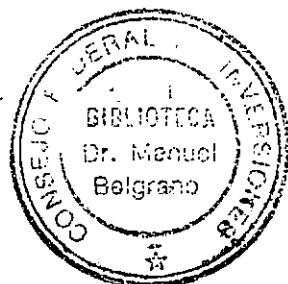


38399



**MARCO JURIDICO
NORMATIVO DEL
SECTOR SALUD EN
LOS AMBITOS
NACIONAL Y
PROVINCIAL**

Segundo Informe Parcial

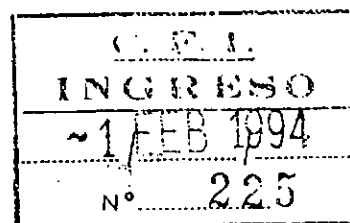
Daniel Luis Cassano

Enero 1994

O/M-411
C 11
III

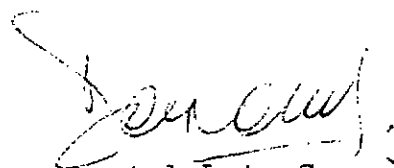
Buenos Aires, enero de 1993.-

Sr. Secretario General del
Consejo Federal de Inversiones
Ing. Juan José Ciáccera.
Su despacho



Tengo el agrado de dirigirme a Usted a los efectos de elevar a su conocimiento el Segundo Informe Parcial correspondiente a mi relación contractual sobre "Marco jurídico normativo del sector salud en los ámbitos nacional y provincial", correspondiente al mes de enero.

Sin más saludo a
Usted muy atentamente.


Daniel Luis Cassano

1. Introducción

La realización efectiva del derecho a la salud consagrado en los ordenamientos constitucionales requiere de la implementación de mecanismos normativos que definan sus alcances y lo regulen, y además, de complejos burocráticos para su administración.

El sector salud está formado por una amplia red en la que operan promiscuamente el Estado en cualquiera de sus tres dimensiones (nacional, provincial y/o municipal), instituciones públicas y privadas, empresas comerciales, profesionales independientes, etc. dedicados a la tarea de cuidar y restaurar la salud de la población. Todos ellos conviven e interactúan en escenarios complejos con modelos muy disímiles de organización del trabajo, normas y mecanismos regulatorios fragmentarios, muy imperfectos y no siempre respetados, percepciones mutuas fuertemente distorsionadas y profundos recelos y pujas por el poder y los recursos.

El carácter local, cultural y federal del fenómeno salud - enfermedad permitiría la articulación en la diversidad de recursos y experiencias,; pero no ha sido tenido en cuenta y por tal razón no existe hasta ahora una red nacional de servicios sanitarios que cubra las

necesidades de la población¹.

2. Estructura del sector salud

El sistema de salud se encuentra compuesto en la actualidad por tres subsectores²: un subsector estatal; un subsector que llamaremos social (que es también denominado de las obras sociales o de la seguridad social) y otro privado.

Cada uno de ellos presenta características claramente definidas, y que de acuerdo a la predominancia que presenten sobre el resto del sistema definen un modelo de organización³.

El subsector estatal: presenta tres jurisdicciones,

¹ Katz, Jorge y colaboradores El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento, Fondo de Cultura Económica, Bs. As. 1993, pág. 13.

² No participamos de la identificación de lo público exclusivamente con lo estatal como usualmente se acostumbra, porque consideramos que existe en espacio social de construcción de ciudadanía, que se encuentra sustentado en una concepción de solidaridad social, que persigue la satisfacción de necesidades básicas insatisfechas, que no siempre recibe la adecuada atención por parte del Estado, que no interesa al mercado y no persigue fines de lucro, que participa del carácter público. En este sentido, Cassano, Daniel Acerca de la Reforma del Estado, el rol del municipio, la participación y los nuevos espacios sociales en la institucionalidad provincial y local, Informe Final, C.F.I., noviembre 1992.

