

## El símbolo de la abeja



**(Diálogo entre Monseñor Héctor Aguer y Fernando de Estrada en el programa radial “Los Dos Reinos”, que se emite los domingos entre las 9 y las 11 horas por AM 1270 Radio Provincia de Buenos Aires)**

**Fernando de Estrada:** -No quiero que parezca una extravagancia, pero tengo ganas de compartir una experiencia de lector. Hace unos días estaba leyendo una historia del alfabeto y allí encontré una oración, en el sentido de construcción gramatical, procedente del antiguo Egipto. En ella, para representar al Faraón (es decir, el poder político) se usaba la figura de la abeja, lo cual me pareció muy sabio, porque la abeja constituye una pieza dentro de un organismo social. Dentro de ese organismo social el poder está siempre, necesariamente, ejercido por los individuos mejores, o uno solo que es el mejor y que es la reina, que ha sido preparado para eso; no es que dé órdenes ni nada parecido, sino que la colmena funciona de una manera eficaz y ordenada en torno a la reina. Es decir que el poder, que está identificado con la reina, es el trabajo, el buen destino, la eficacia, cosa que no pasa con la sociedad humana, porque en ésta muchas veces, o casi siempre, los cargos dirigentes no están ocupados por quienes son los más indicados para ello en el orden de las virtudes.

**Monseñor Héctor Aguer:** -Se podría decir que la diferencia está en la libertad. El orden de la colmena es un orden admirable y de una sabiduría extraordinaria que reside fuera de ella, pues es la sabiduría del Creador. Como se sabe, allí hay un determinismo impresionante. Pero a mí lo que me interesa es la perspicacia de los egipcios, que han acogido el símbolo de la abeja, un símbolo precioso que en la tradición cristiana también tiene una gran importancia: “Mater apis”, la madre abeja. Siempre se ha elogiado la inteligencia y el trabajo de la abeja, como que en ese orden determinado donde no hay libertad pero en el que se refleja la sabiduría del Creador, el poder está representado por la sabiduría y la fuerza en un equilibrio muy sano, que va al bien del conjunto. En el orden humano se introduce la libertad, que es una gloria respecto de la limitación animal al instinto y al determinismo, pero la libertad supone también la flaqueza del pecado y la posibilidad no sólo de errar en una elección particular sino de elaborar una concepción de la vida humana, del orden político y del poder que pueden resultar aberrantes.

**Estrada:** -Los signos del poder en la política a veces no son tan simpáticos como el caso de la abeja de que estamos hablando.

**Mons. Aguer:** -Por lo menos no lo son los de la política moderna.

**Estrada:** -La política moderna está impregnada por el espíritu de Maquiavelo, a quien se considera uno de sus fundadores. ¿Y cuáles son las figuras animales que Maquiavelo usa para representar el poder? El zorro y el león; el zorro significa el engaño, si se quiere la astucia pero dirigida exclusivamente a engañar en esta simbología maquiavélica. Y el otro animal es el león, como expresión de la fuerza, no de esa nobleza que tiene también como atributo esta fiera. Y así el poder debe basarse necesariamente en el engaño o en la fuerza entendida desde luego como violencia.

**Mons. Aguer:** -En el caso de la abeja no hay astucia sino sabiduría, orden sapiencial, y no hay tampoco fuerza ni violencia sino trabajo artesanal; es un bello símbolo. La simbólica del zorro y el león, en cambio, está revelando las características de una concepción política que ha prevalecido en los tiempos modernos y que ha producido como trofeo la incertidumbre de un futuro que se teme tremendo para la humanidad.

**Estrada:** -Y la actitud de la sabiduría, representada por la abeja, implica precisamente el reconocimiento de cuál es el orden de la humanidad, cuáles son los fines de las almas individuales y de las sociedades y todo un ejercicio previo de mejoramiento del hombre para que alcance los fines elevados que le corresponde alcanzar. En cambio estos modelos de la política moderna rebajan la función del poder, al cual conciben como un instrumento sin otro sentido que permitir a quien se adueñe de él ensayar cualquier proyecto por insensato que fuere o simplemente limitarse a gozar de las delicias del mando. En un régimen así, ¡pobre sabiduría y pobres abejas! Recuerdo ahora que el imperio de Napoleón Bonaparte tenía también como símbolo las abejas, pero evidentemente no con el sentido sapiencial de los faraones; cuando Napoleón fue vencido y de inmediato quedó restablecida la monarquía, los franceses no habían tenido tiempo de conseguir banderas y distintivos nuevos; entonces, lo que hacían era poner al revés los géneros y emblemas en que estaban grabadas las abejas, y la abeja al revés parecía, más o menos, una flor de lis, símbolo de los Borbones que volvían. Lo recuerdo aquí no por lo que pueda tener de pintoresco o indicativo de ciertas miserias morales demasiado reiteradas, sino como muestra de que la sabiduría suele ser muy castigada también en sus símbolos por la libertad humana.

**Mons. Aguer:** -Ahí está, la cuestión es la libertad, y por tanto también la educación, que es precisa para la vida política: una educación para vivir en

sociedad, una educación para ejercer el poder, especialmente en una concepción de carácter republicano donde se supone que el poder está muy repartido y que cada ciudadano tiene una cuota no desdeñable del mismo. Pero, ¿cómo se la puede ejercer sin una auténtica educación en la libertad, en una libertad que tienda al bien y a la búsqueda del bien común?

