Las políticas de salud en cien años de democracia

Guillermo V. Alonso

Las primeras décadas

Cuando el 12 de octubre de 1916 asumía el primer gobierno radical, dando comienzo al ciclo democrático argentino, la sociedad y el estado ya presentaban actores y lógicas que a partir de entonces enfrentarían nuevos desafíos. La inauguración de una etapa histórica donde el sufragio universal (inicialmente sólo masculino) se constituía en el requisito fundamental para acceder al gobierno, obligaba al Estado a nuevas estrategias de intervención respecto de la cuestión social. Ahora, junto a las intervenciones represivas o a las meramente dirigidas a desactivar el conflicto, los gobiernos debían generar nuevas "efectividades conducentes" que les permitieran renovar periódicamente el apoyo político-electoral de la ciudadanía. La nueva fuente de legitimidad expresada en el voto exigía el desarrollo de políticas públicas que respondieran a demandas y necesidades de la sociedad. Entre ellas, las políticas de seguridad social y también otras, como las de salud, irían poco a poco ocupando un lugar creciente en la agenda de las relaciones estado-sociedad. El procedimiento del voto plantearía al mismo tiempo la necesidad de legitimarse por los resultados, pues son éstos, en tanto políticas públicas, los que conquistan en última instancia el apoyo electoral.

Las transformaciones de la estructura social fueron creando las bases sociales del seguro social y a los actores interesados en políticas de protección social frente a los riesgos de enfermedad, vejez y accidentes; es decir, la clase obrera y las clases medias urbanas. La etapa del modelo agroexportador implicó un desarrollo más fuerte de las clases medias urbanas, aunque con gravitación también de los sectores laborales ubicados en sectores estratégicos de la economía exportadora, tales como ferroviarios y portuarios. Luego, con la industrialización por sustitución de importaciones a partir de los años de 1930 se expandiría y fortalecería la clase obrera industrial. Este ciclo histórico de transformaciones estructurales conformaría las bases de la economía política de la política social argentina durante gran parte del siglo XX.

Ya en las últimas décadas del siglo XIX el Estado, enfrentado a los desafío de las epidemias de cólera y fiebre amarilla, había tomado iniciativas para el desarrollo y cuidado de la salud pública. En 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene. Durante este período el Estado se dedicaría fundamentalmente a la prevención de enfermedades transmisibles, mientras que la atención sanitaria estaba a cargo de las Sociedades de Beneficencia, pero no constituía explícitamente una función estatal. Por el lado de la sociedad civil comenzaron a desplegarse iniciativas tendientes al desarrollo del aseguramiento colectivo voluntario para enfrentar el riesgo de enfermedad. Con el trasfondo del fuerte impacto inmigratorio que estaba transformando a la sociedad argentina, la forma predominante de mutualismo fueron las *asociaciones de socorros mutuos* organizadas en base a la nacionalidad de origen. También surgió un mutualismo de base obrera, pero para la época su presencia era todavía marginal. En 1910, sólo el 10% del total de afiliados al mutualismo correspondía a las mutuales obreras (Isuani y Mercer, 1988).

A lo largo de estas primeras décadas del siglo XX, el sistema de salud argentino comenzó a exhibir rasgos que terminarían marcando una tendencia de largo plazo. El sistema presentaba una realidad heterogénea y desarticulada tanto en el financiamiento como en el desarrollo de distintos agentes prestacionales (hospitales públicos, privados, sociedades de beneficencia, socorros mutuos de comunidades extranjeras y distintas formas de mutualidades). Hasta mediados de los años cuarenta hubo poca regulación del estado, el cual carecía de una política global e integradora para el sistema. Recién con el advenimiento del peronismo se desplegó el proyecto de integrar un sistema único de salud, con un fuerte protagonismo del Estado nacional.

Los años del peronismo: el ascenso del universalismo.

El gobierno peronista desplegó acciones para fortalecer el papel del sector público; tanto en el sentido de la definición de una política de alcance nacional para el sector, para lo cual creó el Ministerio de Salud, como también en su rol de prestador, ampliando fuertemente

la oferta estatal[1] y desarrollando programas de lucha contra diversas enfermedades. Simultáneamente, se daría un salto cualitativo en el desarrollo de las *mutuales* u *obras sociales obreras* durante esa década. Las consecuencias políticas y sociales de la nueva relación entre Estado y sindicatos estimularon la expansión del sistema de obras sociales. En un principio, las obras sociales tendieron a desarrollar capacidad asistencial propia, lo que les permitiría organizarse bajo la modalidad de prestación "directa" al afiliado. Posteriormente, esta modalidad sería desplazada por el predominio de la función de financiamiento.