³ Elena, Italo V. Recursos para salud en nuestro país. Ponencia presentada al Seminario "Hacia un sistema integral de salud en la República Argentina", Bs. As., Noviembre 1985.

nacional, provincial y municipal; se identifica con el hospital público; posee la gran mayoría de camas para internación, posee la mayor proporción de recursos humanos; una financiación que no asegura el mantenimiento de sus servicios ni su adecuado equipamiento; un funcionamiento parcial y discontinuo en el tiempo.

El subsector social: en apariencia ofrece cobertura a más de la mitad de la población; posee muy poca capacidad instalada; contrata sus servicios en la medicina privada; cuenta con la mayor concentración de recursos financieros.

El subsector privado: se basa en los criterios de libre ejercicio médico y libertad de empresa en salud; presenta gran variedad de modalidades (desde consultorios privados hasta grandes centros asistenciales).

Las formas predominantes de organización de la atención de la salud⁴ existentes en la mayoría de los países están presentes en la Argentina. Estas son: un sector estatal estructurado en tres niveles: nacional, provincial y municipal que presentan un alto grado de autonomía; un alto número de obras sociales sumamente heterogéneas que expresan la forma que adquirió la

⁴ Para esta descripción genérica seguiremos a Isuani, Ernesto - Mercer, Hugo La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad?, Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política nº 248, 1988.

atención médica de la Seguridad Social; y un sector privado distribuido en un amplio conjunto de mutualidades, seguros privados y establecimientos particulares.

Dentro de cada uno de estos segmentos la coordinación es muy escasa, lo que dificulta la coordinación entre ellos.

En el modelo estatal los servicios, son por lo general, ~~No~~ personales (higiene, saneamiento básico) y personales de tipo preventivo y curativo. De acuerdo a lo ya apuntado⁵, en los ordenamientos constitucionales, están disponibles para todos los miembros de la sociedad. Las restricciones de acceso se deben a la inexistencia absoluta o en proporciones inadecuadas de infraestructura y recursos humanos para satisfacer la demanda de atención.

El financiamiento proviene de recursos establecidos por normas legales (por lo común impuestos).

La atención es brindada en establecimientos de propiedad de la autoridad gubernamental nacional o local con recursos humanos contratados a tal efecto.

En el modelo de la seguridad social el funcionamiento

⁵ Ver nuestro Primer Informe Parcial, noviembre 1993

de prestación de servicios de salud está basado en los aportes obligatorios del conjunto de individuos que son sus beneficiarios, en gran mayoría trabajadores asalariados. A éste suele sumarse el aporte de las empresas en que estos trabajan, y en algunos casos el Estado realiza también aportes.

Por lo general son sistemas de acceso restringido. Los beneficiarios son los que contribuyen, aunque puede llegar a cubrir a porcentajes significativos de la población.

En éste modelo el concepto de contribuyente beneficiario prevalece sobre el concepto de ciudadano.

La seguridad social opera básicamente a través de dos modalidades. En una de ellas, posee las instalaciones, equipamientos y recursos humanos con los cuales brinda la atención. Se llama modalidad directa. En otros casos, actúa como intermediario financiero y cubre los gastos de la atención suministrada a sus afiliados por el sector privado o el sector público. Este se denomina modalidad indirecta.

La modalidad indirecta presenta dos submodalidades: a) el reembolso de los gastos realizados por los beneficiarios; b) el sistema de tercer pagador (el pago de

los servicios no lo realiza directamente el beneficiario sino la seguridad social).

Por lo general, se entiende que la modalidad directa es más proclive a un uso racional de los recursos humanos, equipamientos y medicamentos, aunque se advierte de la tendencia a la burocratización y a la despersonalización de los servicios.

En el modelo privado la atención es brindada a cambio de un pago por aquellos a quienes se considera con idoneidad en la materia. Simplemente mencionamos el modelo por ocupar un sector importante del mercado de atención a la salud pero no será tenido en cuenta a los fines de éste estudio.

Esquemáticamente puede reducirse lo anterior de la siguiente manera:

MODELOS Y MODALIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

Forma de financiamiento	Impuestos	Aportes obligatorios	Ingresos particulares
Modalidad de organización			
Directa	Sistema público de salud	Seguridad social	1) Atención privada 2) Autoatención 3) Beneficencia 4) Seguro privado
Indirecta	Subsidios estatales	Seguridad social	Seguro privado

PRINCIPIOS BÁSICOS DE CADA UNO DE LOS SISTEMAS.

