

## Una aproximación a algunos temas de la cuestión salud en la Argentina actual

*Marcos Buchbinder\**

En este trabajo intentamos exponer sucintamente algunos de los problemas de la salud en la Argentina. Esta temática adquiere en esta época un interés particular. Se puede suponer que este nuevo interés tiene su basamento en que a los problemas habituales de salud y enfermedad de nuestro país se agregaron algunos hechos nuevos que nos hicieron cambiar la perspectiva. Se podría clasificar en por los menos dos tipos de problemas:

- a) Casi en el fin de siglo y cuando creíamos que teníamos una noción global de los problemas de enfermedad a los que estaba expuesta la humanidad, la aparición del SIDA cambió totalmente la visión. Nos enfrentamos con una enfermedad que nos deja muchos interrogantes, que hace modificar costumbres, que modifica los patrones de morbilidad y mortalidad, y que pone nuevamente en descubierto nuestra vulnerabilidad. Además simultáneamente en esta época reaparecen las viejas plagas. Los ejemplos más llamativos se encuentran con el cólera que llegó y lo hizo para quedarse, o con el nuevo incremento de la tuberculosis.
- b) En esta época y en consonancia con las modificaciones económicas del mundo y de la Argentina, se intenta adaptar la atención de la salud a este ajuste. La gente entiende que los cambios que se introduzcan pueden crearle mayores dificultades para acceder a la atención médica, que se acentuarán las diferencias de acuerdo a la condición económica para resolver sus problemas de salud, etc.

En el marco de estas nuevas condiciones trataremos de presentar algunos de los problemas.

La cuestión salud en la Argentina es un tema que requiere una explicación compleja. La salud y/o enfermedad tomadas en términos generales son productos de un conjunto de circunstancias esencialmente relacionadas a las características de su sociedad, al grado de desarrollo de aquella, a la geografía en que habita ese pueblo, a su alimentación, a sus características de vida y trabajo, a las características en que se distribuye la riqueza, etc., y también a las características de sus sistemas de atención de la enfermedad.

La Argentina es un país de una geografía extensísima, que transcurre desde climas tropicales, hasta el frío antártico, desde la zona costera con los grandes ríos, y el mar Atlántico hasta la cordillera de los Andes, y desde poblaciones de alto ingreso económico a multitudes por debajo de la línea de pobreza. Y en consecuencia nos introducimos en una de las cuestiones principales para analizar la cuestión de salud y enfermedad que es el creciente aumento de la pobreza. A comienzos del siglo la asociación entre la Argentina y el mercado mundial generó determinadas condiciones de vida (Beccaria y Vinocur, 1992) que en su momento fueron las mejores del continente. La población pobre

---

(\*) *Médico Asesor Asistencial de COMI, Integrante del Gabinete de Estudio y Promoción del Cooperativismo Sanitario (IDELCOOP)*

estaba constituida por un segmento del sector rural y por los inmigrantes (tanto externos como internos). El modelo sustitutivo de importaciones generó las bases del “estado de bienestar”. Estas características impusieron grandes diferencias con la mayoría de los países de América Latina. La primera medición de pobreza fue hecha para la década del setenta y se evaluaba a través de la insuficiencia de ingresos. El resultado fue que el 5% de los hogares urbanos argentinos tenían ingresos inferiores a los necesarios para acceder a la canasta básica de bienes. A partir de 1976 comienzan a producirse los cambios que intentaban producir una metamorfosis en el patrón de acumulación adaptándolo a las formas nuevas que presentaba el mercado mundial (Aspiazu, Basualdo y Khavisse, 1986). Con estas nuevas características comienza a producirse la concentración salarial y la expansión del número de trabajadores precarios. Objetivamente se registra una caída de la participación del salario en la renta nacional que va de un 45% en 1974, a un 25% en 1976, porcentajes que no alcanzan a recuperarse nunca de manera significativa (en 1989 es del 28%). A esto debe agregarse el crecimiento del desempleo, el subempleo y la caída del ingreso de los jubilados. En el Gran Buenos Aires, el 10% más rico incrementó su participación en el ingreso de un 3 a un 37%, mientras el 40% más pobre declinó su participación de un 16 a un 14%. (World Bank, 1988). A esta altura se considera (en el estudio sobre el conurbano bonaerense) que el sector no pobre para 1989 es el 59,9% de la población urbana. Y los pobres son el 40.1%. Estos datos con las precauciones correspondientes pueden trasladarse a gran parte del país. En consecuencia el análisis sobre la cuestión salud en la Argentina y sus posibles soluciones no puede soslayar esta realidad que es dominante. Pues la relación entre pobreza y enfermedad está ampliamente demostrada. ¿Qué caracteriza a la población que se ubica dentro de la pobreza en la Argentina? Es población cuyos ingresos están por debajo de la posibilidad de la compra de una canasta determinada de alimentos. Es una población con viviendas en las que hay hacinamiento, con baños sin arrastre de agua, sin agua corriente. Desocupados o semioocupados. Esta situación social incide en la alimentación del grupo familiar, apareciendo individuos con mala alimentación y desnutrición. Esta situación orgánica posibilita y facilita la difusión de enfermedades infecciosas, cuya transmisión es facilitada por la falta de agua potable y excretas. Además, como diversos estudios lo han demostrado, la condición de pobreza perturba la búsqueda de atención médica adecuada y oportuna. Por lo tanto aparecen enfermedades en estadios de evolución avanzados, muchas veces irremediablemente tarde para su tratamiento. Por lo tanto las consecuencias que trae la enfermedad en este grupo de nuestra población son más graves.

¿Cuál es la situación de salud en la Argentina? Este es un tema complicado para explicar y desarrollar principalmente por 2 razones. Por un lado por la peculiar situación de la Argentina en el mundo, y en 2º lugar porque podría decirse que existen desde este punto de vista (y por supuesto también de otros) varias argentinas. Con su peculiar característica económica, social, con su potencial previo, etc. Por la idea de varias argentinas queríamos expresar que existe una Argentina que geográficamente tiene zonas de mejor desarrollo que otras, pero sin embargo desde un punto de vista global la Argentina presenta retraso en los indicadores de salud y enfermedad.

