la industria de mayores volúmenes de fuerza de trabajo apta para ser incorporada al proceso productivo y el mayor poder de reclamo del sector asalariado, explica el desarrollo creciente de un conjunto importante de obras sociales que cubren las necesidades de atención médica asumiendo el carácter de sistema profesional múltiple.

A diferencia de otros países de América Latina donde el Estado organiza la seguridad social cubriendo un sector de la población económica activa sin que existan diferenciaciones en el seno de los beneficiarios, en Argentina las obras Sociales aparecen como logros parciales de diferentes sectores de asalariados, según su mayor poder de negociación o capacidad de reclamo, y también según la importancia del respectivo sector en el aparato productivo.

Sin embargo, hablar de la década del 40 como punto de partida del movimiento de expansión y consolidación del sistema de obras sociales, no supone negar la importancia que había alcanzado, ya en esa fecha, el mutualismo obrero.

Según la escasa información disponible existían en 1940 en nuestro país cerca de 2000 Mutualidades o "Sociedades de Socorros Mutuos" que cubrían una amplia gama de riesgos, proporcionan-

do en algunos casos asistencia médica, odontológica y farmacéutica, en otros otorgando subsidios para solventar gastos de enfermedad o maternidad, o proporcionar ayuda económica en situaciones de invalidez, desocupación o fallecimiento (8).

El número de afiliados directos, que para esa época superaba el millón de personas, permite suponer una población cubierta cercana a los cuatro millones—sobre un total de 14 millones de habitantes— que de esa manera encontraba protección frente a los riesgos vitales a través del mecanismo básico de la solidaridad grupal. Es imposible determinar qué proporción correspondía, en esa cifra, a las familias de obreros y trabajadores asalariados, pero no resulta aventurado suponer que debía ser importante.

En efecto, aunque las primeras formas del mutualismo habían estado relacionadas en Argentina con el aporte migratorio europeo, organizándose en base a colectividades, también tuvo temprana expresión la solidaridad gremial a través de instituciones como la Sociedad de Socorros Mutuos "San Crispín", que en 1856 agrupa a los zapateros y "La Tipográfica Bonaerense", organizada poco más tarde.

También el movimiento social cristiano hace sentir su influencia con la creación en 1892 del Primer Círculo Católico de Obreros, destinado a proporcionar asistencia social y capacitación a los trabajadores y sus familias.

A partir de estos primeros ensayos el movimiento mutual cobra fuerza y en 1910 se cuentan 560 asociaciones, algo más tarde, en 1927, su número llegaba a 1.141, con 552.986 afiliados, según los datos del respectivo Censo.

Estos primeros movimientos solidarios de apoyo mutuo entre pequeños trabajadores independientes, empleados y obreros de los diversos sectores productivos y de servicio, muy similares en su orientación y objetivos en sus inicios, comenzarán a diferenciarse cuando los grupos asalariados logren incorporar, junto al aporte de los beneficiarios directos, la contribución de los respectivos empleadores. Y ese es, precisamente, el elemento diferenciador que señala, en la década del 40, el origen de las obras sociales.

El referente a nivel político de este proceso debe buscarse, como ya dijimos, en el grupo que toma el poder en 1943 y la nueva orientación acordada al Estado y a su política social.

De este grupo, por lo menos una fracción—la que se nuclea en la Secretaría de Trabajo y Previsión, creada en ese mismo año— estaba decidida a implementar una política de captación de los sectores populares, satisfaciendo sus aspiraciones a mayores niveles de consumo y utilizando

su fuerza política para apoyar un programa de desarrollo industrial destinado al mercado interno.

La necesidad de armonizar intereses entre capital y trabajo, y de atenuar las tensiones sociales emanadas del proceso de urbanización e industrialización, señala los cauces de la acción mediadora del Estado. Sus nuevas funciones en la esfera de las relaciones de producción se expresarán prioritariamente en la Secretaría mencionada, organismo destinado a encauzar el nuevo movimiento político-social.

En ese ámbito se produce una serie de disposiciones, destinadas a reglamentar el funcionamiento de la solidaridad grupal de los organismos gremiales, para dirigirla hacia la previsión y la asistencia, con el apoyo y bajo el control del Estado.

Con miembros de la misma Secretaría y bajo la supervisión directa de la Vicepresidencia de la Nación, ocupada en ese momento por el entonces coronel Perón, se crea en 1944 la Comisión de Servicio Social, encargada de "propulsar la implantación de servicios sociales en los establecimientos de cualquier ramo de la actividad humana donde se presten tareas retribuidas" (Decreto nº 30.655 del 14/XI/44, art. 1º).

La creación de dicha Comisión es aceptada corrientemente como punto de partida de la organización de las obras sociales sindicales. Los servicios sociales "mínimos" cuya implantación debía estimularse en las diferentes empresas eran: atención médica gratuita, atención farmacéutica a precio de costo; baños fríos y calientes al término de la jornada, suministro de artículos de primera necesidad a precio de costo, cocina y comedor para uso del personal y campañas para evitar accidentes de trabajo (art. 49). Los mismos podían también ser proporcionados por "la organización mutualista o cooperativa del personal".

Ante la imposibilidad de rastrear exhaustivamente el origen de las diferentes organizaciones sindicales de obra social, es posible suponer que los distintos grupos sindicales "negociaron", en los respectivos contratos colectivos de trabajo, el apoyo patronal para la cobertura de algunos servicios prioritarios, en particular los de atención médica.

En el mismo sentido se orienta la acción estatal, estableciendo la obligatoriedad del examen de salud anual de toda la población afiliada al Instituto Nacional de Previsión Social (Decreto nº 30.656 del 15/XI/44). En el respectivo decreto se afirma la necesidad de velar por el bienestar de las clases económicamente débiles estableciendo "un régimen de previsión que los proteja frente a los riesgos de enfermedad, maternidad, enfermedades profesionales y accidentes de trabajo,

desocupación, invalidez, vejez o muerte. . ."

Paralelamente, a través de una serie de decretos y leyes, la administración nacional comienza a organizar servicios sociales para el personal de su dependencia.

Entre los primeros beneficiarios se cuenta el personal ferroviario: el decreto Nº 168 del 7.I.44 declara obligatoria la contribución de las empresas y sus dependientes para el fondo de asistencia y previsión social de las entidades sindicales reconocidas. Con fecha 17 de abril del mismo año se crea la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios. En los considerandos del decreto (Nº 9694/44) se señala además la necesidad de dejar establecida la incorporación voluntaria al nuevo organismo de "todas las mutualidades existentes en el país al servicio del personal ferroviario, para reunir en el mismo la dirección y administración de la asistencia y previsión social a dar al gremio, en busca del mejoramiento de su potencial humano y para una mejor convivencia social en el medio".

También había sido el gremio ferroviario el primero en ser el beneficiado con una Caja de Jubilaciones propia, lo que no puede extrañar si se considera su temprana organización y la importancia del ferrocarril en la conformación del mercado interno argentino.

A lo largo del gobierno peronista el sistema se generaliza en la Administración Pública Nacional beneficiando al personal del Ministerio del Interior (Decreto Nº 41.321/47), del Congreso Nacional (ley Nº 13.265/47), la Municipalidad de Buenos Aires (D.Municipal Nº 12.071/48), el Ministerio de Agricultura y Ganadería (Decreto Nº 18.909/48), el Consejo Nacional de Educación (Decreto Nº 39.715/48) y la Secretaría de Trabajo y Previsión (Decreto Nº 18.484/48).

Más tarde, ya en la década del 50, se incorporará a los beneficios del sistema el personal de la Aeronáutica, el Ejército, la Presidencia de la Nación, el Ministerio de Asuntos Económicos, la Secretaría de Comunicaciones, la de Comercio Exterior, etc. Para la misma época se organiza la Dirección de Servicios Sociales para Bancarios, la correspondiente a los trabajadores de Seguros, Reaseguros, Capitalización, y Ahorro la Industria del Vidrio y el personal de los frigoríficos estatales y privados.

De este modo se configura una suerte de mosaico con organismos de diferente importancia en cuanto al número de beneficiarios y la cantidad de los recursos obtenidos. La igualdad no rige siquiera para el personal del Estado, por el diverso monto de los aportes y la existencia de contribuciones especiales que benefician a determinados

gremios. De este modo las organizaciones con mayor capacidad financiera logran brindar a sus beneficiarios una atención médica satisfactoria e incluso, en algunos casos, desarrollar su propia capacidad instalada y disponer de servicios propios, especialmente en la Capital Federal. No ocurre lo mismo con los organismos sindicales de menor peso numérico o gran dispersión geográfica, que no disponen de recursos suficientes para costear en forma adecuada la atención médica de sus afiliados.

Con mucha frecuencia se ha señalado, en el análisis de la evolución de la atención médica en Argentina, la posible contradicción existente en el curso del primer gobierno peronista entre el importante incremento de la capacidad instalada del Estado y el estímulo a la organización de obras sociales con servicios propios. Dicha contradicción posiblemente no hace más que reproducir, a nivel de la atención médica, la ambivalencia existente en el régimen peronista entre la tendencia a la expansión y centralización estatal y la necesidad de estimular, y al mismo tiempo controlar, la movilización de las organizaciones populares.