Cabe reparar en dos características que presentó la década peronista desde el punto de vista de la política de salud. La primera a considerar resulta sin duda incómoda y problemática para el manual de la ortodoxia democrático-liberal. Si la década emblematizada por la figura del ministro Carrillo representó algo así como la "edad de oro" del sistema de salud argentino, ello fue posible porque el gobierno peronista decidió "desobedecer" a la Constitución Nacional. En efecto, como ha sido observado (OPS-CEPAL-PNUD, 2011), el Estado nacional asumió competencias que no habían sido delegadas por las provincias en el pacto constituyente: nacionalizó hospitales, relegó a prestadores privados, desplazó a las viejas sociedades de beneficencia e impuso la planificación estatal centralizada. La impronta decisionista potenció las capacidades estatales para satisfacer necesidades/demandas sociales, y el resultado fue más salud para más personas.

Por otra parte, la acción estatal acompañó el crecimiento en forma paralela del seguro de salud *bismarckiano,* aunque contenido todavía en la periferia del proyecto universalista que encarnaba la política del ministerio de Salud peronista. No obstante, ello implicó un cierto límite al logro de un sistema único de cobertura universal y financiado íntegramente por rentas generales. Una vez que se fuera perdiendo la centralidad de la política y la planificación estatal, comenzaría a instalarse la controversia sistémica entre universalismo y bismarckismo. Pero ello, más que una herencia directa del período peronista, se debió al

[1] A modo de un único indicador: entre 1946 y 1955 el sector público pasó de 63.000 camas hospitalarias a 108.000.

retroceso del subsistema público de salud observado desde la segunda mitad de los cincuenta, lo que llevaría a que las obras sociales fueran ocupando el lugar dejado por el Estado (Alonso, 2000). Y ese fue un camino iniciado con la caída del peronismo. La ley 18.610 de 1970 institucionalizaría esa nueva realidad.

El posperonismo: retroceso del sector público y ascenso del bismarckismo. Ley 18.610

A partir del derrocamiento del peronismo en 1955 los gobiernos posteriores desarrollaron nuevas políticas, siendo algunas de sus principales líneas el impulso a la descentralización de servicios; dando inicio en 1957 a un prolongado proceso de transferencia de responsabilidades a las provincias, que se completaría en distintas fases recién en los años noventa. Otro aspecto relevante de aquellos años fue el progresivo retroceso del Estado como prestador, lo que se observa en la disminución de camas públicas al mismo tiempo que crecía la capacidad de los efectores privados. También comenzó a regularse acerca de la formación de recursos humanos y de medicamentos (OPS y otros, 2011).

Hacia fines de la década del sesenta las obras sociales brindaban cobertura al 26.7% de la población del área metropolitana (Capital Federal y Conurbano bonaerense) (Isuani y Mercer, 1988). La ley 18.610 de 1970 fue el primer intento destinado a regular el funcionamiento de las obras sociales, que darían cobertura a todos los trabajadores en relación de dependencia, e implicó un impulso decisivo en la expansión del sistema. Mientras que en 1967 las obras sociales brindaban cobertura a tres millones y medio de personas, para los primeros años posteriores a la puesta en vigor de la ley 18.610, el número de afiliados había llegado a aproximadamente 16 millones (Marshall, 1988). La nueva legislación fijaba el régimen de financiamiento consistente en aportes y contribuciones de la nómina salarial en forma obligatoria. Junto a estos aportes de los trabajadores activos se agregaba un aporte proveniente de los haberes previsionales, pues también los jubilados y pensionados fueron incorporados obligatoriamente al sistema.

La ley establecía que en el caso de las obras sociales sindicales la percepción y administración de los recursos quedaba a cargo del sindicato con personería gremial, el cual tenía que destinar dichos recursos prioritariamente a las prestaciones de salud. Las obras sociales eran autorizadas a dar prestaciones en forma directa mediante sus propios

establecimientos o en forma indirecta a través de un sistema de contrataciones. Esta última modalidad serviría para dar gran impulso al sector privado, que funcionaría como el oferente real de los servicios, mientras que las obras sociales evolucionarían fundamentalmente como financiadoras. A partir de entonces tendió a desarrollarse una trama de intereses convergentes dentro del sistema entre las obras sociales y el sector de prestadores privados, que en determinadas coyunturas se articularía políticamente constituyendo una alianza sectorial defensiva ante los intentos de reforma promovidos desde el Estado. Éste se había reservado una función de coordinación y control técnico-financiero del sistema mediante la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). En los hechos, sin embargo, el Instituto estuvo lejos de realizar eficazmente su tarea.