**Estrada:** -Y que se manifieste de manera permanente, como hábito, y no limitándose al día de las elecciones.

**Mons. Aguer:** -Además, nunca hay que resignarse a un régimen que se base en el engaño y en la fuerza.

**Estrada:** -Pero allí nos encontramos con las dificultades de la libertad. Por eso se ha dicho tantas veces que la libertad no sólo tiene precio sino que requiere un esfuerzo permanente, que no es algo fácil que nos ha sido dado para ejercerlo cómodamente, una especie de patrimonio inagotable del que continuamente podemos sacar recursos y recursos como si siempre fuéramos a ser libres. ¡No! Si no la ejercemos de acuerdo con esos principios de educación que en definitiva se llaman de sabiduría, la libertad se pierde.

**Mons. Aguer:** -De eso nos advierte el Evangelio: el que hace el pecado es esclavo del pecado. Lo que libera es la verdad, en la cual consiste la máxima dignidad del hombre.

**Estrada:** -Sí, porque creer que la libertad es hacer lo que se quiere por lo pronto violenta al principio de que hay que hacer lo que se debe, pero además desconoce otro límite: el de lo que se puede. Pretender que lo que se quiere y lo que se puede queden identificados suele llevar a grandes fracasos existenciales, a grandes amarguras y a la pérdida de la posibilidad de la libertad hacedera, de la libertad que está a nuestro alcance y que desde los límites que tiene puede llegar a expandirse; pero si no la consideramos en su verdadera índole y con sus auténticos alcances actuales lo que va a suceder es lo contrario: las posibilidades de la libertad se harán cada vez más angostas.

**Mons. Aguer:** -Una libertad sin sabiduría, sin una visión del mundo y sin hábitos virtuosos es una libertad que lleva a la destrucción.

**Estrada:** -A una autodestrucción de la libertad. Creo que hay también algo muy terrible y es que a la libertad se la puede perder sin darse cuenta, y que hasta se esté cantando el Himno Nacional en los versos donde se dice que los libres del mundo nos consideran a nosotros más libres todavía mientras en la realidad, sin percibirlo, hayamos perdido esa libertad que tanto celebramos.

# Las posibilidades de la educación en la pobreza extrema

por Moseñor Héctor Aguer



La Ley de Educación Nacional y la Ley Provincial de Buenos Aires, recientemente sancionadas, ponen un acento muy fuerte en la necesidad de que la escuela argentina sea efectivamente para todos. Es decir que el proceso educativo pueda integrar a todos los niños y adolescentes del país. Se piensa que esto es un punto clave para ir logrando una auténtica y verdadera integración social en la comunidad argentina.

Se trata, evidentemente, de un propósito muy noble que no va a poder cumplirse fácilmente si no se revierte la situación de postración social que afecta a tantísimas familias en el país.

Ahora quisiera agregar un dato particular: recientemente se ha puesto de relieve la gravedad que ha adquirido el problema de la desnutrición infantil en varias provincias argentinas y, por supuesto, también en el conurbano que rodea a la Ciudad de Buenos Aires. Los medios de comunicación han transmitido cifras e imágenes impresionantes.

Se decía de una provincia que en ella el cincuenta por ciento de los niños están desnutridos. Y se sabe muy bien que el niño que ha tenido una mala lactancia y que en los primeros meses de su vida no ha podido alimentarse correctamente ya corre en su existencia con un handicap absolutamente ilevantable.

¿Cómo podemos aspirar, entonces, a una inserción en el proceso escolar de chicos que ya padecen desde muy pequeños una carga deficitaria muy fuerte?

Uno tiene que preguntarse: ¿Cómo es posible que ocurra esto en la Argentina? ¿Qué caída tan grande hubo en la cultura popular?... Porque el problema no es sólo económico y social, sino también y principalmente cultural. Ha habido problemas graves en otras épocas, tiempos de mucha pobreza, pero la pobreza estaba sostenida por un marco cultural que permitía sobreponerse a las máximas dificultades.

Repitémoslo: la cuestión no es solamente económica. Es social y es también cultural. Es decir que hay zonas, sectores, ámbitos de la población nacional que han quedado como relegados, como olvidados y

que carecen de las habilidades básicas y de los recursos elementales como para reaccionar con dignidad ante la situación de injusticia en que han caído.

Ese noble propósito de la inserción escolar de todos los niños tiene que verse sostenido por un esfuerzo muy lúcido y perseverante para superar esta gravísima dificultad.

Parece mentira que en la Argentina, un país rico -quien lo mira de afuera lo reconoce enseguida- registre semejantes situaciones en vastos sectores de la población. Y aquí no sólo cabe potenciar la iniciativa de caridad de mucha gente y de instituciones, la solidaridad de algunos grupos sociales, sino que se trata de pensar nuevamente la situación global de la sociedad argentina, ver cómo es posible que perduren estas injusticias tan atroces y qué debe hacerse para superarlas.

Es necesario que nosotros lo recordemos muy bien y que hagamos este problema objeto de nuestra preocupación y también, nosotros cristianos, de nuestra oración.



## El heroísmo en los tiempos de cólera

por Fernando de Estrada

Un año después de la mortandad producida por el cólera en el Tigre durante abril de 1867, las autoridades locales quisieron celebrar en la parroquia un solemne funeral por las víctimas de la epidemia. Al cabo de la ceremonia, el cura párroco Jerónimo Rebagliati expresó en nombre del vecindario el reconocimiento público hacia el doctor Juan Scrivener, el médico inglés que tanta abnegación había desplegado entre los enfermos al tiempo de la calamidad.