SISTEMAS	FUNDAMENTO	ALCANCE
Salud Pública	Derecho del ciudadano	Universal
Seguridad Social	Solidaridad	Beneficiario/ Contribuyente
Privado	Capacidad adquisitiva	Quien pueda pagar

3. Centralización y descentralización de la salud en el régimen federal

Por las características en que se ha ido desarrollando nuestro sistema federal existe una gran

cantidad de puntos oscuros en cuanto a definir claramente las competencias correspondientes a los ámbitos nacional y provincial en aquellas materias en las que no ha habido explícita mención por parte de la Constitución Nacional.

Es sabido que el régimen federal distribuye el poder entre los distintos niveles mediante facultades delegadas a la Nación, facultades reservadas por las provincias y facultades concurrentes, y que esta distribución no es una asignación lineal de funciones excluyentes y cerradas. Aunque el ejercicio de la soberanía, las relaciones exteriores o la política económica global se asignan con exclusividad al orden central, y las cuestiones concernientes a la organización institucional están definidas como del nivel provincial.

Importa destacar en el tema sub-examen la importancia que tienen las relaciones interinstitucionales (horizontales y verticales) de coordinación, complementación y participación, que hacen a la integración interna y sirven para equilibrar y hacer más eficientes las distintas actividades del Estado⁶.

Es así que si bien el derecho a la salud tiene consagración constitucional, no aparece muy claro a que

⁶ C.F.I. Apuntes sobre la reforma del Estado, Documentos sobre la reforma, nº 1, C.F.I. 1992

jurisdicción corresponde hacerlo efectivo. La visión de la trayectoria histórica de este sector parece haber estado sometida en forma constante a una tensión entre una tendencia centralizadora y otra que apuntaba a la descentralización.

A esto se suman los cambios producidos en la estructura institucional y en la concepción del rol y funciones del Estado en cuanto benefactor.

En opinión de Katz⁷ pueden definirse cinco etapas o fases histórico evolutivas que ha atravesado la organización institucional del sector salud: a) Período previo a 1945: modelo pluralista no planificado; b) Período 1945-1955: Planificación estatal centralizada; c) Período 1955-1970: Formación del modelo pluralista de planificación descentralizada; d) Período 1970-1977: De institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada; e) Período 1977-1990: Crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada. Haremos una reseña de lo expresado por este autor en lo que respecta a la organización del sistema de salud ya que ayuda a visualizar el proceso de gestación de lo que Isuani⁸

⁷ Op. cit., págs. 16 y ss.

⁸ Op. cit. pág. 2 ss.

denomina "fragmentación institucional del sector salud", sobre todo en lo que respecta a transferencia de recursos entre los subsectores estatal y de la seguridad social.

a) Modelo pluralista no planificado (período previo a 1945)

Esta etapa se caracteriza por la existencia de servicios de diferentes jurisdicciones y naturaleza jurídica, que operan de manera superpuesta y poco organizada sin intervención del Estado como organismo regulador y planificador de los mismos. El concepto más extendido es el de la salud como un fenómeno de responsabilidad individual, o asistida por la caridad pública. El Estado sólo se limita a cuidar la higiene pública, controlar epidemias, vigilar la sanidad de fronteras, etc. así como a atender las situaciones de urgencia. La oferta de servicios era de diversos tipos en los que atañe a su naturaleza jurídica: establecimientos públicos estatales (asistencia pública, hospitales especializados, etc.), públicos caritativos (sociedades de beneficencia), mutuales (de comunidades extranjeras o grupos laborales) y privados (con y sin fines de lucro). Por otra parte, la financiación de estos efectores provenía de las entidades que los controlaban patrimonialmente. Existía un muy escaso entrecruzamiento económico entre los sectores que componían el sistema, ya

que la modalidad operativa más común era que la institución proveedora de servicios de salud contara con su propia capacidad instalada.