La ley 18.610 de 1970 representó la institucionalización del control sindical sobre el sistema de seguro de salud, y desde entonces la cuestión de las obras sociales ocupó un lugar central en la relación Estado-sindicatos. Lo paradójico es que la ley haya sido aprobada durante un régimen burocrático-autoritario contraviniendo las estrategias más generales de *racionalidad técnica* y de *exclusión política* del sector popular características de estos regímenes (O'Donnell, 1972). La dictadura de 1966 había perdido cohesión interna respecto a la política de salud. Belmartino (2010) muestra como en el ámbito de la política de salud se manifestó la tensión entre una visión más tecnocrática, tendiente a la homogeneización y unificación del sistema, y una visión más vinculada a la doctrina social de la iglesia y cercana a los principios organizativos del bismarckismo, o al menos a dar lugar a las "asociaciones intermedias". Sin embargo, fue la abrupta irrupción del conflicto sociopolítico lo que "dirimió" ese diferencia interna, más allá de razones sanitarias.

La nueva ley de Obras Sociales, que establecía la contribución obligatoria de todos los trabajadores y empresarios según rama o sector laboral y la administración sindical de los recursos y de los entes, transfirió un significativo poder a los sindicatos. Por la misma época, se producía la normalización de la CGT y se convocaba a convenios colectivos. Este conjunto de medidas sólo pueden explicarse por el nuevo contexto político signado por la irrupción de la protesta social y la radicalización de los conflictos a partir del Cordobazo. En este sentido, estas medidas constituyeron concesiones a los sindicatos por parte de un gobierno

debilitado (Isuani y Mercer, 1988; Lo Vuolo, 1995; Alonso, 2000) que buscaba desactivar el conflicto político y social.

En el contexto del reflujo del sector público en el sistema de salud, la crisis emergente del ciclo de inestabilidad política y proscripción del peronismo desde 1955 impactó sobre el sistema instalando la centralidad de sus rasgos más *bismarckianos*. Por un lado, ello profundizaría la fragmentación del sistema, confirmando una característica inherente a la lógica del seguro social. Por otro, y a diferencia de las estrategias de integración vertical "desde arriba" propias de una cooptación bismarckiana llevó al empoderamiento económico inusitado de un actor social, que a partir de entonces defendería celosamente su control sobre ese importante recurso organizacional; el cual contribuía al desarrollo de acción colectiva, además de constituir una fuente de legitimidad interna para los dirigentes. Esta peculiaridad llevó a que los sindicatos se constituyeran en el principal actor de veto ante los proyectos de reforma del sistema, cuando los siguientes dos gobiernos democráticos quisieron retomar en décadas sucesivas la senda del universalismo.

Primer round entre universalismo y bismarckismo. El proyecto del SNIS y el desdoblamiento del peronismo en oficialismo y oposición.

El gobierno peronista de 1973 intentó implementar un plan global de transformación del sistema de salud argentino. El proyecto de creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud buscaba fortalecer el rol del Estado en la organización y financiamiento del sistema de salud, lo que requeriría la coordinación de los distintos subsistemas: obras sociales, sectores público y privado. Aun cuando el nuevo sistema era concebido con una fuerte centralización de la toma de decisiones en el Ministerio de Bienestar Social y en los procesos de control de gestión, el avance sobre el manejo autónomo de las obras sociales tenía límites: los recursos financieros de las entidades quedaban fuera de la jurisdicción del SNIS. Sin embargo, las obras sociales estaban obligadas a subordinar sus planes prestacionales a los programas diseñados por el Sistema Integrado de Salud. Indirectamente, entonces, el Estado orientaba el uso de los recursos (Katz y Muñoz, 1988).