De todos modos, esa contradicción desaparece con la caída del peronismo, en 1956. A partir de ese momento, las fuerzas sociales que controlan el poder del Estado ponen en práctica una política económica de muy diferente signo, destinada a limitar la actividad del sector público en la esfera económica y a modificar los efectos de la política redistributiva de ingresos implementada por el gobierno derrocado.

Una serie de planes de estabilización destinados a contener la inflación y a paliar el déficit de la balanza de pagos determinan la contracción del gasto público y el salario real—considerados elementos determinantes del proceso inflacionario— produciendo la caída de la demanda interna de bienes y servicios y la limitación de las políticas sociales aplicadas por el Estado (9).

El sector salud se ve afectado por las consecuencias de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto en salud 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. Salvo en períodos excepcionales que pueden delimitarse con exactitud, la tendencia dominante desde 1956 a la actualidad conduce a desvincular al Estado de su responsabilidad como garante y financiador del derecho de la salud.

A nivel de la estructura económica, al agotamiento de la etapa "fácil" de sustitución de importaciones, destinadas a bienes de consumo masivo,

sigue una etapa de inversiones dirigidas a la producción de bienes de consumo duradero, bienes intermedios y bienes de capital. Se trata de industrias fundamentalmente capital-intensivas que producen una distorsión en el mercado de trabajo donde empiezan a advertirse índices crecientes de desocupación. Parte de la mano de obra excedente es absorbida por el sector público y los servicios, en ocupaciones con muy diferentes niveles de productividad y remuneraciones. La heterogeneidad en las condiciones de trabajo de los diferentes sectores asalariados refuerza, seguramente, el particularismo y la fragmentación que se encuentran en la base del sistema de obras sociales (10).

EL SEGURO NACIONAL DE SALUD COMO LINEA DOMINANTE A NIVEL DOCTRINARIO

Mientras el Estado acepta o rechaza, según las coyunturas, su responsabilidad por las condiciones de salud de la población y ésta se atomiza en múltiples organizaciones destinadas a proporcionar cobertura para los gastos de atención médica, a nivel doctrinario se continúa insistiendo en la necesidad de la implantación de un Seguro Nacional de Salud.

Esta línea de pensamiento tiene antecedentes bastante remotos en el tiempo. Ya en 1917 Augusto Bunge presenta ante la Cámara de Diputados de la Nación un proyecto de ley sobre Seguro Nacional de Salud (11).

La iniciativa no es sancionada, alegándose la escasa disponibilidad de médicos en el país. Presentada nuevamente en 1927, corre idéntica suerte. La situación parece diferente en 1936, cuando el mismo Bunge defiende su proyecto ante el Primer Congreso Argentino de Medicina Gremial y Social. Se habla entonces de "plétora médica". Sin embargo, se aclara de inmediato, esa plétora es relativa a la capacidad económica de la población para solventar el gasto de salud. El seguro aparece pues, como instrumento idóneo para garantizar la tranquilidad de médicos y pacientes.

Bajo el mismo aspecto se lo analiza en el Segundo Congreso Médico Gremial, en 1938 y en el Segundo y Tercer Congreso de Sanidad, reunidos en Santa Fe en 1942. El mismo año, un proyecto de ley Básica de Seguro de enfermedad, desocupación y vejez, presentando en la Cámara de Diputados de la Nación, termina siendo archivado. También Ramón Carrillo, Ministro de salud entre 1946 y 1953 se muestra partidario de un sistema único de seguro, administra-

do y conducido por el Estado, que tendría como principales efectores a las instituciones de salud del mismo Estado (12).

En realidad, la propuesta de Carrillo se acerca en algunos aspectos —responsabilidad fundamental del Estado, médico funcionario— a la posición de sectores minoritarios dentro de la profesión médica que abogan por una completa socialización de la medicina. El ministro peronista, en cambio, considera posible la supervivencia de la medicina privada para los sectores que pudieran solventar su costo.

Paralelamente, el Primer Congreso Nacional de Higiene y Medicina Social, en 1948, el III Congreso Médico Gremial realizado en Córdoba en 1950, y el reunido por la Confederación Médica Argentina en Mar del Plata en 1954, discuten diversos proyectos de Seguro Nacional de Salud, las dificultades para su aplicación en el país y los beneficios que se derivarían de la misma.

En los diez años que transcurren desde la caída del gobierno peronista hasta el derrocamiento del Presidente Illia en 1966, la idea de un sistema nacional de seguro de salud se traduce en multitud de proyectos emanados de organismos estatales o de las diferentes asociaciones médico gremiales. Bajo el gobierno de Aramburu (13) y en los primeros meses del de Frondizi se nombran comisiones encargadas de redactar proyectos ad-hoc, más tarde se crea una entidad específica, el Consejo Federal de Seguridad Social (COFESES), que inicia sus actividades en abril de 1961, con la finalidad de elaborar las bases de un plan de Seguridad Social "que se adaptase a la realidad socioeconómica de la Nación". Dicho Consejo publica varios proyectos de Código de Seguridad Social, que consideran la unificación de las instituciones de previsión y asistencia bajo la conducción de un Instituto Nacional de Seguridad Social. En su tercer Informe Técnico sintetiza de este modo la situación de las Obras Sociales y mutualidades: prestaciones de pobre calidad, parciales o limitadas, remuneración inadecuada al personal médico, maquinaria burocrática asfixiante, gran quebranto económico-financiero (14).

Bajo estas propuestas centralizadoras subyace probablemente la difícil relación entre el Estado y los Sindicatos que sigue a la caída del peronismo, y los diferentes intentos de cooptación del movimiento obrero y debilitamiento de su estructura de poder realizados desde las esferas de gobierno (16).

También en el sector gremial médico se refuerza en esos años la idea de un Seguro Nacional de Salud como instrumento idóneo para defender las

modalidades de la práctica liberal: libre elección del médico por el paciente y pago por prestación. El congreso reunido en San Luis en 1957 considera que obras sociales y mutualidades "no están en condiciones, por razones financieras y técnicas, para atender en forma eficiente la prestación de una medicina integral, asistencial y preventiva, de acuerdo con el progreso técnico y científico de la época. La solución propuesta radica en un seguro de salud "organizado por los médicos" para "evitar que sea objeto de demagogia en manos de los políticos". (17).

El cuerpo médico muestra en esa y otras oportunidades su alarma ante el desarrollo de la capacidad instalada propia en las mutualidades y obras sociales, y la práctica generalizada de retribuir al profesional mediante salario. Múltiples proyectos de seguro de salud se presentan en esos años y la polémica, alentada por una aparente o real actitud receptiva por parte del Estado, trasciende en algunas oportunidades el ámbito gremial y llega a los medios de comunicación de masas.

Paralelamente el CONADE (Consejo Nacional de Desarrollo) realiza la primera evaluación general de las actividades de obras sociales y mutualidades, de la que sólo se conocen datos parciales publicados en 1965 (18). Pese a lo incompleto de la información recogida, algunas cifras relativas a cobertura de asistencia médica pueden servir para mostrar las grandes disparidades en la situación de las diferentes entidades y su repercusión sobre los beneficios otorgados a sus afiliados.

En lo relacionado con el tamaño de las diferentes asociaciones encuestadas, basta mencionar que el 7 0/0 de las mismas agrupaba al 91.2 0/0 de los beneficiarios y el 5 0/0 de las instituciones cubría el 93.1 0/0 del gasto en asistencia médica. Tales cifras podrían resultar engañosas si de ellas se deduce que el número de beneficiarios y el gasto en asistencia médica se encuentran de alguna manera relacionados. La real situación de desigualdad se pone de manifiesto al considerar que, si bien el gasto promedio por beneficiario era de \$ 1.769,40 por año, los valores correspondientes oscilaban desde \$ 71,60 a \$ 2.546,60 por beneficiario, por año, poniendo al desnudo enormes disparidades en la accesibilidad a la atención.

LA POLITICA DE BIENESTAR SOCIAL IMPLEMENTADA A PARTIR DE 1966

Bajo el gobierno del General Onganía, líder de la autodenominada "Revolución Argentina" se produce nuevamente una escisión entre el proyecto de la rama técnica ubicada en la Secretaría de Salud Pública, y la propuesta de Seguri-

dad Social, que se constituye como eje político de un nuevo Ministerio, el de Bienestar Social, que las reúne a ambas. Es probable que la creación de este Ministerio, que separa el área de Previsión Social de la muy conflictiva ubicada en el Ministerio de Trabajo, uniéndola a Asistencia Social y Salud Pública, haya sido un elemento de primer orden en el nuevo esquema de poder.

Salud Pública, liderada por el binomio Homberg-Mondet propone un sistema único, centralizado, y con funciones exclusivamente financiadoras, afirmando:

"El Estado deberá armonizar las fuentes de financiación de la salud actuales, que se encuentran distorsionadas, unificándolas y tendiendo a la creación de un Seguro de Salud para las prestaciones de acción médica integrada, a través del Sistema de Seguridad Social que deberá actuar como ente financiero y no como prestador de acciones (19)."