## **El Nivel de Salud**

En el mundo se registran elementos que denotan un mejoramiento global de la situación en salud, observando la evolución en términos de por ejemplo las últimas décadas. Esta es una apreciación de tipo general, que sin embargo no invalida que en muchas regiones del mundo persistan o se hayan agravado muchos problemas, o que dentro de muchos países persistan desigualdades entre diferentes grupos de población. Analizaremos puntualmente algunos temas que pueden ser útiles para comprender la situación global.

## **Mortalidad Infantil**

Por ejemplo un indicador utilizado ampliamente es el de la mortalidad infantil. Se lo utiliza con es amplitud porque refleja por lo menos la salud de la madre, la alimentación de una población, la atención brindada a la mujer embarazada, los cuidados brindados a los recién nacidos y a la infancia en general. Este indicador cayó en países desarrollados a niveles impensables hace algunos años. Por ejemplo, Japón tiene una M.I. de 5 mil. Los países desarrollados de Europa y Estados Unidos tienen este indicador por debajo de 10 por mil nacimientos.

La Argentina tiene una tasa de Mortalidad Infantil de 25 por mil para 1990. Esta tasa en comparación con los países desarrollados nos ubica como estaban algunos de aquellos países a comienzos de la década del 60. Pero además comparándola con algunos de los países que estaban en situación similar o pero en 1965, la Argentina ha quedado retrasada. Por ejemplo Chile en 1965 tenía 98 y en 1990 tiene 17, Costa Rica 72 y 16, Corea 62 y 17, China 90 y 29. Es decir que la velocidad anual de reducción de la M.I. de la Argentina es no sólo mucho más lenta que los países desarrollados, sino que también es más lenta que otros países, muchos de ellos con situación económica similar o peor, que han logrado mejorar de manera más significativa que la nuestra la mortalidad infantil. Se debe tener en cuenta al valorar el significado que tiene la reducción de la tasa de mortalidad infantil, que un porcentaje importante de aquélla está producida por enfermedades relacionadas altamente con la miseria, con el hambre y con cuidados médicos que no son difíciles de brindar.

Utilizando la mortalidad infantil como elemento para analizar la realidad sanitaria, puede señalarse también que si se la estudia dentro del país se encontrarán regiones con indicadores muy agravados. Pues se debe tener en cuenta que el dato de 29 por mil es un promedio general para el total del país. Por ejemplo para 1989 (Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, julio de 1990, N° 59), la tasa para el país era de 23.20 por mil. Esto implicaba que para la Capital Federal era de alrededor de 15 por mil y para Chaco 35, 88, Jujuy 34,65, La Rioja 33,60. La diferencia en tasa de mortalidad infantil entre Capital Federal y las provincias que mencionamos significa que si esas provincias tuvieran las tasas de Capital, se salvarían anualmente miles de vidas, que fallecen, como los señalamos más arriba, por causas evitables.

## **Expectativa de vida**

La expectativa de vida al nacer es otro indicador importante pues indica también las condiciones de vida de una población y sus cuidados médicos. Los países desarrollados para 1990 registran una expectativa de vida al nacer superior a los 75 años. Por ejemplo Japón 79 años, Francia 77, EEUU 76, Noruega 77, Italia 77. El indicador de Argentina es de 71 años. Es interesante señalar que en 1965 la expectativa de vida al nacer para un argentino estaba entre 60 y 64 años. En esa misma situación había otros países, por ejemplo Costa Rica, Chile (más bajo aún), España, Jamaica, Portugal. Todos estos países tienen para 1990 indicadores superiores a los nuestros.

## **Cólera**

El cólera puso en evidencia de manera dramática la realidad sanitaria argentina. Aquí se puede traer a discusión una temática repetida durante años. ¿Argentina es parte de América Latina? Por supuesto no nos referimos a un tema evidente como la geografía, sino si

comparte la suerte del continente en lo que hace a las desventuras económicas, al retraso social, cultural, etc. Esto fue negado, subestimado, soslayado, por muchos años y en muchas situaciones. Como es sabido el cólera es una enfermedad de la miseria, de los cuerpos debilitados por el hambre, de la falta de agua potable, de la falta de excretas, etc. Cuando el cólera irrumpió en el Perú se subestimó la posible llegada a nuestro país. La aparición de los primeros casos conmocionó a la opinión pública y puso en evidencia la realidad sanitaria argentina (no sólo la sanitaria, aunque este sea el tema que hoy nos ocupa). Por ejemplo evidenció que en el conurbano bonaerense el 60% de las viviendas no tienen cloacas, las miserables condiciones de vida de los indígenas en el norte, los graves problemas sanitarios de la mayoría de las ciudades argentinas, etc. El cólera ha llegado para quedarse y se sospecha que persistirá por muchos años. Como en otros lados se lo podrá eliminar con la instalación de agua potable, de excretas, y se frenará la mortalidad mejorando la alimentación de la población. En síntesis: implica todo un programa de salud pública. Solución que por la experiencia del cólera de los últimos años parece muy lejana.

## SIDA

El SIDA es un desafío a la especie que puso a prueba creencias, modos de vida y concepciones de la medicina. Como se conoce esta enfermedad se difundió rápidamente a comienzos de la década del '80 en los EEUU y otros países desarrollados. Como se sabe el agente productor de esta enfermedad es un virus, que se transmite por vía sexual, por medio de inyecciones (transfusión o aplicación endovenosas distintas, por ejemplo, drogadicción). Una de las características iniciales de propagación de la enfermedad fue que la inmensa mayoría de los pacientes eran hombres y homosexuales. Paulatinamente se fue creando la idea de que era una enfermedad circunscripta a poblaciones con estas características. Lentamente la realidad fue cambiando en la medida que se fue descubriendo la aparición de la enfermedad en mujeres, y niños y varones heterosexuales. Esto fue consecuencia en primer lugar de que la transmisión por relación heterosexual comenzó a tener mayor importancia. Además fue creciendo la población enferma no ya sólo en el mundo desarrollado sino también y especialmente en su periferia. El número de adultos infectados con el HIV que hay en el mundo se calcula en alrededor de entre 9 y 11 millones, de los cuales por lo menos entre 3 y 4 millones son mujeres. Según estimaciones moderadas, hacia el año 2.000 habrá por lo menos 10 millones de casos de SIDA en adultos y entre 30 y 40 millones de personas infectadas con el HIV, de las cuales 10 millones serán niños.