Los recuerdos tristes seguían muy presentes, en especial porque el cólera había continuado rondando a la región hasta enero de 1868, cuando San Isidro padeció el segundo ramalazo infeccioso. Scrivener había librado su combate contra el cólera con la misma incertidumbre acerca de la naturaleza de éste en que estaban sumidos todos sus colegas de la época; los remedios eran empíricos y referidos a los síntomas, y en cuanto al origen del mal la ignorancia resultaba impenetrable.

Los pocos datos iban más allá de explicar que el cólera integraba desde tiempo inmemorial las desventuras de la India, de donde se desplazó a Occidente por primera vez en 1832, siguiendo las rutas de las caravanas hasta Oriente Medio y desde allí las trayectorias marítimas a partir de los puertos europeos. La funesta recorrida se repitió en 1848, 1851 y 1865. La cuarta “tournee” se extendió a Buenos Aires a fines de marzo de 1867. El 5 de abril el doctor Scrivener tuvo su primer caso en el Tigre. Cuando ello ocurrió, Scrivener había alquilado allí una casa para descansar los fines de semana.

### Tigre en los tiempos del cólera

Este profesional era de los que consideraban al cólera una enfermedad no contagiosa, sino originada en la falta de higiene sumada a factores climáticos. Sus conocimientos teóricos sobre el tema bastaban para que comenzara a inquietarse luego de conocer las características del puerto, pueblo y bañado del Tigre, como puede leerse en sus recuerdos sobre la plaga.

*“Los ranchos en el bañado son numerosos y muy diseminados”, dice en esa memoria; “los más de ellos son inmundos, mal construidos, de poco abrigo, pues el viento entra generalmente por las aberturas del techo; tienen generalmente cuatro varas (la vara mide 83 centímetros) de ancho y ocho de fondo, de un piso desigual,*

*muy húmedo y sin ladrillos. Contienen con frecuencia desde ocho a diez personas con el agregado de dos o tres perros. Las gentes son, en general, poco aseadas en sus personas y en la ropa de sus camas; arrojan las inmundicias de sus ranchos a pocos pasos de ellos, muy cerca de charcos de agua”.*

## **La contaminación no es cosa nueva**

La situación era menos grave en el pueblo, aunque las condiciones de vida de la población humilde tampoco resultaban ideales: *“Los ranchos son menos numerosos y están en mejores condiciones...pero en los más de ellos hay aglomeración de gente y otras causas nocivas a la salud que les predisponen a enfermedades malignas”.*

No había en aquellos tiempos protestas populares por la contaminación de las aguas ni se reprochaba todavía a los gobernantes su desidia en cuanto a la custodia del ambiente, pero no porque los alrededores del puerto ofrecieran un paisaje idílico como el descrito por Marcos Sastre o Domingo Faustino Sarmiento, que correspondía a otros lugares casi vírgenes del Delta: *“El puerto de Tigre estaba en malas condiciones al presentarse la epidemia; había vapores y buques que comercian entre este puerto y los de Corrientes y Rosario...El río estaba bajo y casi sin corriente, y se arrojaban las inmundicias de los buques que quedaban a veces detenidas en sus orillas”.*

El espectáculo actual del Reconquista y su derivación, el río Tigre, convertidos en cloacas a cielo abierto, seguramente harían vacilar la convicción de Scrivener en cuanto a que el cólera no se propaga por contagio, pues tales aguas muertas bastarían para engendrar permanentemente, no ya como epidemias transitorias, el reinado de la plaga sobre la región. Como por entonces la polución no era tan completa, Scrivener se alarmó recién cuando a más de las noticias sobre la marcha de la enfermedad en Buenos Aires- comenzó a soplar un viento cálido del norte El médico había leído que tales meteoros calurosos preanunciaron al cólera poco tiempo atrás, en otros países, y no se equivocó al sacar sus conclusiones (aunque se basaban en un error científico).

## **Semana Santa inolvidable de 1867**

*“La primera víctima del cólera fue en el Bañado, un hombre robusto de treinta años de edad, español, que se enfermó el 5 de abril a las seis de la tarde y*

*murió al día siguiente a las seis de la mañana. Estaba bueno en la mañana del ataque, volvió de su trabajo de carretero a las cuatro de la tarde y dijo que no tenía disposición para cenar sino para fumar; salió con un cigarro y luego comió una sandía y parte de un melón: una hora después fue alcanzado por la epidemia”.*

El relato de Scrivener, a partir de este punto, describe de manera estremecedora las situaciones que debió enfrentar durante aquel mes de pesadilla. *“Desde el 6 de abril hasta el 14 la epidemia fue gradualmente aumentándose, y desde la última fecha era tan general que produjo un movimiento de terror a todos los habitantes. Los que pudieron, con pocas excepciones, salieron para la ciudad o puntos más distantes donde no existía”.*