Dicha propuesta estaba, sin duda, avallada por los informes sobre Obras y Servicios Sociales provenientes del trabajo de dos comisiones designadas al efecto, la "Comisión Coordinadora de los Servicios Sociales Sindicales", designada por decreto 2.318/67 y la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales" nombrada por la ley 17.230 del mismo año, que dirigió su actividad a los organismos estatales y para-estatales.

Las conclusiones de ambas comisiones son unánimes al menos en un aspecto. Dice el informe presentado por la primera: "Existe una gran atomización de obras y servicios sociales sindicales. . . Cada gremio ha ido montando sus propios servicios sociales y, a su vez, en aquellos con menor grado de centralización, cada seccional organizó su propia asistencia local. . . Dichas circunstancias no han sido modificadas mayormente por lo que hoy presentan las Obras Sociales una deficiente estructuración y coordinación lo cual debe tener, evidentemente, su incidencia en cuanto al aprovechamiento de los recursos y esfuerzos" (8,p.46).

Más contundente aún, el informe de la segunda Comisión expresa: "Desde esta perspectiva, es indudable que los logros obtenidos son desalentadores y el grado de satisfacción de las expectativas creadas a los cotizantes del sistema son tan variadas, como variables son los niveles de eficiencia con que los distintos organismos han cumplido sus finalidades sustanciales.

Las notables diferencias observadas tanto en lo referente a las obligaciones como a los derechos de los afiliados, evidencian una vulneración de los principios de igualdad de oportunidad y justicia distributiva, aceptados universalmente como fundamento de todo el sistema de Seguridad

Un acápite importante en el informe sobre Obras Sociales Estatales se refiere al efecto distorsionante de las contribuciones realizadas por el Estado:

"La contribución del Estado actúa en sentido negativo, lesionando el ejercicio de una política salarial justa, ya que al financiar en mayor o menor grado las diversas prestaciones o beneficios que las instituciones brindan a sus afiliados, aumenta o reduce los salarios reales de importantes grupos de beneficiarios. Los montos de estas sobre asignaciones alcanzan diferencias significativas, con la particularidad que benefician —en general— a los grupos de mayores ingresos relativos".

La exactitud de la apreciación queda de manifiesto si se observa que, según los datos proporcionados por el informe, la contribución estatal oscila desde \$ 73.248 por afiliado directo para Segba y \$ 68.746 para Y.P.F., hasta \$ 388 para Dosme y \$ 290 para la Asociación de Maestros de Corrientes. También en el caso de las obras sociales estatales o mixtas los beneficios alcanzados dependían, pues, del grado de movilización del gremio y de su posibilidad de presión, actuando el Estado, en este caso como un empleador más.

En la misma creación de la Comisión Nacional de Obras y Servicios Sociales se comprueba la adopción por parte de Salud Pública del proyecto unificador.

El art. 3º de la ley respectiva establecía, entre las funciones de dicha Comisión, la elaboración de un proyecto que permitirá "la Integración de los actuales organismos dentro de un sistema coherente y homogéneo". Afirmaba el Dr. Holmberg en la fundamentación de dicha ley: "Esos organismos —los servicios sociales estatales y para estatales— se financian en su mayor parte con aportes de los agentes y del Estado, pero sus modalidades en cuanto a formas de ingresos, cobertura, prestaciones, aportes y administración, son tan dispares, que en definitiva se ha institucionalizado un sistema de enervante injusticia que premia y castiga indiscriminadamente a importantes núcleos humanos".

Mientras esa secretaría elabora y fundamenta un sistema de cobertura de riesgos de salud basado en la centralización de los aportes en un organismo financiador, como única manera de superar la anarquía existente, sus colegas de Seguridad Social efectivizarán el respaldo jurídico al sistema plural mediante la sanción de la ley N° 18.610 de 1970.

En el mensaje que acompañaba al respectivo proyecto se reconoce la "difícil situación existen-

te en materia de Obras Sociales" y "las dificultades financieras de muchas de ellas tanto estatales como sindicales, debido a los escasos recursos con que cuentan para solventar las prestaciones que otorgan a sus afiliados". Se afirma también que "uno de los mayores problemas que se observa en las áreas de competencia de este Ministerio, y especialmente en el campo de la salud, consiste en la dispersión de esfuerzos y de inversiones sin que exista una adecuada integración o complementación para aprovechar mejor la capacidad instalada y las posibilidades financieras". "Sin embargo", continúa la propuesta, "no se ha querido alterar la estructura actual de nuestro sistema de obras sociales. Para ello se ha tenido en cuenta que las obras sociales sindicales poseen una ya larga tradición en el país, y por encima de inconvenientes transitorios sufridos por muchas de ellas, desarrollan una tarea de Indudable trascendencia para asegurar el bienestar de sus respectivos afiliados".

Se opta, pues, por no provocar una ruptura con las organizaciones de trabajadores, manteniendo el sistema múltiple, y al mismo tiempo se las coloca bajo el control del Estado, a través de la penetración de sus funcionarios en organizaciones hasta ese momento privativas del movimiento sindical.

Por las disposiciones de la ley se refuerza el poder económico y político de los gremios, determinando la obligatoriedad de la afiliación al sistema de obras sociales de todos los trabajadores en relación de dependencia, y generalizando en forma similar la contribución patronal. Pero ese proceso se coloca bajo la supervisión de un organismo del Estado, el INOS, con muy amplias facultades fiscalizadoras y reguladoras del conjunto.

Para integrar el contenido de esta ley en la respectiva coyuntura socio-política es necesario no sólo relacionarla con el papel otorgado a los líderes sindicales y al movimiento obrero en el proyecto del gobierno militar, sino también entenderla como expresión de una nueva dinámica en las relaciones entre Estado y Sociedad.

Durante los primeros años de la Revolución Argentina, en especial a partir del ingreso de Krieger Vasena en el Palacio de Hacienda, se intentó dar un impulso modernizante a la economía mediante la consolidación del modelo de capitalismo dependiente que venía gestándose desde 1955, con el predominio de los sectores monopólicos en el liderazgo del crecimiento industrial (20).

Para vigorizar el estilo de desarrollo elegido era necesario asegurar formas coherentes de vinculación entre los centros de decisión empresariales y las instancias de poder en el gobierno, de manera de superar definitivamente las recurrentes crisis

políticas que sacudían a la sociedad argentina desde la caída del gobierno peronista.

La afirmación del nuevo sistema de poder suponía la exclusión política de los partidos tradicionales, el debilitamiento de la rama legislativa, y una particular extensión de las funciones del ejecutivo, reforzado por la alianza de las Fuerzas Armadas con una Tecnoburocracia en la que se integraban asesores y representantes directos del gran capital. Un tercer participante potencial de la alianza, la Burocracia Sindical, no llegó a incorporarse plenamente, pese a su indudable vocación negociadora, en razón del conflictivo papel que le obligó a jugar su condición de intermediaria entre sus representados y el poder estatal (21)

En efecto, uno de los pilares del proyecto Onganía - Krieger Vasena era la exclusión política y económica del sector popular, un congelamiento de sus reivindicaciones específicas, por lo menos en un primer período en el que el énfasis debía ponerse en la acumulación, para luego dar lugar a una distribución regulada de la riqueza y el poder previamente acumulados. En tal esquema, la Burocracia Sindical debía funcionar como mecanismo de contención de la movilización popular.

En 1967 se liquidan las convenciones colectivas y los líderes sindicales pierden toda influencia en el mercado de trabajo. Sus reivindicaciones sólo pueden dirigirse a partir de ese momento a problemas mutuales o asistenciales. De este modo, y hasta 1969, el sindicalismo tiene un papel subordinado y debe negociar las concesiones que el régimen decida otorgarle.

Es posible suponer que en esta coyuntura se esboza el proyecto de ley de Obras Sociales sancionado más tarde, en 1970, bajo el N° 18.610. En el momento de la sanción de la ley la presión del descontento multisectorial habría minado las bases de la alianza en el poder y se estarían buscando nuevas formas de equilibrio pero, seguramente, el proyecto en sí mismo data de una época anterior, cuando todavía se vislumbraba como posible el éxito del modelo modernizante basado en la consolidación del capitalismo dependiente.

En ese momento, su doble rol de negociadora de las condiciones de trabajo y representante política de la clase trabajadora coloca a la Burocracia Sindical en una posición ambivalente, resultante de su fuerte dependencia respecto del poder político y su debilidad ante las sanciones de un Estado autoritario que monopoliza el uso de la fuerza y no vacila en utilizarla como mecanismo de coerción. Las armas del Estado para lograr el sometimiento de las organizaciones sindicales pasan por

el uso directo de la fuerza, la intervención por sus funcionarios o el bloqueo de sus fondos, y el consiguiente ahogo económico. La ley 18.610 refuerza este "momento" del poder, transformándolo de excepcional en potencialmente permanente. Efectivamente, a partir de las funciones encomendadas al INOS, la intervención de los funcionarios del Estado en los organismos sindicales de obras sociales se transforma en un "procedimiento normal" que podrá funcionar como mecanismo de control de posibles "desbordes" o "demandas intempestivas".