Mientras que en 1985 se estimaba que la mitad de los casos estaban en el mundo en desarrollo, se calcula que en el año 2.000 el 90% estarán en esta zona del planeta, con implicancias de salud y demográficas insospechadas, equiparándose en el número de enfermos entre mujeres y hombres. (Weissenbacher, 1992). Por ejemplo proyecciones realizadas para el Africa pronostican una catástrofe demográfica, con millones de niños huérfanos, por la mortalidad materna y descenso de la población (Anderson y May, 1992), como consecuencia de la difusión del SIDA en mujeres jóvenes, la transmisión vertical (de madre e hijo), y la afección de población joven. En algunas ciudades africanas el SIDA ya es la primera causa de muerte.

En la Argentina el primer caso se diagnosticó en 1982, y lentamente comenzó a expandirse la enfermedad. Pronto se evidenció que los casos crecían con proporción geométrica. No hay suficientes elementos como para precisar el número de casos con enfermedad y con la infección sin síntomas. Algunas estimaciones sos-

tienen que para 1992 el número de infectados era de 100.000. Y además, la expansión de la enfermedad se va dando en población muy joven, dado que va creciendo el contagio no sólo ya en población homosexual sino también en heterosexuales y entre drogadictos intravenosos. Estas modalidades de transmisión son especialmente características en poblaciones en las que crece la pobreza, y explica además el crecimiento alarmante que va teniendo el trastorno. Es aleccionador estudiar la evolución de la enfermedad en la ciudad de Nueva York, donde se identifica los bolsones de pobreza, geográficamente circunscritos, con una amplia extensión de la drogadicción endovenosa, características de contacto sexual dentro de la comunidad estudiada y crecimiento en población muy jóvenes. En pocos años la enfermedad se extiende a las zonas vecinas (Drucker, 1990). Si para nuestro país son ciertos los datos de 100.000 infectados para 1992, en pocos años, aunque hoy se frenara la aparición de nuevos contagios, 80.000 van padecer la enfermedad en los próximos años con una mortalidad altísima. Pero además se debe tener en cuenta que las condiciones sociales están preparadas para que continúe el crecimiento de los nuevos casos. Los nuevos datos señalan para nuestro país un crecimiento del número de mujeres infectadas. Señalan también un aumento en consecuencia de los niños infectados. Se debe tener en cuenta que en nuestro país el SIDA está desarrollando en las grandes urbes y especialmente en la ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires. En esta última región existen parte de los bolsones de pobreza más importante del país.

En todas los países el tratamiento de estos pacientes transformó las concepciones de salud y enfermedad. Y trasformó también los objetos inmediatos del sistema sanitario. Una estructura sanitaria hoy debe considerar que junto a todos los problemas habituales de salud, debe encarar también el SIDA. Esto significa, en términos de recursos, mayor demanda de camas para internación, medicamentos, recursos diagnósticos, etc. Y fundamentalmente crear en la opinión pública una conducta hacia esta enfermedad, para poder encarar lo único que puede hacerse con efectividad contra la enfermedad: la prevención.

### **Otras enfermedades o problemas de salud**

Otra enfermedad endémica en la Argentina es el hambre. No hay elementos como para cuantificar en la época actual la situación pero existen elementos para sospechar su aumento de manera significativa.

En diversos círculos académicos se menciona con insistencia el aumento de los casos de tuberculosis. Esta enfermedad está relacionada de manera positiva con las condiciones de vida y de trabajo. Históricamente hizo estragos relacionada con condiciones de degradación de la vida humana. En hambrunas, en los campos de concentración, durante las guerras, etc.

Los accidentes son otros de los grandes problemas de salud de la Argentina. Las grandes ciudades de la Argentina tienen tasas de accidentes elevadísimas. Las de Capital y Gran Buenos Aires están entre las más elevadas del mundo. La alta tasa de accidentes están en relación a condiciones concretas de cada sociedad. En las nuestras exponen las diferencias del control del transporte público, el descuido de la salud de los trabajadores en las empresas, etc.

## Los Recursos para Atender la Salud

Habitualmente el análisis de los recursos físicos y humanos del sector salud se hace dividiéndolo en 3 sectores. El estatal, el de Obras Sociales y el Privado. La división ayuda a entender la cuestión aunque hay que tener en cuenta que como parte de un todo estos sectores tienen alta interrelación entre sí.

### El Sector Público

El sector público tuvo y tiene gran preponderancia en nuestra atención médica. En materia historia los recursos que hubo tradicionalmente para resolver los problemas de salud fueron los recursos públicos (hospitales, dispensarios, centros de salud, etc.) y los médicos que trabajaban privadamente. El sector estatal contó con los primeros hospitales ya en época de la colonia y lentamente fue creciendo en importancia. Especialmente en las grandes ciudades. A partir del año 1946 durante el primer gobierno de Perón y con Carrillo como Ministro de Salud Pública, comienza a crecer nuevamente el número de camas en el país especialmente a partir del recurso público, llegando a tener en el año 1952 155.000 camas.

Las camas para internación según la pertenencia, se clasifican en públicas, privadas y de obra social.

Como se puede apreciar el peso del sector público es enorme. Para aquella época concentra también la mayor parte de la tecnología y los avances médicos se daban fundamentalmente en este sector. El sector público estaba financiado exclusivamente por aportes provenientes de rentas de la nación, las provincias, y los municipios. Predominando ampliamente los recursos de la nación. La atención se otorgaba según el modelo asistencialista, es decir a todo aquel que lo solicitara. De esta manera un porcentaje importante de los habitantes del país tenían posibilidad de acceder a algún tipo de atención médica. El ministerio Carrillo en algunos escritos señalaba que la tendencia debería ir hacia la constitución de algún sistema de seguridad social, pero que en una etapa inicial era esencial el dotar al país con un número de hospitales y camas más adecuados al que teníamos.