Scrivener había asistido a un terremoto en Lima y no olvidaba el fenómeno del miedo multitudinario; sin embargo, el cuadro *“terminaba a la vez con las oscilaciones del terreno, y la gente atemorizada volvía a sus casas consolada con la idea de que el peligro había pasado, y poco a poco se recuperaba la tranquilidad. Pero el espanto pintado en los rostros de los habitantes de Tigre a todas horas durante la Semana Santa, especialmente el viernes, fue tan imponente que es difícil describirlo, y produjo una impresión que jamás olvidaremos. En aquel fatal día creció el espanto: se veían hombres a caballo y gente a pie marchar presurosamente, buscando con ansias los auxilios del médico y los del sacerdote; parecía que la epidemia había dejado las localidades del bañado y el pueblo, donde había hecho víctimas por acá y acullá, para caer con furia sobre la población del Tigre y las tripulaciones de los buques en el río.a”.*

*“Hubo un número tan crecido de coléricos que todos temían la misma suerte; sentían la influencia nociva de la epidemia, buscaban consuelo y alivio en copas de cognac que los reanimaran, y se despertó la idea de la fraternidad a causa del peligro común. No hubo la fiesta religiosa del Viernes Santo: el cura párroco se ocupaba de asistir a los moribundos; la iglesia en la que resonaba el canto y la música en años anteriores estaba tan silenciosa como el río que corre a pocos pasos a su lado, salvo las voces débiles de unas pocas mujeres orando por alguna víctima de la epidemia”.*

## **El mérito...¿del Pampero?**

Las circunstancias climáticas favorables para la plaga continuaban. *“El 18 era un día lluvioso, acompañado por un viento noroeste; había aumentado el número de los colerinos (el primer grado del cólera) y de los con graves ataques de cólera morbus. El 19 fue mucho peor, y varios fallecieron a las pocas horas: la epidemia había llegado a su colmo.*

*“En la noche de aquel día de recuerdos tristes, hubo un cambio notable en la temperatura; una brisa fuerte del sudoeste despejó la atmósfera, sombría y opaca los días anteriores, y la luna brillaba con todo su esplendor. Parecía que los agentes*

*nocivos habían desaparecido, pues el número de enfermos disminuyó. Los que estaban sufriendo mejoraban con rapidez y los recién atacados lo eran con menos violencia. Esta disminución de los casos continuó hasta el 29, en que no hubo ningún caso nuevo, ni tampoco en los días corridos hasta el 6 de mayo en que nos retiramos de este punto. El Pampero es benéfico, y ha producido, como hemos notado, una disminución y la extinción de la epidemia”.*

Juan H. Scrivener, al concluir la memoria, justifica su publicación como un aporte a la política de higiene que propone como remedio y profilaxis para el cólera. Siempre invocando la no contagiosidad del cólera quita importancia a su obra de buen samaritano y presenta sus experiencias cual una demostración científica que no le hubiera significado riesgos: *“Hemos asistido muchos enfermos con la epidemia, los más de ellos en la mayor miseria y en los focos nocivos para su desarrollo. Hemos pasado horas enteras en su contacto inmediato. Hemos visto a veces dos y tres enfermos en un rancho tendidos sobre un suelo húmedo y sin colchones, con las puertas y las ventanas cerradas, y sin más luz que una vela de sebo. Hemos respirado el aire impuro de estos ranchos. Hemos estado en condiciones favorables para recibir el contagio, si fuese contagioso, cuando andábamos cansados de andar de rancho en rancho, de cruzar el río a todas horas del día, de recorrer el canal del Bañado hasta el puerto del Tigre, expuestos al rayo del sol y la humedad de la lluvia, y pasando, en fin, de una vida tranquila a la de agitación física y moral. A pesar de esto, no tuvimos ningún anuncio de la epidemia ni la llevamos a nuestra familia; si el cólera morbus fuese contagioso, no nos hubiéramos escapado de ser atacados”*

Nada de esto demostró Scrivener, sino algo distinto que le parecía obvio: el sentido del deber ejercitado hasta el extremo de la abnegación.

## **Lavativas tibias**

Entre Buenos Aires y el Tigre, San Isidro no había permanecido indemne al cólera, para particular tribulación de los tantos que habían buscado en su territorio refugio contra la epidemia desatada en la Capital. El éxodo alcanzó significación suficiente para que la Administración General de Correos se dirigiera a su representante en San Isidro con esta exhortación: *“Desde que muchas familias han salido a la campaña a consecuencia de la epidemia se hace necesario observar el mayor celo ahora que necesariamente se ha de aumentar la correspondencia, para no dar lugar a reclamos. En esta inteligencia, recomiendo a usted las exquisitas precauciones para el objeto que deajo indicado”.*

Esta nota descubierta por Pedro Rivero, quien ha desarrollado el tema en su “Historia de la Medicina en el San Isidro del Siglo XIX”, permite suponer cómo la evidencia de que el refugio era ilusorio debe de haber intensificado el pánico inicial cuando en el pago sucumbieron diecinueve víctimas aquel abril aciago. Las mismas investigaciones de Rivero demuestran que el gobierno provincial no pudo aportar

mucho para aliviar la penuria de San Isidro. El Consejo de Higiene Pública no atinó a satisfacer las consultas del juez de paz local sino advirtiéndole que *“es el deber de usted hacer conocer por todos los medios posibles y que se llevan a cabo en esa localidad “Los consejos del pueblo” que han registrado todos los periódicos de la Capital”*.