Se llega, de este modo, a ese nuevo modelo de relaciones entre Sociedad y Estado que mencionábamos más arriba: El proyecto corporativista del gobierno militar suponía un doble eslabonamiento de los contactos entre Sociedad y Estado: por un lado la integración de los niveles de decisión de representantes de las organizaciones corporativas de la burguesía, por el otro, la penetración de los aparatos del Estado en las organizaciones representativas del sector popular de manera de controlar la emergencia de procesos contestatarios.

Se trata de nuevos roles asumidos por el poder político en las sociedades modernas, especialmente a partir de la crisis económica de los 70, destinados a asegurar el mantenimiento de la tasa de beneficio y la reproducción de la fuerza de trabajo, a la vez que a generar una perspectiva ideológica de preocupación por el bien común. De este modo, el Estado no se limita a implementar políticas de salud, bienestar, vivienda, educación, etc., ni a regular mediante su poder normalizador las actividades de la sociedad civil en estas áreas; sino que extiende la penetración de sus organismos en las instituciones que desarrollan dichas actividades, produciendo una redefinición de las esferas de lo público y lo privado y nuevas modalidades de articulación con partidos y sindicatos.

El mismo período brinda otro ejemplo de esta función reguladora y legitimadora asumida por el Estado: nos referimos a la sanción de la ley N° 19.032, por la cual se otorgó una generosa cobertura de atención médica a todo el sector pasivo, circunstancia inusual en los modelos de Seguridad Social adaptados en nuestro país y en América Latina.

El nuevo sistema P.A.M.I. (Programa de Atención Médica Integral) que cubre a la totalidad de los jubilados y pensionados del Sistema Nacional de Previsión (un 11 % de la población total) se inspira en las Health Maintenance Organizations de los EEUU y en el modelo inglés del General Practitioner, estableciendo por un lado al médico de cabecera con una población a cargo, retribuido

por cápita, y por el otro, el convenio con sanatorios privados para las prestaciones de mayor complejidad, especialidades e internación, también retribuidas por una cápita global. La financiación del sistema se realiza con aportes del sector pasivo, un aporte especial de la población activa y partidas especiales que vota el Estado en situaciones determinadas.

La medida tuvo un profundo contenido político pues se estaba en pleno proceso preelectoral, y era de fundamental importancia el logro del consenso para los candidatos que representaban la continuidad del modelo político de la Revolución Argentina, entre los que se contaría el Ministro de Bienestar Social y principal promotor del proyecto, Sr. Manrique.

Otras consecuencias, menos directamente relacionadas con la coyuntura política pero igualmente importantes para el proyecto global, fueron la ampliación del mercado consumidor de atención médica, con la incorporación de sectores hasta ese momento excluidos del modelo de atención dominante, y un señalado aumento en el consumo de medicamentos cuyo impacto sobre la industria farmacéutica es fácilmente perceptible si se considera que el 50 % del gasto total del sistema P.A.M.I. corresponde a dicho rubro.

Otro ejemplo de intervencionismo regulador en ámbitos hasta ese momento exclusivos de la Sociedad Civil lo brinda la sanción de la ley Nº 19.710, que regula las relaciones entre las obras sociales y los prestadores de atención médica, estableciendo las formas de retribución, las modalidades para convenir aranceles, y un mecanismo de concertación para los casos en que no se llegue a acuerdos. Los profesionales médicos, que muy poco tiempo antes habían reafirmado su convicción en la vigencia de los principios de la práctica liberal, considerando "irrenunciable su derecho a fijar sus honorarios privados y la variante de éstos, como son los aranceles para las Obras Sociales y Mutualidades" y por consiguiente "improcedente cualquier intromisión que, interfiriendo en las relaciones entre las partes contratantes dificulte el diálogo armónico entre las mismas" (21), recibieron con desconfianza el nuevo sistema. Sin embargo, el transcurso del tiempo demostró que la práctica de contratación con obras sociales permitiría la supervivencia de las modalidades liberales de ejercicio, e incluso posibilitaría la incorporación masiva de tecnología y aumentos indiscriminados en los costos de atención.

En el balance de la nueva legislación, magros resultados pueden contabilizarse para la acción desarrollada por el INOS en relación a sus objetivos prioritarios, referidos al logro de una mayor

por cápita, y por el otro, el convenio con sanatorios privados para las prestaciones de mayor complejidad, especialidades e internación, también retribuidas por una cápita global. La financiación del sistema se realiza con aportes del sector pasivo, un aporte especial de la población activa y partidas especiales que vota el Estado en situaciones determinadas.

Entre los objetivos parciales logrados en ese terreno es necesario mencionar la promoción de Asociaciones de Obras Sociales Provinciales, en particular a partir de la creación de Policlínicos destinados a la atención de sus beneficiarios. De este modo se organizan la Asociación Neuquina de Obras Sociales (ANDOS) la Asociación Tucumana de Obras Sociales (ATOS), y organizaciones similares en San Juan (ASOS), Mendoza (ISMOS), etc. A este respecto, un relevamiento publicado por el INOS en 1974 registra la existencia de 16 Asociaciones de Obras Sociales para todo el país. (24).

El mismo informe, sin embargo, señala en su diagnóstico de la situación existente entre las instituciones incorporadas al sistema nacional, la continuidad de la situación anterior a 1970: "marcada heterogeneidad dimensional demográfica con significativa proliferación de gran número de obras sociales con muy escaso número de beneficiarios y correlativa heterogeneidad en lo referente a ingresos". Con relación a la disparidad relativa al número de beneficiarios el mencionado informe registra que un 20 % de las obras sociales reúne el 87 % de los beneficiarios mientras en el otro extremo de la escala, el 50 % de las instituciones otorga beneficios al 2 % de la población cubierta.

La disparidad a nivel de la relación entre beneficiarios y recursos se expresa a través de la discriminación por tipo de obra social: las estatales conforman un conjunto que cubre el 10 % de las obras sociales, con el 9 % de los beneficiarios y el 19 % de los recursos, en las mixtas los porcentajes son respectivamente 4 % de las instituciones, 38 % de beneficiarios y 48 % de recursos, mientras la relación más desventajosa se encuentra en las obras sociales privadas (que reúnen obras sociales sindicales, por convenio empresa-sindicato y de personal superior). Se trata del 86 % de las instituciones, que otorga protección al 53 % de los beneficiarios del sistema y cuenta sólo con el 33 % de los recursos del mismo. Porcentajes globales que, siendo bastante elocuentes, ocultan disparidades aún mayores entre las diferentes instituciones.

SINDICATOS Y SALUD BAJO EL TERCER GOBIERNO PERONISTA

La diversidad de proyectos de reorganización del sector salud emanados de diferentes núcleos organizativos del movimiento sirven para poner en

evidencia, una vez más, la heterogeneidad de su conformación, las pujas sectoriales que dificultaron su unidad y el peculiar momento político configurado por el paso del Dr. Cámpora por la primera magistratura del país (25).

El ala izquierda del movimiento, que constituyó uno de los principales soportes políticos del camporismo, se expresó en la propuesta del Consejo Tecnológico, que considera al Estado "responsable de asegurar el acceso a la salud en forma gratuita e igualitaria a través de un Sistema Unico Nacional de Salud que incluya a todos los recursos humanos, materiales y financieros del sector" (26).

Se expresa de ese modo una nueva corriente entre los sanitaristas argentinos que defiende la unificación del sistema de salud en base a la idea de "Servicio", como sistema integrado en manos del Estado Nacional. Se abandona la idea de "Seguro" anteriormente dominante en el terreno doctrinario, y los mecanismos financiadores que le son propios, postulándose la efectivización de la responsabilidad del Estado frente a la salud a través de sus rentas generales. (27).

En el mismo sentido se expresa el Subsecretario de Salud Pública, Dr. Domingo Liotta, al reseñar la futura acción de gobierno en su área específica:

"En política y organización sanitaria sostenemos la necesidad de integrar todos los recursos y servicios en un Sistema Nacional de Salud. Es impostergable el terminar con las soluciones convencionales y los esquemas de una medicina atomizada en múltiples administraciones independientes, cuya carga de ineficiencia la soporta el pueblo asalariado, en especial el de menores ingresos. Es inconcebible que en materia de salud pueda haber una realidad privada y otra pública.

Esta falsa antinomia pública-privada debe ser superada en una reunión de recursos y de esfuerzos que garantice al sistema propuesto una prestación médica integral, suficiente, oportuna y continua. Propiciamos a través de este sistema nacional el ejercicio de una sola medicina con un solo requisito para recibir atención médica: la condición de estar enfermo o necesitar servicios, cualquiera sea la condición económica o la situación geográfica de quien la demande." (28).