En el gasto en salud (ver más adelante) el sector público cargaba con un porcentaje importante.

Luego del golpe de estado de 1955 el gobierno de la Revolución Libertadora, le encarga a la Organización Panamericana de la Salud un estudio sobre la atención hospitalaria en el país. El grupo de expertos que designó la OPS se expidió con un informe que prolijamente enumera los defectos del sistema hospitalario. La solución que propone el informe es que esencialmente los hospitales pasen de la nación a las provincias, de las provincias a los municipios y con mayor participación del sector privado. “La comisión está de acuerdo con el deseo expresado por el Gobierno de la Nación de transferir a las provincias y municipios la responsabilidad de llevar a cabo directamente las actividades de salud pública que no son de carácter exclusivamente federal; y de estimular la iniciativa privada de asumir cada vez más un papel importante en estos problemas” (OPS, 1957). Estas recomendaciones de manera desigual se fueron cumpliendo de una u otra manera en los 36 años que nos separan de la entrega del informe por la Comisión al gobierno argentino. Pues hay muchos elementos que demuestran que la responsabilidad estatal en el cuidado de la salud de la población fue abandonándose paulatinamente.

## Camas para internación según pertenencia

Año	1970		1980	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Públicas	97688	73,00 %	94883	63,25 %
Privadas	30095	22,50 %	47048	31,60 %
O. Social	4977	0,80 %	8079	5,38 %
<b>Total</b>	<b>133847</b>		<b>150010</b>	

*Fuente: Para 1969, Censo Nacional de Establecimientos Asistenciales. Año 1969  
Para 1980, Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud Año 1980.*

Como puede observarse en el cuadro precedente hubo una disminución de las camas estatales bajando su peso relativo en un 10%. Esto se debió a la política de la dictadura miliar de aplicación del concepto de subsidiariedad del Estado, y fundamentalmente a la disminución de camas de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, que clausuró hospitales y servicios hospitales (entre ellos el Hospital Rawson). Al mismo tiempo se puede observar el crecimiento del sector privado.

Una manera de medir también la disponibilidad de recursos de salud es la proporción de camas por mil habitantes. El país disponía para 1969 de 5,7 camas por mil habitantes. La misma proporción se mantenía para 1980. Sin embargo por los datos que se manejan actualmente (1993) si se mantuviera el mismo número de camas, la proporción es de 4,62 camas (No hay nuevos estudios publicados). Sin embargo algunos especialistas sostienen que el número de camas habría bajado a alrededor de 140.000, por lo que la proporción estaría en 4,32 por mil habitantes. Esta proporción es baja al compararla con otros países, por ejemplo los escandinavos que tienen más de 15 camas por mil habitantes, o EEUU, alrededor de 5,5. Como en otros casos hay que considerar que los datos para la Argentina son un promedio del país. Se puede citar que en algunas zonas del conurbano bonaerense como Berazategui o Florencio Varela, las camas para internación son prácticamente inexistentes.

## Recursos Humanos

Por diversas circunstancias históricas que no es el caso detallar aquí, nuestro país tiene una alta proporción de médicos por habitantes. Incluso en las escuelas de medicina del país se están formando un número adecuado de nuevos médicos y otros profesionales. Como ocurre en otros tantos campos, la distribución de médicos por el país es muy irregular y hay escasez en muchas zonas. Junto a otros factores, juegan un papel importante en esta distribución los factores económicos, en relación a una retribución escasa que no alcanza en muchos casos para mantener una familia. Es importante la escasez de enfermeras en todo el país. Si bien es cierto que esto es un problema mundial, que probablemente se agrave en los próximos años, es particularmente evidente en nuestro país, donde a esta profesión no se le ha otorgado el lugar que merece.

## El Gasto en Salud

Es frecuente asistir a debates entre especialistas en Salud Pública y Económica sobre la envergadura de los recursos que se destinan a Salud Pública. Es frecuente la opinión que los recursos son suficientes y el problema radica en que están mal utilizados y/o mal

administrados. Un dato muy citado y comentado es el de los EEUU que destina actualmente el 14% del PBI a tratar la salud de sus habitantes. Este porcentaje tiene preocupados a muchos sectores de aquel país pues se verifica en los sucesivos años un incremento sostenido del gasto. En 1960 el gasto era el 5,3% del PBI y en 1987 el 11,2%. Si se proyecta el gasto para el año 2.000 (sin modificar la tendencia) habría que destinar a salud el 26% del PBI, y algunos análisis sostienen que, siguiendo la proyección, en algún momento el 100% de los recursos debería destinarse a este fin. Se puede agregar una cuota de dramatismo al tema, al señalar que un porcentaje importante de la población norteamericana está descontenta con el sistema, pues el 18% de la población (35 millones de habitantes) no tienen cobertura alguna de salud. Y que muchos millones más de personas tiene cobertura insuficiente que no les resuelve todos los problemas planteados. Además le preocupa a la opinión pública que las inversiones fabulosas realizadas no hayan redundado proporcionalmente en mejoras de los indicadores de salud, pues los EEUU, en el conjunto de los países desarrollados, no tiene los mejores indicadores de salud (por ejemplo 18° lugar entre las tasas más bajas de mortalidad infantil). Además existen en este país bolsones de pobreza con indicadores de salud a nivel de los países más pobres del mundo. A esto debe agregarse que la política económica de Reagan, continuada luego por Bush, eliminó, a través de diversos mecanismos, muchos recursos públicos que los pobres utilizaban para atender su salud. Aunque no sea el tema de esta nota debe señalarse que en la reciente campaña presidencial en los EEUU el tema salud fue uno de los más importantes, prometiendo los candidatos posibles soluciones, en medio de un escepticismo generalizado a que sea posible resolverlo sin tocar algunos de los fuertes intereses en pugna.