La estrategia de centralización estatal que el proyecto reflejaba generó el rechazo de todos los sectores vinculados al sistema de obras sociales: desde los sindicatos hasta las

asociaciones gremiales médicas, las empresas de medicina privada y la industria farmacéutica se movilizaron en su contra. Por la propia lógica de la coalición en el gobierno fue la oposición sindical la más gravitante de todas, y el proyecto final incorporaría algunos de sus reclamos: la adhesión de las obras sociales sería voluntaria, lo que en la práctica tampoco se produjo. El proceso finalmente decantó en la ley 27.748 del año 1974, que en la práctica sólo tuvo incumbencia sobre el sector público de salud. La brecha entre los propósitos iniciales –ya notoriamente atenuados durante la formulación- y el grado de implementación alcanzado fue abismal: solo dos provincias adhirieron al sistema.

El tercero en discordia irrumpe. El orden del mercado: la "libre elección" por manu militari.

El escenario político-social de 1975 fue percibido por las fuerzas armadas como la eclosión final -con su manifestación de intensos conflictos sociales y de "amenaza subversiva"- de profundas "distorsiones" económicas, sociales y políticas que aquejaban a una sociedad "enferma" desde hacía décadas. El terrorismo de estado y la restauración del orden del mercado lograrían el disciplinamiento de los trabajadores y de los empresarios ineficientes. Era necesario restaurar el orden transformando las líneas históricas de funcionamiento de la economía y de la sociedad.

La reforma al sistema de obras sociales durante el régimen militar debe ser entendida en clave de ese proyecto "disciplinador", ya que la ley 22.269 tuvo como objetivo principal debilitar el poder de los sindicatos (Isuani y Mercer, 1988; Alonso, 2000), aunque también se vinculaba al propósito de disminuir los costos laborales (Marshall, 1988). Aunque el conflicto entre el Ministerio de Economía, partidario de eliminar los aportes patronales que financiaban el sistema, y la Secretaria de Seguridad Social, que propiciaba mantenerlos en el nivel entonces vigente del 4,5% de la nómina salarial, finalmente se dirimió en favor de esta última (Cortés, 1985), esto no implicó modificar el objetivo prioritario del gobierno: los sindicatos perdían, según la ley, el control sobre las obras sociales.

La nueva ley introducía la *libre elección* por parte del beneficiario, al autorizar al afiliado a cambiar de obra social transfiriendo hasta el 90% de su aporte a un prestador de su elección. No obstante, no parece haberse dado ningún movimiento importante de afiliados que renunciaran a su obra social para incorporarse a prestadores alternativos (Isuani y Mercer,

1988). La otra disposición tendiente a estimular la lógica del mercado y la expansión del sector privado consistía en prohibir que las obras sociales desarrollaran capacidad instalada propia, quedando limitadas a su función de financiadoras de los servicios. En los hechos, la ley 22.269 no fue reglamentada y su implementación quedó pendiente.

El régimen tomó iniciativas que sí iban a tener consecuencias significativas dentro del sistema de salud. En 1977, la reforma del Nomenclador Nacional de prácticas y aranceles introdujo nuevos incentivos que modificaron drásticamente los equilibrios de la puja distributiva al interior del sistema. La estructura de precios relativos consagrada por el nuevo Nomenclador favorecía la introducción generalizada de prácticas y tecnologías de alta complejidad en detrimento de las prácticas más intensivas en trabajo médico. A partir de entonces el sector privado comenzaría a superar en equipamiento tecnológico al subsistema público. El sesgo que introdujo el Nomenclador de 1977 generó una fuerte presión al crecimiento del gasto en salud; además, la nueva estructura de aranceles nominales indujo a los médicos a reposicionarse en la puja distributiva a través de la práctica creciente de cobrar bonos complementarios a los beneficiarios, incrementándose progresivamente el “gasto de bolsillo” de éstos (Katz y Muñoz, 1988). Por otro lado, respecto al subsistema público de salud la dictadura retomó el proceso de descentralización de servicios hacia las provincias.

Segundo round: el universalismo sin bases reales.

El nuevo gobierno constitucional de 1983 buscó impulsar una reforma global del sistema de salud. En 1985, el poder ejecutivo remitió al parlamento un proyecto de creación del "Seguro Nacional de Salud". Su objetivo principal estaba dirigido a la universalización de la cobertura mediante la incorporación a los beneficios de todas las categorías de trabajadores, así como a los sectores marginales. El proyecto introducía una importante modificación en cuanto al régimen de financiamiento, pues propiciaba la eliminación del aporte del trabajador y establecía una contribución total del 7.5% sobre la nómina salarial exclusivamente a cargo del empleador. La necesidad de recursos adicionales se financiaría fundamentalmente con las rentas generales del Estado.