Cuando en diciembre de 1973 se eleva al Congreso de la Nación el proyecto de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, el texto del Mensaje que lo acompaña y fundamenta parece defender la misma posición doctrinaria.

"Este proyecto define la función del Estado como garante de la salud y determina, a partir de la postulación del principio de la solidaridad nacio-

nal, su responsabilidad, como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos".

El mismo Mensaje especifica un plazo perentorio para la puesta en marcha del sistema: "El sistema propuesto asume y unifica la planificación, organización, financiación y ejecución de todas las acciones concernientes a Salud, previéndose un plazo no mayor de tres años para implementar el proyecto sin perturbar los servicios y beneficios que actualmente se prestan."

Sin embargo, el articulado definitivo de la ley es contradictorio con la posición doctrinaria explicitada en el Mensaje y expresa el resultado de las negociaciones a que debió someterse el proyecto original en el seno del gobierno. Conforme al texto definitivamente sancionado, el Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.) tiene sólo aplicación obligatoria en el subsector público de los territorios de jurisdicción nacional; Municipalidad de Buenos Aires y Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Las limitaciones en la aplicación no expresan solamente dificultades de tipo jurisdiccional, conforme al art. 3º: "Las provincias y el sector privado relacionado con la salud podrán incorporarse al Sistema por vía de la adhesión, o la firma de convenios, respectivamente".

El proyecto original era integrar de manera obligatoria todos los efectores dentro del Sistema de salud. La oposición cerrada del sindicalismo organizado determinó que en el proyecto definitivo la incorporación quedara librada a la voluntad de los interesados, hecho que en la práctica no se concretó.

En el terreno de las propuestas de salud la oposición al proyecto integrador se había manifestado principalmente en dos vertientes: el Comando Tecnológico y el Consejo de Planificación. El Comando Tecnológico defendía la vigencia de la ley Nº 18.610, con una mayor subordinación del INOS al Poder Ejecutivo Nacional, y la ampliación de sus facultades en la determinación, ejecución y control de las políticas de salud (29).

La propuesta del Consejo de Planificación se orientaba en el mismo sentido, abogando por la planificación y coordinación de todos los recursos y subsistemas, bajo la reglamentación, normatización y control del Estado, manteniéndose la individualidad de las instituciones respectivas. (30).

En casi todos los casos, además, la formulación del plan general de políticas de salud está acompañada de una defensa explícita del sistema múltiple y en especial de las obras sociales

sindicales. En primer lugar la C.G.T., a través de su equipo de trabajo en el área de salud, reiteró su posición en defensa de la autarquía jurídica y administrativa de las obras sociales, que consideraba una preciada conquista política. Paralelamente, el INOS, cuando esboza su plan general de acción se propone: "Reducir la heterogeneidad institucional de las Obras Sociales a la estrictamente necesaria para tener en cuenta situaciones pre-existentes que resulte conveniente mantener, sobre la base de que las Obras Sociales sean siempre, institucionalmente, las "organizaciones del Pueblo" (24).

El documento del Centro de Estudios y Planificación Sanitaria Ramón Carrillo, que expresa la propuesta del Consejo de Planificación, afirma:

"Las obras sociales, que constituyen una conquista de las organizaciones sindicales, fundamentadas en la justicia social y la solidaridad, que dan satisfacción a las necesidades médico asistenciales y sociales del trabajador y su núcleo familiar, se verán fortalecidas al integrarse, no sólo porque ampliarán así el espectro de sus prestaciones, sino por la participación activa en la conducción del sistema".

Sería ingenuo suponer que la única y frontal oposición al Sistema Nacional Integrado de Salud provino del sindicalismo. El proyecto tocaba intereses muy poderosos y concepciones muy arraigadas en el sistema de provisión de atención médica vigente. Las empresas médicas privadas, la industria farmacéutica e, inclusive, los profesionales convencidos de las virtudes del sistema liberal, pueden servir como ejemplos de una oposición basada en una amplia diversidad de intereses. Pero el peso de la oposición sindical debe haber sido por lo menos equivalente, si se tiene en cuenta que la rama sindical constituyó uno de los núcleos hegemónicos del sistema de poder a partir de la renuncia de Cámpora y el ascenso de Perón a la presidencia de la Nación.

LA LEY Nº 22.269 Y EL PROYECTO MILITAR DE 1976

El golpe de estado de marzo de 1976 se produce en un momento de profundas convulsiones de la sociedad argentina: crisis económica, crisis política, inoperancia del aparato estatal, imperio de la violencia de todo signo, desorden, anarquía. Todo ese conjunto de problemas, algunos espectaculares, otros profundamente desgarradores para la unidad del cuerpo social, constituían sólo el epifenómeno de una crisis mucho más profunda que intentaría resolver definitivamente

el proyecto económico, social y político implementado por el General Videla y su Ministro de Economía, José Martínez de Hoz (31).

Ante la grave situación emergente durante el gobierno de Isabel Perón, aparece la imposición de un "nuevo orden" asegurado por la presencia de las Fuerzas Armadas en el terreno de la lucha social; orden que sustituye la violencia anárquica de la última época peronista por una nueva violencia, mucho más efectiva; orden que será fundamentalmente un orden coercitivo y estará destinado a asegurar la consecución de un nuevo orden social: nuevo ordenamiento de las relaciones económicas, nuevo ordenamiento de las fuerzas sociales en conflicto.

La organización del poder estatal impuesta por los grupos militares que asumen el control de la situación, constituye una nueva formulación del modelo implementado bajo la Revolución Argentina que ha sido caracterizada por G. O'Donnell como una forma particular de estado capitalista: el Estado Burocrático Autoritario.(30)

Las características fundamentales del tipo de estado que se considera como instrumento adecuado para la puesta en marcha del proyecto serían:

— Se trata de una organización altamente burocratizada, compuesta de una multitud de complejos organismos destinados a intervenir en los diferentes aspectos de la vida social. Un estado netamente intervencionista que utiliza su poder normatizador para modelar, conforme a su proyecto, la totalidad de las instituciones sociales.

— La estrategia de desarrollo aplicada desde el aparato estatal implica en primer lugar una etapa de normalización de las condiciones que dificultan el crecimiento sostenido, particularmente la inflación y el déficit crónico de la balanza de pagos, y una segunda etapa, de reorganización de la estructura productiva: "profundización del capitalismo" que permita una integración más eficiente en la nueva división internacional del trabajo. Para el caso argentino es imprescindible mencionar que los objetivos de la primera etapa sólo se lograron parcialmente, a costa de la emergencia de nuevos problemas entre los que sobresale el desmesurado crecimiento de la deuda externa.

— Configuran sistemas despolitizantes: se pretende reducir las grandes cuestiones sociales y políticas a problemas meramente técnicos, que deben resolverse con criterios de racionalidad y eficiencia. Esa "racionalidad superior" propia de los modelos de funcionamiento del capitalismo central, se encarna en una capa de tecnócratas que asumen posiciones clave en el gobierno y en las asociaciones corporativas que apoyan el nuevo proyecto político.

El cumplimiento de la primera etapa de "normalización" de la economía tenía como uno de sus supuestos la exclusión económica y política del sector popular. Dicha exclusión se efectiviza mediante el control de las organizaciones que pueden encuadrar su movilización, en particular sindicatos y partidos políticos.

Ante la necesidad de desmovilizar el sector popular, controlar cualquier intento de subvertir el orden, bloquear demandas por reivindicaciones específicas, y, por consiguiente, retirarle en forma definitiva los recursos organizacionales y económicos que posibilitan esa movilización, el Estado elabora dos instrumentos encaminados a cumplir dicho fin: la Ley de Asociaciones Profesionales y la de Obras Sociales.

El objetivo manifiesto de la ley de Asociaciones Profesionales (Nº 12.105, del 15.11.7) es debilitar y desmembrar el poder sindical, principalmente a través de la disolución de la C.G.T., que constituyó la organización político-sindical más poderosa en la historia de la clase obrera argentina. Dicha ley, además, estimula la formación de una multiplicidad de entidades sindicales, otorgando "zonas de actuación", prohíbe la coexistencia de personal jerarquizado y no jerarquizado en la misma asociación y, aunque acepta la existencia de federaciones, desalienta su formación. En relación a las autoridades establece un sistema de reelegibilidad limitada y cercena las facultades de las comisiones directivas.

Las entidades sindicales sólo pueden realizar lo que se denomina una tarea gremial pura: es decir, sólo pueden actuar cuando se encuentren en juego cuestiones meramente reivindicativas, no pueden realizar actividades políticas ni tampoco económicas (salvo excepciones, como brindar hotelería o proporcionar créditos, exclusivamente a sus afiliados).

La prohibición de imponer contribuciones a los no afiliados con motivo de la celebración de convenios colectivos que los benefician, implica la pérdida de una importante fuente de recursos. En el mismo sentido obra la disposición que nos interesa más cercanamente: su artículo 9º retira a los sindicatos la administración de los fondos provenientes de la ley Nº 18.610, estatuyendo además, que no intervendrán en la conducción o administración de obras sociales. Dicho artículo pone de manifiesto la intencionalidad política unitaria que se encuentra en la base de la sanción de ambas leyes.