En otros países desarrollados la inversión en Salud ronda entre el 7 el 10% del PBI. Con esos fondos en muchos de esos países se da una atención médica bastante aceptable y extensiva a casi toda la población (aunque persistan las diferencias según clase social o profesión o grupo social al que pertenezca el individuo). En la Argentina no hay datos fidedignos sobre la totalidad del gasto en salud. Hay diversos estudios que nos aproximan a ese dato. González García (1987) calculó para el año 1985 que el gasto en salud rondaba los 5.430 millones de dólares. En ese momento un 8,24% del PBI. Diversos analistas consideraban significativo el monto que se gastaba. Se debe tener en cuenta que el 14% del PBI para los EEUU significaba por individuo 2.500 dólares. En la Argentina de 1986 el gasto per cápita rondaba los 200 dólares. También se compara con Cuba que con un gasto per cápita significativamente menor que el de los EEUU y bs de Cuba se obtuvieron resultados muchos mejores. Para la Argentina luego del estudio de González García, hubo nuevas publicaciones (Llach y col, 1989) que plantearon que el gasto era de 7.049 millones de dólares para 1987. También se recalcularon a los valores actuales las cifras de los estudios históricos y se llegó a la conclusión, aplicando los valores de actualización de la economía, que la inversión en salud hoy ronda los 9.471 millones de dólares. Este dato da per cápita un valor de 286 dólares. Hay un nuevo elemento que debe considerarse que el recálculo del PBI. Efectivamente si se toman los nuevos datos que se utilizan actualmente sobre el PBI, se ha producido una disminución de todo el gasto social argentino en términos de porcentaje del PBI. Entre esta caída del gasto debe tomarse en cuenta que también le ha sucedido al gasto en salud. Hoy este último ya no está también le ha sucedido al gasto en salud. Hoy este último ya no está más en el 8,24% del PBI, que nos colocaba según algunos en un nivel envidiable. Hoy el gasto en salud en términos del PBI es de un 4,17%. Posición atípica en países con el mismo nivel del PBI per cápita, y que ese nivel de gasto ubicará seguramente a la Argentina de los próximos años entre los países en que una correcta atención médica será

un artículo suntuario. Sin embargo este análisis no alcanza a dilucidar qué ocurre con el dinero que se invierte en salud. Muchos piensan que independientemente de la valoración sobre si lo que se invierte es mucho o poco, hay una utilización ineficiente de los recursos. Un solo dato puede a lo mejor descifrar lo que sucede. Y esto es la valoración del gasto en medicamentos. Cualitativamente se puede señalar que en la Argentina el consumo de medicamentos innecesarios o con baja acción terapéutica o en combinaciones irracionales es altísimo. Pues bien, en la Argentina se calcula que aproximadamente el 35% del gasto se destina a medicamentos, cuando en otros países apenas si ronda el 10%. Además un porcentaje importante del gasto del sector salud se pierde en los vericuetos de la administración de éste. La administración de las obras sociales consume, en algunos casos, entre el 5% y un 25% o más del gasto total. Además se sabe que un porcentaje nada despreciable se consume también en el mantenimiento de los aparatos sindicales y en lujos personales de los dirigentes. En los prepagos, un porcentaje importante se consume en marketing, propaganda, etc. En el sector estatal también un porcentaje importantísimo del gasto en salud se consume en las burocracias del ministerio de la nación, de las provincias y municipalidades. El gasto en administración continuará aumentando a medida que se sigan llevando criterios comerciales de pago por prestación al sector público y de obras sociales, como ocurre, por ejemplo, en EEUU (ver Himmelsstein y Woolhandler, 1990).

Es frecuente en Economía de la Salud analizar los recursos destinados a Salud Pública dividiéndolos, según su origen, en públicos, privados y de la seguridad social.

Los fondos públicos provienen de los aportes que hace el estado (ya sea nacional, provincial o municipal). Los fondos privados se refieren a lo que gastan directamente los particulares, pagando directamente de su bolsillo. Los fondos provenientes de la Seguridad Social, son aquellos que aporta el sistema de seguridad Social (que a su vez es portado por los trabajadores y los empleados en proporciones diversas) (en el caso argentino el dinero que proviene de las Obras Sociales).

En casi todos los países del mundo, existen aportes al gasto en salud provenientes de los tres sectores. Según el tipo de país, su historia y las luchas por la salud, las provenientes tienen sus propias formas. Por ejemplo los países europeos tienen una fuerte proporción de fondos provenientes de la seguridad social. El Reino Unido tiene una alta proporción de los recursos provenientes de la seguridad social que a su vez se recoge directamente a través de impuestos. En los países que integraban lo que se denominaba el socialismo real los fondos provenían en su casi totalidad del aporte estatal. En los EEUU hay un porcentaje importante de los fondos provenientes del bolsillo de los consumidores. Dentro de las injusticias del capitalismo, el sistema de seguridad social atenuó de algunas maneras aquéllas. Permitió a los trabajadores acceder a algún tipo de atención médica y de previsión social. El objetivo del capitalismo en la creación del sistema de seguridad social (y el Welfare state) tiene explicaciones diversas según la escuela teórica. Sin embargo no hay duda que objetivamente alivió la situación de los trabajadores. En los países de desarrollo similar al nuestro, el peso de la seguridad social, como parte del gasto total en salud, ha sido menor que en los países desarrollados. La tendencia que se nota actualmente, especialmente en nuestro país, es a una alteración de las proporciones tradicionales. En la Argentina la evolución de las proporciones del gasto ha mostrado una tendencia hacia el aumento del gasto privado, disminución del gasto estatal, y aumento también relativo del gasto en seguridad social.

El crecimiento del gasto del sector público entre 1970 y 1980 estuvo en relación con el traspaso a las provincias y municipios de muchos servicios, a raíz del proceso de descentralización producido en aquella época. A partir de 1986 se produce una caída del gasto del sector público que tiene su causa en la profundización de la crisis económica, y comienzo de una nueva etapa del ajuste. También se observa un incremento del gasto privado que debe estar en relación al gasto de bolsillo para suplir los gastos por la retirada del estado y el aumento de los coseguros en las obras sociales.

Taffani (1988) hace notar que el gasto del sector estatal debe ser aún menor que el señalado, porque el análisis se hace sobre el gasto presupuestado que en realidad siempre es mucho menor al realmente ejecutado.