Tales consejos, profusamente distribuidos en la Provincia, prescribían medidas higiénicas preventivas y otras *“que deben tomar los enfermos antes de la llegada del médico”*. Entre las primeras, unas cuantas se pueden considerar eficaces pese a que los recomendantes no conocían los mecanismos de la difusión del cólera; en efecto, *la limpieza y desinfección de las letrinas, de los sumideros, de los albañales y del local destinado a los animales domésticos*, o *“la extracción diaria de la basura y de los restos de animales y vegetales, que deben conservarse a la sombra y bien cubiertos mientras no se extraigan”* eran ayer como hoy procedimientos aptos para evitar la propagación de los gérmenes entonces desconocidos.

No parecen igualmente eficaces las *“pequeñas lavativas tibias de cocimiento de amapolas cada dos horas y sinapismos frecuentemente renovados a los muslos, las piernas y los pies, y rodearse de ladrillos, botellas de agua o sacos de afrecho o de arena caliente”*, ni las *“fricciones con franelas secas o empapadas en aceite caliente de manzanilla alcanforada y opiada”* a darse mientras se esperaba al médico.

## El segundo ataque

La epidemia cesó con los primeros fríos, pero no había terminado la primavera cuando, el 7 de diciembre, el alcalde del cuartel 3 de San Isidro comunicaba: *“Ha muerto un individuo de nacionalidad italiana hoy de mañana atacado de vómito y dolores en el cuerpo, habiendo estado bueno ayer y así otros dos enfermos que sienten iguales síntomas. Estos hombres son peones y el dueño de casa quiere que los lleven a la ciudad”*.

En una comunicación del mismo día el intendente municipal Manuel Martín y Omar pedía al doctor Estanislao Díaz, médico afamado del pueblo, que verificara lo sucedido con dos italianos fulminados pocas horas antes por la sintomatología del cólera. El diagnóstico no dejó dudas acerca de que se iniciaba el segundo acto con aquellas víctimas, presumiblemente los peones del cuartel 3.

La segunda epidemia duró en San Isidro hasta fines de enero de 1868 y costó la vida a ciento dieciséis personas de las trescientas cincuenta que se enfermaron. El período resultó muy duro para los responsables de la asistencia pública, tanto por la carencia de tratamientos eficaces como por la dispersión de los casos en el territorio del partido. La abnegación de los médicos entregados a la tarea y los esfuerzos del intendente Martín y Omar y del cura párroco Diego Palma quedaron como arquetipos de conducta cívica y moral, cuyo recuerdo se sigue

avivando en los nombres de calles sanisidrenses.

No sólo esas figuras espectables ofrecieron ejemplos de solidaridad, sino que abundaron las demostraciones de gente común cual Feliciano López, vecino de Las Lomas que se consagró por entero al cuidado de los enfermos. El alcalde de esa zona, comprendida entonces por el cuartel séptimo, lo comunicó a la Municipalidad destacando que Feliciano López era mujer de extrema pobreza y que en su apostolado *“no sólo ha contribuido con sus servicios sino con sus cobijas”*. Al pie de esta nota, Martín y Omar estampó: *“Dándosele las gracias, entréguesele una cama completa y doscientos pesos de gratificación”*.

Alejado el cólera de San Isidro, los pobladores quisieron manifestar su reconocimiento al intendente y al párroco, pero Diego Palma se apresuró a declararse indigno de aceptar la medalla que se le ofrecía invocando haber sólo cumplido con su deber de pastor, mientras encarecía que de Martín y Omar sí debía entenderse que había excedido en mucho las obligaciones de su cargo, y que era por eso el auténtico destinatario de cualquier homenaje.

Modestia y coraje, virtudes que en medio de las adversidades colectivas demuestran que la fragilidad humana es mayor en lo material y físico que en el espíritu, pues, ¡qué espectáculos de fortaleza los de Palma, Martín y Omar, Scrivener, Feliciano López y tantos otros héroes anónimos de los tiempos del cólera!

## SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

por

SEBASTIÁN O. GENATTI

### INTRODUCCIÓN

La salud (como veremos en el capítulo I) es considerada como un bien que al consumirlo un individuo, aumenta el bienestar de la población.

Un sistema de salud puede definirse como una acción social y tecnológica organizada para los problemas de salud y que no involucra necesariamente al Estado. Es decir, aplica un conjunto de acciones mucho más amplia que un sistema de atención médica.

En un medio para alcanzar la coordinación de los recursos pueden participar diferentes instituciones sin perder su autonomía, pero aceptando uniformar sus procesos administrativos.

Un sistema de salud, contempla la planificación coordinada de servicios a nivel central institucional, la coordinación administrativa y presupuestaria a nivel regional y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local.

Para comprender el sistema de salud argentino, en este trabajo, vamos a describir como se desenvuelve la salud en general en el mercado y los problemas que surgen de la interacción entre la salud y los demás agentes involucrados.

Para ello vamos a dividir el trabajo en tres capítulos. El capítulo I, donde, en primer medida, vamos a definir a la salud desde el punto de vista económico. El objetivo de este capítulo se centra en ofrecer un panorama general del mercado de salud, realizando una descripción del mismo y mostrando sus respectivas fallas, las cuales acrecientan la importancia de este mercado.

El capítulo II centra su estudio en el mercado de salud Argentina. En una primer parte, se confecciona la evolución historia del sector en la Argentina, con lo cual valoramos la intervención del Estado para otorgarle a la población atención médica. En una segunda parte, describimos el modelo de atención médica Argentina, donde desarrollamos la relación existente entre los diferentes actores del mismo.