El proyecto proponía un modelo organizativo tendiente a preservar en manos del Estado la conducción general del sistema (a través de la Secretaría de Salud). El esquema resultante evitaba que los sindicatos recuperaran el control sobre las obras sociales. Además, éstos tendrían una participación marginal en el ámbito de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). Junto a esto se establecía que los representantes laborales en las obras sociales serían designados a través de elecciones entre sus afiliados, propias e independientes de las efectuadas por los sindicatos. El proyecto inicial finalmente abortó antes de tener tratamiento parlamentario: tanto los empresarios como los sindicalistas lo rechazaron. Las razones de su lanzamiento como de su fracaso deben buscarse en las estrategias y lógicas de acción gubernamental que prevalecieron durante el primer año de gobierno radical.

Si bien el objetivo específico del proyecto de Seguro Nacional de Salud era la reforma del sistema de salud, tampoco puede desvinculárselo del intento de reforma sindical que tempranamente impulsó el gobierno. El proceso de "democratización sindical desde arriba" impulsado por el gobierno fue percibido por sectores partidarios como un medio idóneo para que el radicalismo obtuviera el control de algunas conducciones sindicales. Pero sobre todo "se esperaba también un debilitamiento del movimiento obrero que suponían habría de favorecer la estabilidad del gobierno constitucional" (Gaudio y Thompson, 1990, pag. 39).

Vistas las cosas de esta manera, la negativa a restablecer el pleno control sindical sobre las obras sociales se adecuaba funcionalmente al objetivo tendiente a debilitarlos y, a su vez, tenía como precondición la previa desactivación del poder "corporativo" de los sindicatos. Esto explica que cuando el proyecto original del Seguro de Salud se presentó en 1985, su viabilidad ya estaba seriamente comprometida por la previa derrota del proyecto gubernamental de reordenamiento sindical. A diferencia de la derrota parlamentaria del proyecto oficial de reordenamiento sindical que resultó en gran medida de un erróneo cálculo de implementación política, el proyecto de Seguro Nacional de Salud incorporaba en su propio contenido el rechazo a encontrar aliados entre los principales actores sociopolíticos.

El discurso *anticorporativista* con el que Alfonsín obtuvo su triunfo electoral había despertado expectativas favorables entre el empresariado, pues significaba que el retorno democrático ya no implicaría fortalecimiento del poder sindical. Dicho apoyo global, sin embargo, no podía propagarse hacia la arena de política que estamos analizando, pues el proyecto establecía un nuevo régimen de financiamiento que recaería exclusivamente sobre el empresariado, por lo que el rechazo de éste no se hizo esperar. Un proyecto que transfería al empresariado el financiamiento casi total de una parte significativa del salario indirecto podría haber logrado apoyo sindical. Sin embargo, el gobierno elegía la confrontación con los sindicatos, pues el proyecto constituía una seria amenaza al control sindical sobre las obras sociales, consideradas por éstos un estratégico recurso organizacional. Obviamente, sin el apoyo de los sindicatos y del empresariado, las posibilidades de éxito del proyecto inicial de Seguro Nacional de Salud eran casi nulas.

A partir de entonces, la cuestión de las obras sociales evolucionaría paralelamente al desarrollo de la relación entre el gobierno y los sindicatos. Mientras los sectores gremiales más comprometidos con un oposición sistemática al gobierno radical levantaban el reclamo de la devolución de las obras sociales en cada confrontación (13 paros generales), los sindicalistas proclives a un acercamiento, e incluso a incorporarse al gobierno, como el llamado grupo de *los 15*, promovían las negociaciones concretas mediante las cuales el proyecto oficial sobre el sistema de salud incorporaría las demandas sindicales y también de los empresarios. El resultado de las negociaciones fue el desdoblamiento del proyecto original en dos normas, una de las cuales estaría destinada a regular específicamente el sistema de obras sociales (ley 23.660) e implicaría el restablecimiento del control sindical sobre estas, además de mantener tanto las contribuciones patronales como los aportes de los trabajadores. De este modo concluía el último intento por lograr una reforma global y articulada del sistema de salud, en la línea de alcanzar un seguro universal.

El gobierno menemista. Descentralización y desregulación: la frutilla del postre para la máxima fragmentación.