Este proceso denota una tendencia claramente recesiva, y de castigo a una parte de la población, pues la utilización de los recursos estatales en salud se hace por parte de la gente que menos tiene. Existen razones claras para la disminución del gasto que por supuesto no están fundadas en razones de mejor salud, sino totalmente en cuestiones financieras. En el proceso del ajuste y de reconversión del estado, el gran capital internacional y la nueva comunidad de naciones que han surgido en las postrimerías del siglo, luego de la crisis de la deuda, han establecido claramente para los países endeudados como los nuestros la obligación de pagar aquella. Esto implica entre otras cuestiones (que no analizaremos aquí) el ajuste de las cuentas para obtener “superávit” de los presupuestos.

Esto se logra mejorando la recaudación, pero también, y fundamentalmente, con la reducción del gasto presupuestario, especialmente los que se denomina “gasto social”, es decir el destinado a educación, seguridad social, salud, etc. Portavoz de estas políticas son las grandes organizaciones internacionales como el Banco Mundial y el FMI que en publicaciones oficiales y en informes de los expertos fundamentan con teoría aquellas políticas.

Las propuestas insisten en que “estas necesidades en pugna han creado tremendas presiones sobre los sistemas de salud en momentos en que no resulta fácil, generalmente, acrecentar el gasto público, de hecho, en muchos países es necesario su reducción” (Boletín OPS, dic. 87). “Por el momento no sería aconsejable elevar la parte correspondiente del presupuesto para servicios sociales hasta que el requerimiento de mayores recursos estén basados en sólidos programas de reforma. El patrón actual de gasto, cuyos resultados no han sido evaluados lleva la dilapidación de recursos” (World Bank, 1988).

¿Cuáles son las reformas que se proponen? “El mejoramiento de la eficiencia, la introducción de cargas al usuario y la exactitud de los objetivos, pueden aportar mejor calidad, muchos más servicios, y más ayuda efectiva para aquellos quienes tienen real necesidad, con sólo un pequeño incremento en el presupuesto” (W.B., 1988). La solución que proponen los técnicos con estas orientaciones es que el consumidor pague de su bolsillo la prestación de salud o por lo menos una parte. Es decir la propuesta es arancelar los servicios. Parten del supuesto de que quienes usan los servicios son los ricos, y traban la llegada de los pobres a ellos. El arancelamiento haría desistir a los “ricos” o pudientes y en consecuencia los servicios podrían ser utilizados por los pobres. Las conclusiones causan por lo menos asombro, pues es inimaginable pensar que los “ricos” necesitan concurrir al sector público para solucionar sus problemas de salud. (Que por otra parte si lo quisiera hacer tienen todo el derecho a hacerlo). El documento de los técnicos del Banco Mundial explicita que “las categorías de “ricos” y “pobres” deben definirse en

cada país y dependerán de la estructura de ingresos y los objetivos sociales del país”. Se puede sospechar que a lo mejor, cuando se refiere a los “ricos”, lo hace en relación a los sectores que están por arriba de la línea de pobreza. Si es ese pensamiento deberían explicar si con un nivel de ingreso que supere la línea de pobreza, es suficiente para proveerse de una atención médica pagando directamente del bolsillo, situación bastante difícil en cualquier país del mundo en los días que corren. Por otra parte el arancelamiento de los servicios de acuerdo a las propuestas señaladas, tiene implícitas situaciones de mucho peligro. El primer efecto es que es necesario montar un aparato de control para determinar si una persona es o no pobre. Ya en esto se va a gastar una parte del presupuesto del sistema. Sólo la determinación de arancelar el servicio para los “ricos”, ya frena la llegada al sistema de la gente. Las consecuencias al tener que pagar o declararse pobre, son que la gente no concurre en presencia de síntomas leves o que podrán hacer asumir la benignidad de la causa. En consecuencia inevitablemente el sistema se encontrará con un aumento de trastornos avanzados. Diversos estudios han comprobado que ello ocurre realmente (Roemmer, Gertler, 1987, etc.)

## **El sector privado**

Dedicados a temas de Atención Médica y Salud, existen importantes intereses particulares como se los laboratorios farmacéuticos que manejan nada menos que entre el 30 y el 35% del gasto total del sector. La infraestructura física, que como ya lo señalamos anteriormente manejaba para 1980 un 31. 6% de la capacidad instalada en camas para internación. Existe también el sector de medicina prepaga que atiende principalmente sectores de la población con ingresos medios y altos, y cuya población cubierta es entre 2 millones y medio a 3 millones de personas. De ésta hay mucha gente también cubierta por O. Sociales que tiene doble cobertura por no estar conforme con las prestaciones que le brindan aquellas. En el sector de medicina prepaga hay una fuerte concentración ya que “el 80% de los clientes pertenecen a los “grandes” que no son más que 10” (diario *La Nación*, 21/7/91). Es conocido el interés de los grandes grupos económicos de ampliar su participación en el sector salud ( ver más adelante).

## **Los cambios propuestos para la Argentina**

De acuerdo a distintas expresiones es dable esperar cambios o por lo menos la intención de grandes cambios en las formas de financiación de la salud y en la de la producción del gasto.

Los argumentos para producir los cambios son las irregularidades que se han producido en el sistema de financiación de la salud, especialmente la ineficiencia del sistema de Obras Sociales, que no ha dado respuesta a las necesidades de sus afiliados. Se comprenden que con una población cubierta cercana (por lo menos en su momento) al 80% de la población médica. Sin embargo se dio poco y se dilapidó el dinero en gastos suntuarios. El sistema de obras sociales hubiera podido (por su indudable peso) controlar el gasto en medicamentos, en tecnología, en administración. Sin embargo estos gastos tienen un peso enorme en el gasto del sistema. Además la metodología de contrato de las obras sociales ligó a éstas casi con exclusividad al capital privado. (La infraestructura propia fue mínima). Se debe agregar que en los períodos de intervención militar a las obras sociales, los vicios y defectos se multiplicaron, produciéndose un incremento significativo del déficit.