En el capítulo III se detalla la legislación Argentina en materia de salud. Desde la Constitución Nacional hasta resoluciones ministeriales. Este capítulo es por demás importante, debido a que refleja las políticas llevadas a cabo por los diferentes representantes del gobierno Argentino.

### CAPITULO I

#### ~ LA SALUD COMO BIEN ~

La salud constituye un bien económico, pero es a todas luces un bien muy especial y particular en cuanto a sus características tanto en lo individual como en lo social. Estas peculiaridades son en primer lugar observables en lo que podríamos llamar **la función de producción de salud**, y en segundo lugar trasladan su influencia a los mercados de bienes y servicios relacionados a la misma, haciendo que la teoría convencional (neoclásica) resulte insuficiente, o directamente fracase al tratar de explicar el funcionamiento de este mercado como mecanismo de regulación de la actividad económica del área.

La enfermedad a su vez implica costos, tanto directos o monetarios para pagar la atención médica, como costos de oportunidad (lucro cesante, viajes, esperas, etc), por lo cual y entendiéndola como un riesgo financiero, las personas buscan limitar esos riesgos futuros e inciertos que amenazan su estado de salud, apuntando a preservarla, mantenerla o repararla, a través de los seguros médicos (obras sociales, prepagas, reembolsos, etc).

Desde la óptica social o colectiva, la salud es considerada como parte del capital social ligado al crecimiento y desarrollo de las sociedades, y en tal concepto pasa a ser considerado como un **bien meritório**. Y en este punto conviene aclarar que económicamente bienes tutelares, meritorios o preferentes, son aquellos bienes o servicios que, en opinión de las autoridades de una sociedad, resultan de importancia vital para el país, porque el hecho de que todos puedan alcanzarlo deriva en un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población. Luego, su acceso y consumo debe ser protegido, y un modo de lograr esto es hacer que eso no dependa de la capacidad adquisitiva individual.

A partir de la valoración de las sociedades y más concretamente luego de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los Estados han elevado la salud al rango de un derecho social que debiera ser universal, incorporándolo a las constituciones y asignando los medios para hacerlo efectivo mediante la reparación y prevención de la salud a través de la adecuada atención médica. Esto último está representado por los sistemas de salud o cobertura médica, oportunamente definidos por la OMS, como el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas los recursos del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, de la rehabilitación, de la prevención y del fomento

de la salud, y es lo que básicamente pasa a ser el bien a proveer y tutelar para el conjunto de la sociedad.

## LA FUNCIÓN DE PRODUCCIÓN DE SALUD

Definimos la función de producción de salud como la relación entre el nivel de salud alcanzado y los “recursos” (factores de producción) empleados para conseguirlo.

### Cuatro grandes factores o determinantes:

El primero de ellos es la **biología o la herencia**. Con referencia a este aspecto, sobre el que no opera la decisión o elección a nivel de políticas colectivas o conductas individuales, un panel de especialistas mundiales concluyó que en las principales causas de muerte la genética es responsable por aproximadamente el 27% de los casos.

El segundo condicionante de nuestra salud es el **ambiente** en que vivimos. Es obvio que hay lugares más saludables que otros. Aunque en general las áreas más pobres son también las más insalubres e incluso ecológicamente adversas, hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto la salud de los ricos como la de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel.

El tercer factor, que está muy relacionado con el anterior, son los **estilos de vida** que incluyen entre otros, nutrición, tabaquismo, sedentarismo, conductas de riesgo, adicciones, prácticas laborales, etc. Posteriores análisis del tema ampliaron la discusión sobre en qué medida se trata de un problema individual y en qué medida es un problema público, valorando la real posibilidad y responsabilidad de los individuos de modificarlos, en tanto sigan inmersos en las circunstancias existenciales que los llevaron a adoptarlos.

**Sistema sanitario**, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorios, médicos, laboratorios, medicamentos, etc.

### Se puede válidamente agregar a nuestra función de producción de salud, componentes menos clásicos pero técnicamente convalidados:

La salud de la población se ve influida simultáneamente por factores generales tales como la organización social y política, factores demográficos (edad promedio, distribución por grupo etario), factores genéticos, factores ecológicos, económicos, sociales, consideraciones culturales. Los mismos determinantes se aplican a la salud individual, de hecho están ligados a la salud no en base a la causalidad estadística sino por probabilidad estadística<sup>1</sup>.

La función de producción de salud es multifactorial y multidimensional.

## MERCADO DE SALUD

El mercado de los servicios sanitarios provee sólo uno de los factores de producción de salud, y que ellos son un medio y no un fin en sí mismos. Luego, la demanda de servicios sanitarios es una demanda derivada de la de salud.

### **Morfología del Mercado de la salud**

“El cuidado, mantención y recuperación de la salud de los miembros de una determinada sociedad se realiza mediante el empleo de recursos humanos (médicos, otros profesionales de la salud y otro personal), equipos e instrumental, servicios de hospitalización públicos y privados, vacunas y fármacos e insumos sanitarios y generales. Estos recursos son combinados en proporciones variables, las que normalmente son decididas por los profesionales médicos: en la mayoría de los casos son ellos quienes definen los exámenes necesarios, asumen la responsabilidad por el diagnóstico clínico de las patologías identificadas y determinan las terapias. Blumberg estimó en un estudio a fines de los setenta que el 70% del gasto en servicios de salud de una comunidad depende de las decisiones de los médicos.