Si bien durante la década del noventa se tomaron iniciativas que afectaron al subsistema público de salud, tales como completar la descentralización hospitalaria y crear el modelo del hospital de autogestión –con capacidad de recuperación de costos-. Además de medidas vinculadas a otros subsectores, tales como el proyecto –nunca aprobado- de la regulación de las prepagas, junto con medidas puntuales sobre el PAMI, el foco principal de las iniciativas de reforma al sistema de salud argentino durante esos años se concentró prioritariamente en el subsistema de las obras sociales sindicales. Es decir que las principales acciones de reforma se focalizaron en un subsistema cuya cobertura alcanzaba a algo más del 25% de la población total de la Argentina.

Las políticas promercado y de desregulación se proyectaron también sobre esta área, definiéndose a la *libre elección* de obra social por parte de los afiliados como la solución para lograr la eficientización del sistema. A pesar de las idas y vueltas en la normativa, no se alcanzó un marco regulatorio efectivo que evitara estrategias de "descreme" mediante la diferenciación de planes al interior de cada obra social. Esta dinámica se acentuó con las asociaciones *de facto* entre algunas obras sociales y empresas de medicina prepaga u obras sociales de personal de dirección, que compiten mediante la oferta de planes de servicios diferenciales para captar la demanda de mayor poder adquisitivo. Estas tendencias tendieron a cristalizar la dualización del sistema entre obras sociales "ricas" y "pobres", e incluso terminaron erosionando el criterio de solidaridad grupal que le era propio (Alonso, 2004).

La reforma del sistema de salud argentino durante los noventa no representó una estrategia de cambio integral y con alcance general sobre el conjunto del sistema. Se ha supuesto que la preferencia por una estrategia de reforma parcial y desarticulada emergió de un diagnóstico político que partía de considerar el frustrado intento de crear un Seguro Nacional de Salud durante el gobierno de Alfonsín, y asumió como conveniente evitar los potenciales vetos de los distintos actores involucrados. Asimismo, la estrategia desarticulada también habría derivado de los objetivos priorizados por el actor que demostró un interés más sostenido en promover las reformas -en ésta y otras áreas-, esto es, la coalición articulada en torno al Ministerio de Economía. Una agenda de gobierno que

no sólo priorizaba reformas en las áreas económicas y fiscales, sino que también desplazaba hacia el ámbito de los servicios sociales estrategias unilaterales y lógicas extrasectoriales. Como se ha observado respecto a la descentralización de los servicios sociales durante los años noventa primaron objetivos financieros antes que los vinculados a la propia política sectorial (Bisang y Cetrángolo, 1997; Repetto y Alonso, 2004), en este caso de salud. Además, la naturaleza de estos objetivos contribuyó a desplegar una secuencia de políticas que no favorecía una estrategia de reforma integral. Pues, una vez completado el proceso de descentralización se profundizaron aún más las restricciones institucionales derivadas de la transferencia de los hospitales públicos a las provincias. Ello favorece una dinámica política tendiente a que el gobierno central priorice y reitere acciones en su ámbito de competencia más directa (la jurisdicción nacional), evitando la complejidad política de un entorno con mayor densidad de actores y costos de transacción incrementados por el propio proceso de descentralización.

En una dinámica reiterada, que la década menemista permite ilustrar pero que está lejos de limitarse a ella, desde el Estado se ha reiterado una estrategia política frente a los sindicatos: en cada una de las ofensivas gubernamentales -en períodos democráticos- sobre cuestiones que involucran a este actor social se han desplegado acumulativamente todas las “cartas” y “monedas de cambio” disponibles para el intercambio político en la inevitable negociación en que decantan los conflictos. De este modo, como muestra la década menemista, la cuestión del seguro social de salud suele formar parte de un mismo “paquete” que puede incluir la flexibilización laboral, el modelo de negociación colectiva y de organización sindical, así como otras cuestiones más coyunturales. Al quedar colocada en el ámbito global de la política laboral y sindical, la cuestión de las obras sociales hace eco de conflictos extrasectoriales y se generan en torno a ella intercambios políticos y compensaciones cruzadas entre las diversas arenas en las que está implantado el actor sindical. Durante el gobierno de Menem, las obras sociales se constituyeron en la principal "moneda de cambio" que permitía obtener el apoyo o la neutralidad sindical frente a otras políticas, algunas de las cuales también involucraban al sindicalismo (reforma previsional, laboral, e incluso apoyo para lograr la reelección presidencial vía reforma constitucional).

Esta lógica lleva a un recurrente desplazamiento de objetivos y a la pérdida de autonomía de la política sectorial.