## Gasto en salud en porcentajes según sector

Año	Sector Público	Sector O. Social	Sector Privado	Total
1970	22.9	26.2	50.9	100
1980	30.1	35.8	34.1	100
1985	22.7	39.2	38.1	100
1986	22.3	37.1	40.9	100

*Fuente: Fiel (1990)*

Se puede interpretar que de alguna manera se permitió llegar a una profunda crisis del sistema en el momento actual, para que puedan comenzar a escucharse opiniones de reforma. Por supuesto que las reformas propuestas están encuadradas en las nuevas características de la reconversión del estado y de la seguridad social. Debemos señalar que las propuestas más “coherentes” parten de sectores que expresan la opinión de las grandes empresas interesadas en el tema.

Se parte de una argumentación inobjetable: el sistema actual de seguridad social en materia de salud ha fracasado.

¿Qué es lo que se propone? En primera lugar romper el criterio de solidaridad para pasar a encarar el criterio de la responsabilidad del individuo. O en otros términos. Pasar del criterio del seguro social de enfermedades al criterio del seguro individual. En el criterio del seguro social de enfermedades hay un aporte de cada individuo al sistema, que es un porcentaje de su salario. El padrón aporta también un porcentaje. El individuo que necesita atención médica concurre al sistema y debe recibir aquella independientemente de cuál haya sido el volumen de su aporte (Este sistema de seguridad social, vigente en muchos países del mundo, es predominante en los países capitalistas y pese a grandes defectos que se le pueden señalar contribuyó en la mejora de la situación de salud en el mundo).

En el criterio propuesto ahora, el individuo también aporta un porcentaje de su salario pero ese aporte puede destinarlo donde quiera. Seguramente se dará la situación en que se crearán cajas donde se juntarán los aportes de los individuos con ingresos mayores y cajas con los aportes de los individuos con los ingresos menores. Una primera consecuencia es que existirán cajas en las que se concentrarán los mayores ingresos con las mejores posibilidades de atención médica y por otro lado cajas pobres. Además se estimulará el pago agregado para prestaciones diferentes, o se permitirá la creación de planes especiales para individuos dispuestos a pagar una diferencia de su bolsillo. Por otro lado existirán las cajas más pobres, que de entrada saldrán con desventaja y desfinanciadas, pues tendrán aportes mucho menores y además con poca probabilidad de pagar planes diferenciales. La consecuencia primera de estas propuestas es el alejamiento de toda posibilidad de equidad en la atención médica que se había planteado como uno de los objetivos en salud por parte de las organizaciones internacionales (OMS, OPS, etc.). Sólo quien tenga un salario alto y esté dispuesto a agregar dinero de su bolsillo podrá acceder a un nivel moderno y adecuado de atención médica.

Además estas propuestas proponen efectos privados de atención médica y manejo privado de los fondos. Hecho que acentuará sin ninguna duda las profundas diferencias existentes hoy en materia de atención médica.

Se puede afirmar que la última legislación sobre Obras Sociales Hospitalares que ha salido promulgada trabaja en este camino. El decreto N° 576/93 del P.E.N. trabaja en la línea de lo que se dio en llamar desregulación. Si bien no elimina el sistema de obras sociales, establece los primeros atisbos de lo que señalábamos anteriormente. Pretenden manejar los fondos de la seguridad social a través de la “desregulación” y además controlar los fondos públicos ¿En qué consiste lo que se denomina desregulación en la cuestión obras sociales?

Esencialmente en autorizar a que un porcentaje (por ahora el 20% de los afiliados) pueda elegir libremente otra obra social para atenderse. Los analistas entienden esto como un primer paso hacia una desregulación mayor, es decir la posibilidad de que el afiliado pueda elegir, no sólo otra obra social sino también probablemente sistemas privados de atención. La dispersión de los recursos inevitablemente llevará a la sustitución de un sistema de seguridad social (que debe ser solidario) a un sistema de aseguramiento individual, con las consecuencias conocidas de este sistema. Es evidente que esta propuesta calba, y puede tener aceptación entre los afiliados a las obras sociales, en el descontento legítimo de muchos ciudadanos que no han encontrado la atención que les correspondía. Además esta “desregulación” autoriza los “aportes y contribuciones voluntarias adicionales”. Esta cláusula es clave para entender la intención de crear niveles distintos de atención a través de la posibilidad de pago de su bolsillo que tenga el afiliado. Esto posibilitará en consecuencia la creación dentro del sistema de obras sociales, distintas categorías de afiliados. Así se derrumba uno de los objetivos ampliamente proclamados en el momento actual en el país y en los organismos internacionales, que es el de la equidad.

Estas propuestas quedan redondeadas con la que estos mismos sectores hicieron con respecto al gasto estatal. Proponen poder intervenir en el manejo de los fondos públicos. Pretenden que la atención de los sectores de menores recursos se hagan a través de los grandes prepagos.

Con estas propuestas los sectores ligados al gran capital, y probablemente a los grandes que salieron beneficiados con las grandes privatizaciones, pretenden manejar el conjunto de la atención médica del país. Ya actualmente manejan un porcentaje importante de la población que paga su prepago.

## **¿Privatización en Salud?**

¿La onda expansiva privatizadora se profundizará en el sector salud? Si nos guiamos por las intenciones de los grupos económicos que han tenido participación mayoritaria en el manejo de las privatizaciones en general, es decir los nuevos dueños de la Argentina, es que sí.