Cada uno de los servicios e insumos mencionados identifica un mercado particular en el que actúan distintos proveedores – públicos y privados; nacionales y extranjeros – y usuarios, ya sea de bienes y servicios finales o de bienes y servicios intermedios, de consumo o de inversión. En dichos mercados prevalece un precio (o más bien un espectro de precios), alcanzado en virtud de ciertas reglas conductuales de los agentes – proveedores y usuarios o “pacientes” – que se desenvuelven enmarcados por estructuras de mercado más o menos competitivas se trata en general de mercados imperfectos en los que la oferta tiene relativa capacidad para crear su propia demanda.”<sup>2</sup>

En este apartado trataremos de lograr una aproximación sencilla al mercado de la salud a través de una descripción morfológica, marcando además algunos aspectos que consideramos claves para la comprensión de su funcionamiento, que desde ya advertimos que es altamente imperfecto, idiosincrático y con un componente relacional complejo y cambiante entre los roles e intereses que asumen los actores de los diversos submercados.

<sup>1</sup> Ortún, Rubio, Vicente, *La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones*. Cáp. III, pp71 a 77. Euge-Ed, Barcelona, España, 1990

<sup>2</sup> Katz JM y Miranda RM, *Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación*, Revista de la CEPAL 54, Diciembre de 1994

Desde la perspectiva de la demanda, los consumidores buscan mantener o reparar su salud a través de los servicios médicos, estando entonces dispuestos a adquirirlos a veces directamente, o en la mayoría de los casos demandando seguros médicos que les provean esos servicios a través de un pago previo, buscando de esta manera neutralizar el riesgo financiero además del sanitario que saben que les ocasionará un evento de enfermedad.

Desde la perspectiva de la oferta, la respuesta a la demanda de los consumidores se organiza en distintos submercados, que a su vez mantienen importantes interconexiones entre sí, influenciando y modificando su accionar entre unos y otros por distintos mecanismos.

Didácticamente, podemos identificar los siguientes “submercados”, que la mayoría de los autores llaman directamente “mercados de salud”<sup>3</sup>:

1. Mercado de Recursos Humanos que a su vez comprende el de los Servicios Médicos y el de la Educación Profesional.
2. Mercado de Servicios Institucionales (hospitalización pública y privada)
3. Mercado de Medicamentos.
4. Mercado de los seguros de salud o de financiamiento.

Tecnología médica: opera como un factor exógeno de alta influencia. El alto ritmo innovador que caracteriza al sector salud opera a nivel de todos los mercados señalados, disminuyendo su grado de competencia y eficiencia al introducir permanentemente nuevos productos, procesos y formas organizativas de los servicios. La necesidad de obtener rentas diferenciales por la introducción de nuevos productos y servicios origina aumento de precios y costos, a la vez que induce a una mayor demanda para recuperar costos de Investigación & Desarrollo (I&D) y marketing, apareciendo prácticas oligomonopólicas y aumentando las barreras de entrada y salida al mercado.

Tanto los mercados como los actores de los mismos son dinámicos y cambiantes, asumiendo alternativamente roles de oferta o de demanda, ejerciendo entre ellos múltiples y variadas influencias. Las agrupaciones, alianzas, integraciones verticales y horizontales e incluso las cartelizaciones aparecen con frecuencia. El poder de negociación y lobby de los grandes grupos se reflejan en los precios con más fuerza que los costos competitivos de producción.

La presencia de seguros o prepagos modifica tanto a la demanda (el precio aparentaría caer a cero para el que consume), como a la oferta prestadora y proveedora ya que a la relación médico-paciente (consumidor), se le suma la presencia del financiador con su propio poder e intereses. Si pensamos aquí que la demanda es principalmente decidida por el médico que trata, decide y prescribe, aparece la conocida frase que caracteriza a este mercado diciendo que “el que decide no consume, el que consume no decide ni paga, y el que paga no decide ni consume”, aludiendo al “tercer pagador” que es según los casos la seguridad social, el prepago o el Estado. Además las diferentes formas de pago establecidas por los seguros financiadores (por cápita, módulo, prestación, etc).

#### Elementos claves del Mercado:

Las fallas del mercado, la respuesta institucional a las mismas y sus efectos secundarios.

Una adecuada caracterización de la demanda y de la oferta del mercado particular, que estemos considerando, sus barreras de entrada y de salida y del bien o servicio intercambiado.

## FALLAS DEL MERCADO DE SALUD

### La eficiencia

Conseguir una efectividad utilizando a un costo mínimo o con los mínimos recursos. Dicho de otro modo: “conseguir la máxima efectividad con unos recursos dados”. Veremos las tres acepciones del mismo: la eficiencia técnica, la eficiencia de gestión y la eficiencia asignativa.

- **Eficiencia técnica:** consiste en obtener el producto buscado utilizando el mínimo de recursos o factores de producción posibles (Maximización de la producción).
- **Eficiencia de gestión:** consiste en obtener el producto buscado al mínimo costo posible. Es decir: maximizamos la producción a un costo dado. Acá hay que tener en cuenta que en sí es un concepto relativo, y entonces necesitaremos términos de comparación, por ejemplo con otras organizaciones o países (minimización de costos).
- **Eficiencia económica o asignativa**<sup>4</sup>: “Es la producción al menor costo social de los bienes y servicios que más valora la sociedad y la distribución de los mismos de una forma socialmente óptima” (P=CMg en competencia perfecta; P=CMe, monopolio).