El desdoblamiento entre el control patrimonial de los establecimientos y la financiación de los servicios todavía no tenía arraigo en nuestro país. Las entidades mutuales que no contaban con servicios propios financiaban prestaciones de otros efectores del sistema, pero prevalecía la intención de instalar capacidad asistencial propia, cuando ello resultara económicamente factible. En esa etapa, el costo de la construcción hospitalaria y su equipamiento no distaba mucho de la vivienda convencional.

A nivel estatal la finalidad salud estaba representada -en el orden nacional- por el Departamento Nacional de Higiene dependiente del Ministerio del Interior y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales en jurisdicción del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. Las principales entidades patrocinantes de hospitales eran las distintas sociedades de beneficencia de las ciudades más importantes del país. Por otra parte, adquirirían un gran desarrollo las entidades mutuales de comunidades extranjeras, con sus propios establecimientos, y las asociaciones mutuales voluntarias de grupos laborales.

La configuración institucional de la seguridad social reconoce como origen a las entidades que conformaban el movimiento mutualista que tiene el país desde los albores de este siglo: las cajas patronales, los círculos de obreros católicos y las denominadas empresas sanitarias. Estos actores formaban parte de la escena con anterioridad a 1945.

Las entidades mutualistas, por sí solas, reunían unas 500.000 personas en todo el país y la cobertura de la ciudad de Buenos Aires era de aproximadamente 27 por ciento. La cobertura era heterogénea, entre los beneficiarios predominaban los varones (70 % de los cotizantes), circunstancia relacionada con el tipo de atención médica demandada; fundamentalmente referido a enfermedades infectocontagiosas, venéreas y accidentes de trabajo. Las entidades contrataban en buena medida la prestación de servicios -por sistemas de pago similares a los actuales- y solo las más importantes mutuales contaban con infraestructura propia de atención, como en el caso de los hospitales de comunidad o con profesionales contratados en forma asalariada.

Los hospitales estatales actuaban como mecanismo de reaseguro, principalmente para casos de internación de beneficiarios provenientes de las instituciones mutuales más débiles, o de los llamados "indigentes médicos". Una

reducida fracción de la población atendía sus necesidades de salud en sanatorios privados, pero el grueso era asistido por el hospital público (o de comunidad) y cubierto por la incipiente estructura mutual. Los hospitales de beneficencia y la asistencia pública tomaban a su cargo la población no cubierta por entidades mutuales.

A fines de la década de 1920 comienzan a cambiar los motivos convocantes, y pasan a predominar los de inserción laboral más que los de nacionalidad. En 1927 la gran mayoría de ellas tenía como principio de convocatoria el hecho de compartir la misma actividad u oficio, tanto en el plano estatal como en el de la empresa privada. Un pequeño número de instituciones con gran concentración de beneficiarios y recursos coexistía con un extenso y atomizado número de pequeñas entidades que obligatoriamente debían dedicar un porcentaje importante de su recaudación a la administración institucional. Es también a partir de ésta época -años treinta y cuarenta- cuando todo este conjunto de mutualidades, algunas de las cuales dieran luego origen a obras sociales de presencia contemporánea, comienza a ganar espacio en la vida política.

Pese a las intenciones y acciones concretas de funcionarios gubernamentales particulares, no prevalecía

el concepto de Estado como planificador de los servicios de salud y su función de administrador era muy limitada, dado que la mayor parte de los establecimientos públicos estaba administrada por entidades de beneficencia.

b) Planificación estatal centralizada (1945-1955)

Lo ocurrido en esta década, además de presentar rasgos característicos locales es también reflejo de un fenómeno mundial de creciente injerencia estatal en la planificación de servicios de salud, coincidente con la segunda posguerra. Se constituye la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹, se impone el concepto de salud pública como expresión de la participación de los problemas sanitarios en las áreas de interés de los asuntos públicos. Se comienza a hablar en el mundo de los derechos a la salud y de la universalización de la cobertura. Entre 1943 y 1949 la representación de la salud en el aparato estatal evolucionó desde los organismos mencionados hasta llegar a tener la forma de Ministerio destinado a temas de salud pública. Prevalce la idea del Estado prestador a la vez que planificador de los servicios de salud. Se duplica en este período la cantidad de camas del país desde aproximadamente 60.000 a más de 120.000. Se nacionalizan todos los establecimientos

⁹ La aprobación del tratado de creación de la OMS fue realizada por ley 13211.

públicos y se desplaza de su patrocinio a las sociedades de beneficencia.