Hacia la década de los noventa, la larga controversia entre universalismo y bismarckismo había dejado exhaustos a ambos "contendientes". Porque si bien las últimas batallas (años setenta y ochenta) habían sido ganadas por el último, y eso sometía al primero -quizás definitivamente- al duro dictamen del realismo político, el bismarckismo se mostraba reducido a una respuesta defensiva y reactiva, cuyos límites eran estructurales y venían dados por el prolongado retroceso del mercado de trabajo formal, al que todavía le esperaba su crisis más dramática en los años 2001-2002. En el contexto de un sistema de salud que consolidaba sus rasgos de heterogeneidad, fragmentación y desarticulación, lo que había irrumpido con creciente fuerza en los noventa había sido una lógica que vinculaba cada vez más el acceso a la salud a la capacidad adquisitiva individual, sea por la forma abierta o encubierta del aseguramiento individual –debilitando mecanismos redistributivos aún dentro de la solidaridad grupal- o por el incremento del gasto de bolsillo.

Los años kirchneristas. El neosanitarismo y los límites de la fragmentación.

En Argentina las políticas en el área de la salud deben lidiar con diversos frentes de fragmentación. Por un lado, la que deriva de la organización federal del país, que se refleja en el subsistema público y en las dificultades para coordinar políticas entre las jurisdicciones. Por otro, la propia fragmentación entre sectores que caracteriza al sistema de salud: la diferenciación entre el sistema público, el de la seguridad social, fuertemente fragmentado en su interior, y un subsector privado de características muy diversas según cada región (Anlló y Cetrángolo, 2007). [2]

[2] De acuerdo a datos elaborados por la OPS y otros (2011), los distintos subsectores presentan los siguientes datos de cobertura poblacional. En el ámbito de la seguridad social en salud, tenemos a las obras sociales nacionales, que dan cobertura al trabajador formal y su grupo familiar directo: 38,8% de la población. El PAMI: 8,3% de la población; mientras que las obras sociales provinciales dan cobertura al 13,7%. La cobertura de los seguros privados es de 9% de la población total (dentro de lo cual puede suponerse algún grado de doble cobertura con la seguridad social). Con respecto al sector público, si bien su cobertura es universal, y por lo tanto el porcentaje de población cubierta sería el 100%, otra manera posible de estimar su cobertura es considerando exclusivamente a quienes no tienen otro tipo de cobertura. Según datos de la Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud del año 2005 del Ministerio de Salud, alrededor del 35% solo tenían cobertura pública. Lamentablemente, en el centésimo aniversario de nuestra experiencia democrática (2016) ha vuelto a incrementarse el desempleo y el trabajo informal, por lo tanto los niveles de cobertura de la

Durante los años dos mil se observó en todos los campos de política pública una recuperación del rol de Estado. La política de salud no sería la excepción. Frente a la herencia dejada por el proceso de descentralización, el cual había descuidado la definición de un claro rol para el centro, y de mecanismos compensatorios y articuladores que permitieran evitar que el subsistema público se fragmentara en sus diversas jurisdicciones, era necesario desarrollar esfuerzos de coordinación y de recuperación del protagonismo del Estado nacional en el sistema. Estos desafíos fueron asumidos durante la gestión kirchnerista. A partir de un fuerte liderazgo político ministerial, que si bien ya existía desde 2002 recibió mayor respaldo político durante la gestión de Néstor Kirchner, se revitalizó el anteriormente devaluado Consejo Federal de Salud, lo que permitió mayor relevancia y efectividad a los consensos entre Nación y provincias elaborados respecto de la política pública de salud. La estrategia dirigida a fortalecer la capacidad estatal en el sector, al mismo tiempo que vigorizaba la institucionalidad federal, se hizo evidente en la creación de un Plan Federal de Salud 2004-2007, que reivindicaba el papel rector del ministerio nacional en el ámbito del sistema público de salud. En salud, el incremento presupuestario fue de 2 puntos porcentuales, alcanzando en 2009 el 6,20% del PBI[3].

También se implementaron programas y lineamientos de política tendientes a articular intervenciones desde el estado nacional, que buscaron atar la asignación de recursos al cumplimiento de metas por parte de las jurisdicciones. Entre ellos se destaca el Plan Nacer, un programa para la atención de la salud materno-infantil.[4] En el ámbito de la salud también

seguridad social seguramente han vuelto a caer, y, simultáneamente, debe haberse incrementado la cantidad de quienes sólo tienen cobertura pública.