El motivo aducido para efectivizar la medida se explicita en la fundamentación del proyecto de ley de Obras Sociales (Nº 22.269/80) presentado por el Ministerio de Bienestar de la Nación.

En él se expresa la necesidad de implantar "controles eficaces" que impidan la aparición de situaciones irregulares, "traducidas en ausencia total o parcial de prestaciones, falta de adecuada cobertura de importantes sectores de beneficiarios y derivación de los fondos de las Obras Sociales hacia el financiamiento de actividades extrañas a sus fines".

No deja de ser verdad que el importante caudal financiero que manejan algunas obras sociales de envergadura puede constituir un poderoso elemento de propaganda para la actividad sindical pero, sin duda, para ello no era necesario derivar fondos fuera de sus fines específicos. Las prestaciones sociales otorgadas por los sindicatos constituían un elemento de cohesión y de captación de nuevos adherentes, aumentando su poder de convocatoria.

La prueba de que no sólo se trataba de impedir el manejo "irregular" de los fondos se encuentra en la prohibición adicional de organizar mutuales o cooperativas de salud. Es decir, se les niega un derecho tradicionalmente reconocido en la sociedad argentina a cualquier sector deseoso de asegurarse frente a las contingencias vitales a través de formas generalizadas de solidaridad grupal.

Esa prohibición constituye una demostración evidente de que lo que se procura es impedir cualquier tipo de organización de los sectores populares que, a través de reivindicaciones específicas, pueda motivar la politización de los mismos.

Por otra parte, el clivaje producido en la sociedad civil a partir del uso del poder normatizador del Estado para controlar sus organizaciones, casi nunca es unidireccional. Por lo general, cuando se reprime a un sector, se colocan a la vez las bases para promover otros, facilitando el afianzamiento de su poder político o el desarrollo de su capacidad de acumulación.

A ello se dirige el artículo 4º de la ley de Obras Sociales, que brinda a los beneficiarios la posibilidad de evadirse del sistema siempre que puedan comprobar su afiliación a un sistema de pre-pago o seguro privado. Esta disposición no sólo destruye la solidaridad grupal entre los mismos, permitiendo la salida del sistema de aquellos con posibilidad de aportar a un seguro privado y debilitando, por consiguiente, la situación de los restantes. Fortalece, además, el crecimiento de las empresas financieras, de gran desarrollo en los últimos años, que lucran con el financiamiento de los sistemas de pre-pago para la cobertura de salud. De este modo se refuerza la tendencia, puesta de manifiesto en otros aspectos de la vida económica, a favorecer la concentración de capital y privilegiar la especulación en el ámbito financiero.

Por otra parte, la acción del Estado sobre las Obras Sociales no se limita a separarlas de los sindicatos, para privar a éstos de los recursos que el sistema les permitía controlar. Además, se organiza una estructura rígidamente jerárquica, con una particular concentración de poder en los funcionarios encargados de la creación, organización, administración y control del funcionamiento de los nuevos Entes de Obra Social (EOS). Concentración omnimoda de poder que tendrá un doble efecto:

a) suprimirá toda posibilidad de movilización democrática en el interior de las nuevas organizaciones;

b) asegurará, mediante la coerción ejercida sobre el gremio médico integrado al sistema, un mínimo de salud para la población beneficiaria, con el objeto de mantenerla en elementales condiciones de trabajo y prevenir posibles movimientos de protesta por la carencia de un bien fundamental para el ser humano, como es la salud.

En efecto, la nueva ley, aunque sus autores declaran que su intención es sólo superar las deficiencias de la ley 18.610 y complementarla, en realidad ha cambiado totalmente la organización establecida por esa norma y los propósitos declarados en el momento de su sanción, estructurando un nuevo sistema que supone una concentración de autoridad casi absoluta en el nivel central.

El organismo detentador de ese poder es el INOS, entre cuyas atribuciones sobresalen:

— "Definir las prestaciones médico asistenciales básicas que serán brindadas". Tarea que anteriormente correspondía a la Secretaría de Seguridad Social. En el nuevo sistema coincide el ente que debe aplicar la norma y el que la establece.

— Tiene facultad de decisión sobre el fondo de redistribución y sobre la inversión de los recursos provenientes del mismo.

— De su voluntad depende buena parte de las facultades, volumen, estructura, número y competencia de los EOS que se crearán conforme a su decisión.

— Se constituye como "autoridad de aplicación de la ley" con jurisdicción sobre los EOS y las Obras Sociales adheridas. Se trata de un "ente con personalidad jurídica y autarquía" en la jurisdicción del Ministerio de Bienestar Social y en la "órbita de competencia" de la Secretaría de Estado de Salud Pública. Por consiguiente se trata de una persona jurídica de derecho público.

— Sus facultades están definidas de manera muy genérica con la misma imprecisión:

* desarrollo de las prestaciones médico-asistenciales.

* coordinar y controlar el sistema estructurado por la ley.

* coordinar, integrar y supervisar las actividades de los EOS.

* actuar "con competencia específica para aplicar sanciones".

— Además de ser el exclusivo creador de Entes de Obra Social, pues ningún otro organismo o persona privada o pública puede promoverlos o darles vida, sus decisiones son obligatorias para las instituciones así formadas. No sólo regula totalmente su funcionamiento, sino que designa los miembros del respectivo Consejo de Administración: los afiliados y empleadores sólo tienen derecho a proponer una terna.

— Algo semejante sucede con los Síndicos que actuarán en los EOS. Están totalmente subordinados al INOS, puesto que pueden ser removidos en cualquier momento por decisión de dicho Instituto. Esto coloca a los EOS en situación de estar sometidos a una tutela continua, se podría hablar de una "intervención" permanente.

— El INOS tiene, por otra parte, facultad para establecer "contratos tipo" para la concertación de convenios de prestaciones. Aquí se deroga la libertad de contratación, ya que cualquier modalidad que importe la derogación de una pauta, regla o norma del "contrato tipo" deberá ser negociada a través del INOS.

— También puede el INOS establecer los requisitos que deberán cumplimentar las personas o entidades que deseen inscribirse como prestadoras. Esa inscripción les impone la obligación de aceptar el Nomenclador y los valores arancelarios para las futuras contrataciones que serán fijados por el mismo INOS. Además, deberán ajustarse a las normas que, en el ejercicio de sus facultades y atribuciones establezca el mismo Instituto. Es decir, están obligados a aceptar lo que la ley dice ahora y lo que puede llegar a decir el INOS en cualquier momento del futuro.

El cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Prestadores se considera Servicio Público de Asistencia Social, enormidad jurídica que, como decíamos más arriba, tiene por fin asegurar, en cualesquiera condiciones, un mínimo de salud para la población.

A partir de las consideraciones realizadas sobre la ley de Obras Sociales y su inserción en la particular coyuntura histórica por la que atraviesa Argentina, parece sencillo enumerar una serie de objetivos no explicitados que, más allá de su finalidad específica de remodelar el sistema de cobertura de la atención médica en la Seguridad Social, debe alcanzar la nueva ley de Obras Sociales para contribuir al éxito del Proceso de Reor-

ganización Nacional:

* Retirar a los sindicatos uno de sus más importantes canales de obtención de recursos.

* Paralelamente, retirarles la posibilidad de brindar a los miembros de su gremio una serie de beneficios que aumentan el poder de convocatoria de las organizaciones sindicales y la cohesión en el interior de la clase obrera.

* Asegurar a la totalidad de la población trabajadora una cobertura mínima de salud que aleje el peligro de aparición de tensiones referidas a ese terreno. Al mismo tiempo, cerrar toda posibilidad de organización democrática de la comunidad en defensa de sus condiciones de vida.

* Asegurar al sector asalariado con alta capacidad de consumo la posibilidad de optar por una atención más sofisticada y costosa —no necesariamente de mejor calidad —aumentando así la clientela de las grandes empresas médicas.

* Debilitar también al gremio médico, estableciendo las condiciones para que se ahonde la escisión entre un grupo minoritario de empresarios de la salud y el conjunto de los trabajadores, algunos retribuidos mediante salarios, otros relativamente en mejores condiciones, que recibirán los honorarios que puedan pagar las obras sociales con los magros recursos provenientes de débiles porcentajes tomados sobre salarios en franco retraso con respecto al movimiento general de precios.

* Asegurar al capital financiero el desarrollo de una nueva y muy atractiva forma de inversión: los seguros privados de salud.

* Brindar a potenciales nuevos inversores una mano de obra disciplinada y barata, garantizando al mismo tiempo la desmovilización del movimiento obrero, obtenida primero por la represión y la violencia, luego mediante la imposición de formas de organización tendientes a conducirlo a la atomización.

* Liberar 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 la contratación con las obras sociales.