Se impulsa la formación de entidades mutuales de trabajadores por rama de la producción, ya sea por asociación voluntaria u obligatoria, por convenio colectivo paritario, etc. Se mantiene el carácter pluralista del sistema, con un amplio predominio estatal y la intención de hegemonizar el sistema mediante el marcado incremento de la capacidad instalada del sector público y la "funcionarización" de los médicos. Se llevan a cabo programas verticales para problemas sanitarios específicos, y se procura abarcar la totalidad del espectro de factores que pueden incidir en la salud de la población sobre la base de una red de centros de salud de atención ambulatoria.

Se extiende el papel financiador de servicios de salud del sistema de obras sociales, pero también tienen un peso muy importante en el accionar de estas entidades otras prestaciones sociales: proveedurías, campos de deporte, hoteles de turismo, planes de vivienda, etc. Los recursos provenientes del sistema de obras sociales se canalizan esencialmente hacia sanatorios privados, aunque existe una marcada tendencia a crear servicios asistenciales propios. El eje decisorio está dado por la posesión de los servicios y no por su financiamiento. En

el ámbito privado la formación de programas de medicina prepaga sólo tiene el carácter de abono para estabilizar ingresos y gastos de la atención médicosanatorial. La medicina comercial aún no ha aparecido como un eje importante de conformación de la organización sectorial.

c) Formación del modelo pluralista de planificación descentralizada (1955-1970)

A partir de 1955 profundiza la idea de descentralización en el ámbito sanitario, también como reflejo de tendencias ideológicas e intelectuales preeminentes en los organismos sanitarios internacionales. La característica está dada por la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud, ya sea por delegación de competencias desde el estado nacional hacia los estados provinciales, o por el crecimiento de entidades de naturaleza no estatal que pasan a controlar una parte de la regulación de las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios. Se afianza la modalidad pluralista de la oferta de servicios, cuya diversificación se había revertido parcialmente en el período anterior por la expansión de la oferta estatal.

El proceso comienza con el informe técnico de la misión de la Oficina Panamericana de la Salud que en 1957 recomienda transferir la responsabilidad de los

establecimientos públicos nacionales a las provincias. Esta transferencia de hospitales públicos de la esfera nacional a la provincial sin el correspondiente soporte técnico y financiero produce un rápido deterioro de los establecimientos y de la hegemonía estatal en la oferta de servicios, pero como contrapartida posibilita mayor capacidad de decisión a las autoridades sanitarias provinciales.

Las administraciones posteriores concentrarán sus esfuerzos en aspectos particulares de manejo sectorial pero sin modificar la tendencia descentralizadora iniciada en 1957. Pueden plantearse ciertos rasgos diferenciadores entre la administración desarrollista (1958-1962) que apuntó a la formación de recursos humanos; la administración radical (1963-1966) la regulación del mercado de medicamentos y el gobierno de facto (1966-1970 y 1970-1972) que profundiza la descentralización, especialmente en lo referido a los hospitales públicos (ley 17012 de hospitales de la comunidad) y programas de salud rural. En la segunda etapa se centró en la universalización del sistema de obras sociales como soporte financiero de la atención médica.

Se da paralelamente una expansión de la capacidad instalada privada con la baja de un gran número de camas estatales. Se expande el sistema de obras sociales que

pasa de la voluntariedad a la obligatoriedad afiliatoria. Ambas tendencias se retrolimentan gestándose así un sistema prestador-financiador de atención médica paralelo a la oferta estatal de servicios, neutralizándose la hegemonía del subsector estatal en el sistema de salud nacional.