[3] Este porcentaje incluye todo lo que se considera gasto solidario en salud (sector público más seguridad social en salud), es decir el que incorpora mecanismos redistributivos.

[4] El Plan Nacer comenzó a implementarse desde el año 2005 en nueve provincias del Norte argentino (Chaco, Corrientes, Misiones, Formosa, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Jujuy y Catamarca), que eran las que presentaban los peores indicadores socio-sanitarios. Luego, a partir de 2007, la cobertura del Plan fue extendida al resto del país. Durante el período 2005-2010, la mortalidad infantil descendió un 17% en todo el país y un 24% en las provincias del Norte. La reducción de la brecha de mortalidad infantil de la región norte

se desarrollaron líneas de política en lo vinculado con la salud sexual y procreativa, y con el protagonismo del estado nacional- en articulación con las jurisdicciones subnacionales- se implementaron políticas dirigidas a garantizar el acceso equitativo a los medicamentos. En este sentido, cabe señalar al Programa Remediar y a la ley de Medicamentos genéricos. Pero en el área de la seguridad social en salud (las obras sociales) no se observaron cambios significativos, y la complejidad política e institucional del sistema no alentaría iniciativas dirigidas a fortalecer tendencias hacia la unificación y coherencia de un sistema de salud altamente fragmentado. Debe considerarse que, al menos durante los dos primeros gobiernos kirchneristas, los sindicatos fueron un aliado político muy relevante, y ello aconsejaba evitar un frente de conflicto al interior de la coalición propia (Alonso y Di Costa, 2015).

---

y la nacional se redujo en casi un 50% (Ministerio de Salud de la Nación, Memoria Anual del Plan Sumar, 2012). A partir de 2012, el Plan Nacer se transformó en el Plan Sumar, el cual extendería su cobertura finalmente a todos los adultos hasta 65 años que no tuvieran cobertura de obra social, sentándose así las bases de un posible seguro para todos los excluidos del mercado de trabajo formal.

Referencias bibliográficas

Alonso, Guillermo V., 2000: *Política y seguridad social en la Argentina de los noventa*, Miño y Dávila Editores, Colección FLACSO, Buenos Aires.

Alonso, Guillermo V. (2004): "La política de reforma de las obras sociales durante los años noventa en la Argentina. Un balance global", Política y Gestión, Vol. 7.

Alonso, Guillermo V. y Valeria Di Costa (2015): "Más allá del principio contributivo: cambios y continuidades en la política social argentina, 2003-2011", Revista Estudios Sociológicos, número 97.

Anlló, G. y Cetrángolo, O. (2007): "Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos", en Kosacoff, Bernardo (ed.), *Crisis, recuperación y nuevos dilemas,* CEPAL, Buenos Aires.

Belmartino, Susana, 2010: Los servicios de atención médica, en Torrado Susana (dir.), El costo social del ajuste, T.2, Edhasa, Buenos Aires.

Bisang, Roberto y Oscar Cetrángolo, 1997: Descentralización de los servicios de salud en la Argentina, CEPAL, Santiago de Chile.

Cortés, Rosalía, 1985: "La Seguridad Social en la Argentina: las obras sociales", Documento de Trabajo, Flacso-Buenos Aires.

Gaudio, Ricardo y Andrés Thompson, 1990: Sindicalismo peronista/Gobierno radical, Fundación Ebert/Folios Ediciones, Buenos Aires.

Isuani, Ernesto A, y Mercer, Hugo, 1988: La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?, CEAL, Buenos Aires.

Katz, Jorge y Muñoz, Alberto, 1988: Organización del sector salud: puja distributiva y equidad, CEPAL-CEAL, Buenos Aires.

Lo Vuolo, Rubén, 1995: The Welfare State in Contemporary Argentina, Kellog Institute.

Marshall, Adriana, 1988: Políticas sociales: el modelo neoliberal, Legasa, Buenos Aires.

O'Donnell, Guillermo, 1972: Modernización y Autoritarismo, Paidós, Buenos Aires.

OPS-CEPAL-PNUD, 2011: Aportes para el desarrollo humano en Argentina, OPS-CEPAL-PNUD.

Repetto, Fabián y Guillermo V. Alonso: "La economía política de la política social argentina: una mirada desde la desregulación y la descentralización", CEPAL, Serie Políticas Sociales, Santiago de Chile, 2004.