Es evidente que la intención de esos sectores y posiblemente del gobierno es estimular la formación de oligopolios en el manejo de los fondos de la atención de la salud. El movimiento de dinero justifica la apetencia para apropiarse de ello. Es nada menos que aproximadamente 10.000 millones de dólares por año. De los cuales ya manejan a través de medicamentos aproximadamente el 30%. El manejo de los fondos de la Seguridad Social es suculento. El intento de apropiación tiende también a desplazar a sectores medios y pequeños y organizaciones médico- gremiales que tenían transacciones con la Seguridad Social en todos el país, para concentrarlo también en pocas empresas, que estarán ligadas especialmente a compañías de seguro. Sistema éste accesible solamente a quienes posean manejos de grandes capitales. Además pretenden manejar los fondos

estatales, tomando los hospitales públicos en concesión u obligación a competir por esos fondos en el “libre mercado”. El presidente Menem afirmó: que las empresas privadas “deben tener conciencia de su fuerza transformadora” en el ámbito de la salud, porque “pueden mejorar la atención del hombre para que éste pueda ser útil a la comunidad”. Es evidente que en la realidad argentina es incuestionable la existencia de la empresa privada en el ámbito de la atención de la enfermedad. Tanto como el estado o la seguridad social tienen su lugar y no sería realístico ninguna salida absoluta que eliminara ninguno de los sectores. Sin embargo ante los intentos privatizadores hay que tener en cuenta la experiencia mundial. En este tema es fundamental la de los Estados Unidos, donde la libre empresa en este tema llevó a una situación complicadísima y que resulta de muy difícil resolución, como por ejemplo frenar el aumento del costo de la atención médica, o darle atención a millones de personas que no la tienen o la tienen deficiente. Roemer (1993) afirma “el sector privado en los sectores nacionales de salud, ha tenido un gran efecto antiigualitario”, cita un estudio conjunto de la OMS y UNICEF que afirma “el sector médico privado tiene un efecto negativo en la implementación de la atención médica primaria”, y concluye “La solución para la pobre calidad de los servicios de salud gubernamentales, sin embargo, no es privatizarlos, sino más bien priorizarlos y ampliar el soporte para las actividades gubernamentales para el progreso de la salud”.

En consecuencia si avanzan las privatizaciones de los servicios de salud las consecuencias para la salud de la población serán funestas.

### **A modo de conclusión**

En el transcurso de estas notas intentamos describir y explicar algunos de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad en la Argentina. Estamos en una situación que puede denominarse crítica. Diversos sectores vinculados a los grandes intereses que manejan la economía argentina están proponiendo algunas “soluciones” que les permitirían manejar a ellos los fondos destinados a salud. Parece necesario que desde el lado de los intereses populares se propongan soluciones, que alivien la situación de los ciudadanos que buscan resolver sus problemas de salud y que no agraven aún más la difícil situación actual. Es innegable, y la experiencia internacional lo corrobora, que en esta área, las penurias mayores están relacionadas con el abandono por parte del estado de su responsabilidad. En consecuencia es prioritario reestablecer la responsabilidad del estado y revertir el abandono progresivo que se ha producido en los últimos años y que seguramente repercutirá en el futuro de las próximas generaciones. Es necesario aumentar la participación del sector estatal en el gasto en salud para mejorar el papel de la infraestructura pública y mejorar su eficiencia. Esta afirmación no pretende negar el papel que juegan otros sectores, como los de la actividad privada y el de la seguridad social. En lo que se refiere a las Obras Sociales deben tomarse medidas como para no destruir el sistema y por el contrario se debe fortalecerlo y democratizarlo para poder contrarrestar los defectos encontrados y para que efectivamente pueda dedicarse a los objetivos de atender los problemas de salud de sus afiliados. La actividad privada tiene también un papel a jugar. Se deberá frenar la voracidad de los grandes grupos empresarios, que así como se quedaron con la conducción de ramas fundamentales de la economía, pretenden hacerlo con la atención de la salud y convertirla en un gigantesco negocio. Debe estimularse la actividad de las entidades como las organizaciones gremiales de los profesionales (por ejemplo, las Federaciones Médicas, Bioquímicas, Odontológicas, etc.), las mutuales y las cooperativas de profesionales y de usuarios que han jugado un rol importante, y deben seguir haciéndolo en atender a sectores de la población con eficacia.

## **Bibliografía**

- Aspiazu, D; Basualdo, E. M.; Khavisse, M.: El Nuevo Poder Económico. 1986. Buenos Aires, Legasa.
- Anderson Roy M. y May, Roberto M.: Understanding the AIDS Pandemic. Scientific American. Mayo 1992.
- Banco Mundial: El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. Bol. Of. Sanit, Panam. 103. (6) 695-709.
- Banco Mundial (1992). Informe sobre el Desarrollo Mundial. Washington. D.C.: Banco Mundial.
- Beccaria, L y Vinocur, P.: La pobreza del ajuste o el ajuste de la pobreza. Ciencia Hoy. Vol. 4 N° 21. Nov./ Dic. 1992.
- Drucker, Ernest: Epidemic in the War Zone: Aids and Community survival in New York City, Int. J.H. Serv. Vol. 20, N° 4, pp 601- 615.
- Fiel: El Sistema de Obras Sociales en la Argentina: Diagnóstico y Propuesta de Reforma. 1990. Buenos Aires: Adeba.
- Gertler, Paul y col. Cuotas a los Usuarios de los Servicios de Salud. Análisis de sus efectos potenciales en el Perú. Bol. Of. Sanit. Panam. 103 (6) 635-655.
- Himmelstein, D. Y Wolhandler, S. (1992) Costo sin beneficio: desperdicio administrativo en el sistema de atención de la salud de los EEUU, en Investigación en Servicios de Salud: Una Antología. Washington. OPS.
- Naciones Unidas (1964). Informe sobre la Situación Social en el Mundo. 1963. New York: Naciones Unidas.
- Neri, Aldo (1982): Salud y Política Social, Buenos Aires: Hachette.
- O.P.S. (1957) Estudios de los Servicios de Salud Pública de la Argentina. Informe de la Comisión de Consultores Internacionales designada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- Palermo, E. Y Elena, I.: ¿La crisis de las Obras Sociales tiene solución? Salud. Programa y Debate N° 4 y 5. Buenos Aires, 1991.
- Roemer, Milton I.: National Health Systems of the World. 1993. New York. Oxford University Press.
- Roemer, Milton. I: Copayments for Ambulatory Care. Penny- Wise and Poun Foolish. Medical Care. June 1975, vol XIII, N° 6.
- Taffani, Roberto (1989). Dinámica Morfología y Orgánica de Conducción del Sector Salud. Mimeo.
- Weinssbacher y col. EL SIDA y su control en América Latina y el Caribe. Ciencia Hoy. Vol. 4 N° 21. Buenos Aires. Nov. Dic. 1992.
- World Bank. (1988) Argentina Social Sectors in Crisis. A World Bank Country Study. Washington D.C.: The World Bank.