Aparece en este período la idea de desdoblamiento entre la posesión patrimonial de los establecimientos y su financiación, tanto en lo estatal como en lo privado. A nivel público existen diversos intentos como el hospital de reforma, SAMIC.

d) Institucionalización del modelo pluralista de planificación descentralizada (1970-1977)

Durante el gobierno militar denominado de la "Revolución Nacional" se profundiza la tendencia de consolidación del sector privado y se acentúan los programas de descentralización y transferencia de los hospitales públicos a las provincias y los municipios. En esta etapa se universaliza el sistema de financiador de atención médica, se incorpora a todos los trabajadores en relación de dependencia (ley 18610) y a los jubilados y pensionados (ley 19032) de manera compulsiva, se desarrollan obras sociales provinciales que complementan la cobertura de las nacionales.

La seguridad social alcanza a cubrir al 75 por ciento de la población. El sistema de obras sociales avanza hacia su unificación y homogeneización. Por ley 18610 se crea una autoridad de aplicación el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) en procura de concentrar la regulación y planificación del sistema. En cuanto a la regulación del sistema se unifican los aranceles a través del Nomenclador Nacional, que si bien facilita la planificación financiera, acentúa la conducta de desagregar prestaciones y multiplicar las prácticas de diagnóstico y tratamiento, y favorece la incorporación de tecnología, en desmedro de las prestaciones básicas.

Se crean mecanismos paritarios de concertación entre prestadores y prestatarios por ley 19710 para la actualización arancelaria y establecer las normas operativas.

Otro de los factores, la gran magnitud de la población cubierta por PAMI, que le otorga un papel regulador en los distintos mercados locales del país, ya que incorpora una gran masa de prestadores mediante contratos por capitación.

La puja intrasectorial por los recursos se da fundamentalmente entre consumidores y proveedores. Se afianza el papel de las organizaciones intermedias de

prestadores, también en su carácter de intermediarias en la facturación y el pago de prestaciones, que comienzan a captar importantes rentas del manejo financiero de fondos líquidos. Las consecuencias son que se concentra en un único punto la representación de los intereses gremiales de cada núcleo prestador; la intermediación en el circuito de financiamiento permite a las entidades intermedias captar rentas financieras de gran magnitud y la entidad intermedia adquiere intereses propios que trascienden los correspondientes a la exclusiva representación gremial de los asociados.

Sobre el final de la década del sesenta y la del setenta se da el tránsito hacia la lógica de las organizaciones intermedias (oligopolio bilateral) en el que el poder relativo de negociación de las partes influye sobre el mecanismo de los mercados y los mecanismos de contratación.

Con el gobierno justicialista 1973-1976 hay un nuevo intento de unificación de la totalidad de la organización sanitaria. La idea es un sistema integrado de prestadores estatales, privados y de obras sociales, y una carrera sanitaria nacional (SNIS). Esta propuesta generó un áspero debate y sólo logró implementarse en cuatro provincias y desactivado después del golpe militar de 1976.

e) *Crisis y agotamiento del modelo pluralista de planificación descentralizada (1977-1990).*

A partir de 1977 se pone en vigencia un nuevo nomenclador, con apoyo de los prestadores, que perfecciona la desagregación de la atención médica en prestaciones sumables. La falta de poder y decisión del Estado para ordenar y regular el sistema lleva a que ese listado arancelario adquiera el papel de articulador y orientador de las inversiones. Al amparo del nomenclador se desvaloriza en términos relativos el trabajo intelectual y se privilegia la tecnología de diagnóstico y tratamiento, arraigándose así un modelo prestador orientado hacia la reparación de enfermedades y las prestaciones de alta complejidad.

En este período, al eliminarse barreras arancelarias se incrementa la importación de tecnología electrónica de diagnóstico y la instalación de servicios de terapia intensiva, neonatología, etc. y se deteriora la remuneración del trabajo médico manual.

La capacidad privada instalada se incrementa entre 1970-1980 en más del 50 %, en camas, en forma desordenada e inarmónica. Los hospitales mutuales se adecuan a la nueva modalidad, entrando en competencia con los privados. Los hospitales públicos pierden aceleradamente el

monopolio de los recursos de alta complejidad, se desfinancian en forma paulatina por el achicamiento de los presupuestos estatales de salud y observan con pasividad el desarrollo de actividades de docencia, investigación y residencias en el ámbito privado, muchas veces sobre la base de los recursos humanos que iban perdiendo.