CONCLUSIONES

Françoise Stuedler resume de la siguiente

forma las condiciones que provocan el surgimiento de la Seguridad Social: "La evolución del sistema de salud parece estar regida, por una parte, por las exigencias propias de la estructura económica (el progreso social está vinculado a la política de salud; la seguridad social es un elemento de equilibrio económico, la estructura y la orientación del consumo están vinculados a los mecanismos de redistribución del ingreso nacional y el equilibrio político está garantizado por la supresión de los peligros que las enfermedades representan para aquellos cuyos ingresos son escasos); y por la otra, por la relación de fuerzas que se establece entre los distintos grupos sociales (partidos políticos, sindicatos, grupos de presión) y el Estado, para obtener mejoras en materia de salud. Así se puede considerar que la creación de la Seguridad Social es el resultado de las exigencias del sistema económico y el resultado de la lucha política" (32).

Los elementos a considerar para tener una idea integral de las funciones que cumple la seguridad social serían, conforme a dicha concepción: progreso social, equilibrio económico, estructura y orientación del consumo, equilibrio político, lucha entre los diferentes sectores de la sociedad civil y el Estado.

Respecto al primer punto, el progreso social, el mecanismo sería el siguiente: el creciente costo de la atención médica impide el acceso a sus servicios a amplios sectores productivos de la sociedad, cuyos ingresos no resultan suficientes para pagarlo. El obrero enfermo, marginado del sistema de atención médica, queda también marginado de la producción. Los servicios de salud organizados por mutualidades, sindicatos o el propio Estado, representan el medio de reintegrar al mercado de trabajo a las personas que, por las condiciones en que viven, enfrentan frecuentemente el peligro de disminuir o perder su capacidad laboral; la clase obrera, como advierte Laura Conti (33), ha conseguido defender —desde el punto de vista médico— sus propias condiciones de competencia.

La dinámica de la atención médica aparece así enmarcada e impulsada por las contradicciones propias de la sociedad capitalista. La medicina liberal ve seriamente trabado su desarrollo por el aumento de sus costos, propio de la complejización de la tecnología utilizada y otros factores que no es necesario destacar aquí. El profesional se ve afectado por la reducción del mercado de trabajo que se restringe debido a la creciente tendencia, propia del funcionamiento del capitalismo, a concentrar la riqueza cada vez en menos manos y a empobrecer (al menos relativamente) a sectores sociales cada vez más numerosos. Es así como progresivamente menos personas están en condiciones

de financiar individualmente la atención médica que requieren.

Dicho proceso conduce a la aparición de ciertas formas socializadas de la medicina que permiten mantener la productividad de la fuerza de trabajo y realizar el valor de cambio de la atención médica, con lo cual se restablece, en este sector, el equilibrio económico perturbado.

Respecto al mecanismo de orientación del consumo, el Estado capitalista, en su función de mantener la cohesión de la formación social, está llamado a cumplir un importante papel a este respecto. Desde ese punto de vista se deben entender las dimensiones de las "políticas sociales" destinadas a proporcionar consumos específicos tales como educación, salud, habitación, etc. Su finalidad reside en justificar la desigualdad social como una desigualdad que tiene su fundamento en el plano de la distribución de los bienes de consumo, y por consiguiente, "representan un mecanismo potencial de atenuación de los conflictos sociales, en la medida en que corresponda a una desviación hacia la exclusiva esfera del consumo de los antagonismos identificables a nivel de la producción" (34).

Sin embargo, considerada históricamente, la ampliación de los servicios de salud no ha sido nunca una concesión gratuita del Estado. Desde muy antiguo, los sectores sociales de menores ingresos han incluido en sus plataformas de lucha, reivindicaciones relacionadas con la modificación de condiciones de trabajo insalubres o con la ampliación de la siempre limitada atención médica que reciben.

La Seguridad Social se financia en la mayoría de los países con el aporte de tres sectores: obreros, empleadores, Estado. Por lo tanto, tal como afirma Bronstein (35) "la seguridad social se sigue financiando en su mayor medida por cotizaciones salariales a cargo directa o indirectamente de los asalariados, toda vez que las cotizaciones a cargo de los empleadores, en principio, repercuten sobre los salarios reales o, en última instancia, sobre los precios al consumidor constituyendo los asalariados el principal grupo de consumidores". En lo referente a la contribución del Estado, representa una forma más de subsidio al capital, dado que significa la canalización de fondos públicos, no a la solución de problemas de toda la población, sino de un sector clave de la acumulación capitalista.

Por último, es necesario considerar también los beneficios excepcionales que ciertos grupos profesionales pueden obtener de la Seguridad Social.

Si como resultado de la colectización del

riesgo, el consumo de prestaciones médicas deja de estar limitado por su costo, cada miembro de la comunidad consumirá en adelante de acuerdo a sus necesidades. Esta ampliación de la demanda beneficiará a los sectores prestadores de los servicios en cuestión, médicos, miembros de profesiones paramédicas, servicios hospitalarios, industria farmacéutica, etc., produciéndose nuevamente un reforzamiento de la situación de la medicina privada, en particular de los sectores en mejores condiciones de competir en el mercado de oferta de servicios.

En síntesis: el objeto de la seguridad social es proteger las condiciones de venta de la fuerza de trabajo, liberando al salario individual de sus costos de conservación y reproducción y haciéndolos incidir sobre el salario social. Pero al mismo tiempo, puesto que el sistema tiene su dialéctica interna propia, a través de los mecanismos de redistribución del ingreso que posibilita la Seguridad Social se pretende dar respuesta a las exigencias sociales de mayor bienestar de amplios sectores de la población, incapaces económicamente de satisfacerlas por sus propios medios. Si el Estado no satisficiera esas exigencias aunque sea en forma parcial, se agudizarían las tensiones sociales, con serio peligro de romper el equilibrio del sistema, del que el Estado es responsable.

En lo que respecta a nuestro país, desde las primeras iniciativas grupales de trabajadores y comunidades extranjeras hasta la actualidad, en que el desarrollo de las obras sociales ha llegado ya a la atomización, se recorre un vasto espacio histórico donde las reivindicaciones sociales se concretaron en buena medida a través de la acción del Estado, que las encauzó según los criterios ideológicos dominantes.

Es posible reconocer dos períodos en la evolución de la seguridad social en Argentina: el primero se abre en la década del 40, momento en que cobra impulso la organización de obras sociales, el segundo a partir de la promulgación de la ley 18610 en 1970.

Caracteriza el primer período, tal como hemos dicho, el surgimiento de un grupo importante de obras sociales, al mismo tiempo que se produce el hecho, aparentemente paradójico, de que el Estado, a la vez que estimula la organización de obras sociales gremiales, aumenta considerablemente su capacidad instalada.

Este desarrollo paralelo de los dos sectores, destinados a brindar una medicina diferente a diferentes estratos sociales, durará poco tiempo. Muy pronto el sistema estatal mostrará signos de debilitamiento, que se acentuarán progresivamente. Su característica distintiva parece ser, en nues-

tro país, el desequilibrio existente entre la capacidad instalada y los recursos financieros. El 73 0/0 de la capacidad instalada —cámas— en todo el país corresponde al Estado, el 3,7 0/0 a las obras sociales y mutuales y el 23,3 0/0 al sector privado. Sin embargo, la mayor capacidad financiera pertenece a las obras sociales, que cubren, por lo menos teóricamente, los gastos en salud del 80 0/0 de la población.

Se llega de este modo a una situación en la que el Estado, dueño de la capacidad física, no destina fondos suficientes para mantener y desarrollar el sistema sanitario, lo que trae el inexorable deterioro del material de equipamiento, deterioro que puede atribuirse no sólo a la escasez de recursos, sino también a la ineficiencia y mala utilización de los existentes, y que se evidencia y agrava paulatinamente en los últimos años.

La creciente debilidad del sector estatal, puede considerarse como uno de los condicionamientos que llevaron en la última década al fortalecimiento del sistema de obras sociales, intentándose, al mismo tiempo, organizar y racionalizar la cobertura otorgada por el mismo.

Se abre así el segundo período que hemos mencionado, iniciado a partir de la promulga-

ción de la ley 18.610, que determina la obligatoriedad del aporte de trabajadores y empresarios, y del Estado sólo cuando actúa en carácter de empleador, a las respectivas instituciones, manteniendo el sistema profesional múltiple.