En este período se origina una modalidad mixta de contratación en la que la obra social establece convenios por capitación con la entidad intermedia y ésta le paga por prestación a sus proveedores. Otras características son: a) la entidad prestadora asume la función de contención del gasto en salud; b) la función de auditoría médica transita desde el exterior del sistema prestador hacia su interior; c) las entidades intermedias se encuentran más directamente involucradas en la puja distributiva dentro del sector salud; d) las entidades generan sus propios programas de servicios y contribuyen a expandir el mercado a través de los mismos; e) las entidades consolidan una función equivalente a la del proveedor mayorista y adquieren objetivos propios no siempre coincidentes con los proveedores minoristas o individuales.

La combinación de los desbordes inflacionarios, la puja por los recursos disponibles, la incorporación de tecnología más allá de las necesidades reales de la

población y la expansión desenfrenada llevan al sistema a la crisis que se desencadena irremediabilmente desde mediados de la década de 1980.

f) Nuevos modelos de organización y funcionamiento sectorial

En la actualidad, al decir de Katz¹⁰, la sensación de agotamiento del modelo prestador es ya generalizada, estando en tela de juicio la supervivencia misma del sistema, entre otras cosas por el quiebre de los mecanismos de financiamiento de los entes de la seguridad social, la presión ejercida por los "nuevos pobres" sobre los entes de atención estatal.

Es así que se intentan viejas y nuevas recetas. Entre ellas está la nueva ley de obras sociales 23660, el seguro nacional de salud, ley 23661, y el decreto 578/93 de abril de 1993 de creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión (HPA), en un intento de lograr recursos para el hospital estatal.

Según el decreto 578/93, siguiendo lo establecido en al art. 9 del decreto 9/93, quedan obligados los agentes del sistema nacional de seguro de salud a pagar las

¹⁰ op. cit. pág. 29

prestaciones que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos que cumplan lo dispuesto por el decreto en análisis y se inscriban en el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (art. 1 dec. 578/93). La ley 23661, en su artículo 2 segundo párrafo, define como agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema.

Deja a salvo el derecho a la salud al expresar que "brindará atención a médica a toda la población estando obligado a prestar asistencia gratuita a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios" (art. 7 dec. 578/93). Esto se corresponde con lo dispuesto en la ley 23661 de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica (art.2).

El Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión funcionará en la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social -que también está designada como autoridad de aplicación del decreto (art. 19)- y están facultadas las jurisdicciones nacional, provincial y municipal a inscribir todos los hospitales públicos que cumplan la normativa (arts. 2 y 3). Esto es

contribuir a la extensión de la cobertura de la atención médica; brindar el mejor nivel de calidad independientemente de su nivel de complejidad; contar con un proceso técnico administrativo de gestión ágil y eficiente que asegure la optimización y el uso racional de los recursos y la adecuada producción y rendimiento institucional; desarrollar actividades de asistencia, docencia e investigación, acciones de promoción y protección de la salud y de prevención de la enfermedad; implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de atención primaria de la salud; promover y desarrollar la capacitación del personal; la educación continua y la capacitación en servicio; disponer de un área de servicio social que posibilite establecer la situación socio-económica y el tipo de cobertura de la población demandante; cumplir con los requisitos básicos del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica; estar habilitados y categorizados por autoridad competente de ese programa; alcanzar los indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad que el programa establezca para cada categoría; aprobar la evaluación periódica de control de eficiencia y calidad (art. 5).

Los hospitales públicos de autogestión actuarán como organismo descentralizado y contarán con capacidad para realizar convenios con entidades de la seguridad social;

complementar servicios con otros establecimientos asistenciales; cobrar los servicios que brinde a personas con capacidad de pago o terceros pagadores que cubran las prestaciones del usuario de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral u otras similares que estén obligadas por normas vigentes dentro de los límites de la cobertura contratada por el usuario; integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados y toda otra actividad que resulte necesaria para el cumplimiento de los fines y objetivos establecidos en el acto formal de la descentralización. Para lograr tal fin el decreto establece que la dirección del establecimiento deberá contar con personal con capacitación y experiencia en administración sanitaria, así como que en los establecimientos de mediana y alta complejidad la dirección deberá estar secundada por un Consejo Asesor Técnico y por un Consejo de Administración con participación social (arts. 4º, 8 y 9 dec. 578/93).

Estarán investidos de las siguientes atribuciones: designar, promover y reubicar dentro de la estructura aprobada y sancionar al personal en todos sus niveles y categorías y aceptar las bajas; disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos genuinos generados por el propio hospital; elaborar su propio reglamento interno y constituir comisiones y/o comités

técnicos asesores (art. 6º incs. d, e y f).

Entre las obligaciones están: elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional el programa anual de gastos y recursos genuinos; elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios para el cumplimiento de sus objetivos; diseñar y proponer la constitución o implementación de nuevos servicios y programas que favorezcan el desarrollo institucional y la extensión de la cobertura (art. 6º incs. a, b y c).

La financiación del funcionamiento está prevista de la siguiente manera: continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo, de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste, y los ingresos que perciba por el cobro de prestaciones serán administradas directamente por el mismo, debiendo asignar distintos porcentajes (no estipulados) a los siguientes fondos: a) de redistribución solidaria, asignado por el nivel central, con destino al desarrollo de acciones de atención de salud en áreas prioritarias; b) para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, administrado por las autoridades del establecimiento; c) para distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y

funciones, con un criterio de productividad y eficiencia.

Esta normativa permite algunas consideraciones que se plantean por lo que podría entenderse como una ingerencia de lo nacional en el ámbito local. A éste segmento corresponde claramente -a nuestro entender- la administración del servicio de salud y esta circunstancia trae aparejado el riesgo de intentar la implementación de modelos que no siempre se corresponden con las realidades diversas que presentan las jurisdicciones, como plantea el art. 12 del decreto 578/93 en cuanto a que la Secretaría de Salud elaborará modelos alternativos de autogestión brindando apoyo y cooperación técnica.

Esto debiera ser tenido en cuenta a la luz de experiencias provinciales valiosas que permitieran evaluar el desarrollo de nuevos modelos surgidos de acción en la política social de salud surgidos de la concertación entre los distintos niveles que presenta nuestro sistema político.

BIBLIOGRAFIA

- ABADIE, Juan Pablo: Políticas de salud. Crisis y propuestas, Catálogos Editora, Buenos Aires, 1992.
- BELMARTINO, Susana: La crisis de las políticas sociales: Discusión de una alternativa; Cuadernos médicos sociales Nº 49-50 pgs. 5-12, 1989.
- BELMARTINO, Susana - BLOCH, Carlos: Economía, sociedad y política de salud en Argentina.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés: La eficiencia del gasto en salud, Función Pública, 1991, Año IV Nº 43, pgs. 23 a 30.
- ISUANI, E.: La fragmentación institucional del sector salud: pluralismo o irracionalidad, CEAL Nº 241, 1988.
- KATZ, Jorge - MUÑOZ, Alberto: Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad, CEAL/CEPAL, Buenos Aires, 1988.
- KATZ, Jorge y colaboradores: El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993.
- LEDESMA & ASOCIADOS, J.R. - ALVAREZ, Bernarda: Aspectos

Económicos de la política social, Trabajo y Seguridad Social, 1992.

MAJNONI d'INTIGNANO, Beatrice: Análisis de las novedades y reformas de financiamiento de los sistemas de salud, Revista Internacional de Seguridad Social, Volúmen 44, 3/91, Ginebra.

MARTINEZ VIVOT, Julio J.: La iniciativa privada y la salud publica (Con especial referencia a la situación en Argentina), Trabajo y Seguridad Social, 1992, pgs. 753 a 764.

MOSLEY, W. Henry - JOLLY, Richard: Política de salud: Medidas compensatorias de los efectos negativos del ajuste económico.

PEREZ GUILHOU, Dardo y otros: Derecho público provincial, Depalma, 1990.

PEREZ IRIGOYEN, Claudio: Política pública y salud, en Isuani, Ernesto y otros. Estado democrático y política social, EUDEBA, 1989, Buenos Aires pg. 173 y ss..