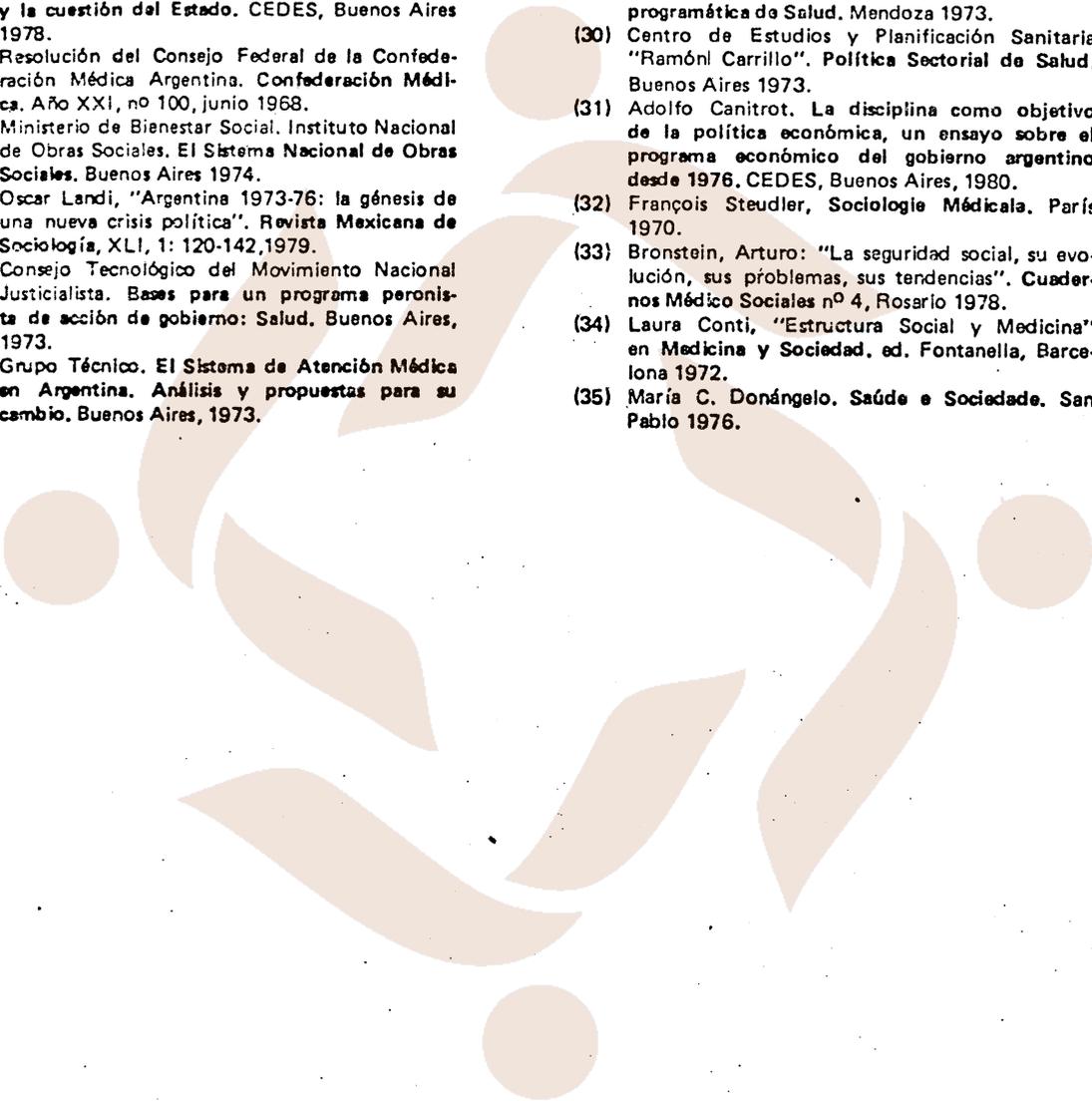
Se consagran así definitivamente las características principales del "modelo criollo de la seguridad social": falta de universalidad, atención médica no igualitaria y un sistema de cobertura que está dirigido exclusivamente a la población económicamente activa, quedando marginados del mismo varios millones de personas con excepción de jubilados y pensionados.

Se debe señalar, además, que en razón de la escasa capacidad instalada propia de tales organismos (aproximadamente el 4 0/0 de las camas del país) el sistema de cobertura se organizó mediante la contratación de servicios a los gremios profesionales y sanatorios particulares. Como consecuencia de ello, el principal beneficiario fue el sistema privado de prestación de servicios que vio así asegurada su supervivencia, amenazada por las dificultades de vastos sectores de la población para acceder a la medicina privada en razón de sus elevados costos.

REFERENCIAS

- (1) Aldo Neri. *Las Obras Sociales*, C.E.S.S., Rosario 1977.
- (2) Confederación Médica de la República Argentina. "La profesión médica organizada y la seguridad social argentina". *Cuadernos Médico Sociales*, 17:53-61, junio 1981.
- (3) Aldo Neri. "Perspectivas de la atención médica en Argentina". *Primer Congreso Argentino de Salud Pública*, Santa Fe, 1972.
- (4) Juan Carlos Veronelli. "¿Hacia dónde va la Seguridad Social Argentina?" *Cuaderno de Salud Pública*. 10:15-53, 1975.
- (5) S. Belmartino - C. Bloch. "La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo". *Cuadernos Médico Sociales*, 14: 5-26, agosto 1980.
- (6) M. Mumis - J. C. Portantiero. *Estudios sobre los orígenes del peronismo*, Buenos Aires, 1972.
- (7) C. Bloch - Z. Quinteros - S. Belmartino. *Estructura y dinámica ocupacional del médico*. Rosario 1978.
- (8) Ministerio de Bienestar Social de la Nación. Instituto Nacional de Obras Sociales. *Las Obras Sociales en la República Argentina*. Buenos Aires, 1972.
- (9) A. Ferrer, M. S. Brodersohn, E. Eshag y R. Thorp. *Los planes de estabilización en Argentina*, Buenos Aires, 1969.
- (10) Marshall, Adriana. *El mercado de trabajo en el capitalismo periférico. El caso de Argentina*.
- (11) S. Belmartino, C. Bloch. "El Seguro Social en el Primer Congreso Médico Social Argentino". *Cuadernos Médico Sociales*, 12:31-41, Mayo 1980.
- (12) Ramón Carrillo. *Obras completas*, Buenos Aires, 1975.
- (13) Consejo Federal de Seguridad Social. *Seguridad Social*, mayo de 1963, enero-abril 1966.
- (14) Consejo Federal de Seguridad Social. *Tercer Informe Técnico*, julio-octubre 1963.
- (15) Marcelo Cavarozzi. *Sindicatos y política en Argentina 1955-1958*. CEDES, Buenos Aires 1979.
- (16) Marcelo Cavarozzi. *Consolidación del sindicalismo peronista y emergencia de la fórmula política argentina durante el gobierno frondicista*. CEDES, Buenos Aires 1979.
- (17) VI Congreso Médico Gremial Argentino. *Confederación Médica*. Año 10 N° 83, enero-junio 1957.
- (18) Consejo Nacional de Desarrollo. *Encuesta preliminar sobre obras sociales y mutualidades (resultados parciales)*. Buenos Aires, 1965.
- (19) Ministerio de Bienestar Social. *Secretaría de Estado de Salud Pública. Conclusiones y recomendaciones de la Tercer Reunión Nacional de Autoridades de Salud Pública*. Mendoza, diciembre 1968.
- (20) J. C. Portantiero. "Clases dominantes y crisis política en la Argentina actual" en Oscar Braun (comp.) *El capitalismo argentino en crisis*. Buenos Aires 1973.
- (21) J. C. Portantiero. "Economía y política en la

- crisis argentina 1958-1973". *Revista Mexicana de Sociología*, XXXIX, 2: 531-566, 1977.
- (22) Guillermo O'Donnell. *Acerca del corporativismo y la cuestión del Estado*. CEDES, Buenos Aires 1978.
- (23) Resolución del Consejo Federal de la Confederación Médica Argentina. *Confederación Médica*. Año XXI, nº 100, junio 1968.
- (24) Ministerio de Bienestar Social. Instituto Nacional de Obras Sociales. *El Sistema Nacional de Obras Sociales*. Buenos Aires 1974.
- (25) Oscar Landi, "Argentina 1973-76: la génesis de una nueva crisis política". *Revista Mexicana de Sociología*, XLI, 1: 120-142, 1979.
- (26) Consejo Tecnológico del Movimiento Nacional Justicialista. *Bases para un programa peronista de acción de gobierno: Salud*. Buenos Aires, 1973.
- (27) Grupo Técnico. *El Sistema de Atención Médica en Argentina. Análisis y propuestas para su cambio*. Buenos Aires, 1973.
- (28) Domingo Liotta. *Bases para un proyecto de Reforma Sanitaria Nacional*, Buenos Aires 1973.
- (29) Comando Tecnológico Peronista. *Propuesta programática de Salud*. Mendoza 1973.
- (30) Centro de Estudios y Planificación Sanitaria "Ramón Carrillo". *Política Sectorial de Salud*. Buenos Aires 1973.
- (31) Adolfo Canitrot. *La disciplina como objetivo de la política económica, un ensayo sobre el programa económico del gobierno argentino desde 1976*. CEDES, Buenos Aires, 1980.
- (32) François Steudler, *Sociologie Médicale*. París 1970.
- (33) Bronstein, Arturo: "La seguridad social, su evolución, sus problemas, sus tendencias". *Cuadernos Médico Sociales* nº 4, Rosario 1978.
- (34) Laura Conti, "Estructura Social y Medicina" en *Medicina y Sociedad*, ed. Fontanella, Barcelona 1972.
- (35) María C. Donángelo. *Saúde e Sociedade*. San Pablo 1976.



Instituto de Salud Colectiva
Universidad Nacional de Lanús