<sup>3</sup> Katz JM y Miranda RM, *Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación*, Revistade la CEPAL 54, Diciembre de 1994, Material de la Cátedra de Economía de la Salud, Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud, Fascículo 21, Agosto de 1999.- 2) Vassallo, C. Mercados de Servicios Médicos en al Argentina 3)Sellanes M, Morfología del Mercado de Medicamentos en Argentina.

<sup>4</sup> Ortún, Rubio, Vicente, *La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones*. Euge-Ed, Barcelona, España, 1990.

Las definiciones dadas son estáticas. Pero lo esencial de una economía es su capacidad de crecimiento, y esto es su eficiencia dinámica, o sea su capacidad de crecimiento. Esta depende de la capacidad de innovación y la flexibilidad o adaptabilidad productiva y organizativa de sus agentes. El crecimiento económico en el largo plazo está dado por la interacción de dos elementos: las capacidades y los incentivos. La capacidad está dada por los factores productivos en cuanto a calidad y cantidad: oferta de capital humano, ahorro, capital físico y competencias técnicas y organizativas. A su vez, el sistema de incentivos determina el grado de eficiencia con el que se explotan esas capacidades. Podemos así entender que los fracasos del mercado y de los mecanismos de asignación de recursos por el Estado son en definitiva inadecuaciones del juego de incentivos para gestionar armónica y eficientemente los recursos o factores productivos de que dispone, y lograr maximizar los resultados a nivel social.

**Las fallas del mercado. El caso del mercado de servicios de salud**

Los servicios de salud forman parte de los llamados " mercados imperfectos", dado que presentan una serie de fallas que afectan negativamente la soberanía del consumidor y que derivan en desequilibrios limitando seriamente su eficiencia. Se trata pues de un mercado de competencia imperfecta que no logra un equilibrio, o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado, y cuyos efectos finales no llevan al bienestar de la población. Los conceptos que hemos visto acerca de la salud como un bien meritario o tutelar a la presencia de estas fallas en el mercado, ya podemos hacer referencia a lo que indica la teoría y práctica económica en un caso como el que nos ocupa: que existe la necesidad de la intervención del Estado, que interviene dentro de sus funciones económico sociales, principalmente como regulador, proveedor y financiador. Esto da origen al debate sobre la dosis necesaria de intervención pública en los mercados sanitarios. Cuando una falla de nuestro organismo provoca síntomas que quitan bienestar, la respuesta médica es corregir esta situación, en el caso del mercado de servicios de salud: cada una de estas fallas genera una respuesta institucional que busca corregirla, pero ésta a su vez provoca efectos secundarios no deseados.

Las **fallas principales** agrupándolas en siete de tipo positivo y dos de tipo normativo.

Fallas del mercado de los servicios de salud	
Positivas	Normativas
Incertidumbre o falta de información	Dependen de opiniones y juicios de valor
Información a simétrica	
Insuficiencia de racionalidad individual	Bienes tutelares
Externalidades	Equidad
Bienes públicos	
Rendimientos crecientes	
Mercados incompletos	

Incertidumbre o falta de información:

Una de las fallas capitales en nuestro mercado de salud, más claramente visible cuando la pensamos en relación al evento de riesgo por el cual actuaremos como consumidores de servicios de atención médica: la enfermedad. Y aparece aquí una alta dosis de incertidumbre, que podemos dividir en:

La enfermedad vista como un riesgo sobre el que no tenemos respuesta cierta, que además de las connotaciones de sufrimiento y amenaza sobre la vida misma, está ligada a un quebranto financiero, sea a través de la demanda y pago de los servicios capaces de restituir o reparar la salud como al hecho del eventual lucro cesante que puede derivarse de ella.

Dada la natural aversión de las personas a un riesgo de esta naturaleza, la respuesta institucional – en este caso del mercado – son los seguros públicos o privados, o una mezcla de ambos. Si las primas pudieran calcularse correctamente a nivel actuarial, con toda la información pronostica posible sobre el gasto esperado por cada usuario, dependiendo de su estado de salud, y si no se tratara de un bien tutelar como es la salud, no habría mayor problema. Pero como sabemos, esto no es así en la práctica, y aparecen entonces dos.

Efectos secundarios:

**Selección por riesgos:** que es un defecto precontractual que se da por el lado de la oferta, por el cual las aseguradoras tratan de maximizar de modo oportunista sus beneficios seleccionando los buenos riesgos y rechazando o desviando los riesgos desfavorables o altos, que potencialmente le

significarían un mayor consumo de servicios (enfermos crónicos, con preexistencia o antecedentes de cáncer, enfermedades cardiovasculares, personas mayores de 60 años, discapacitados, etc).

**Selección adversa:** no obstante lo anterior, los propios usuarios pueden causar este efecto secundario precontractual, que también limita la eficiencia del mercado de seguros. Sería una conducta oportunista en espejo, basada en la mayor información que poseen los usuarios acerca de su salud y su propensión a utilizar los servicios, por la cual se busca esconder información para que el contrato se efectivice. Entonces, dado que las primas de seguro de los menos sanos serán demasiado caras, éstos tienden a asegurarse menos que quienes presentan un riesgo alto.

**Abuso o riesgo moral:** es otra variante de oportunismo postcontractual, por la cual ya no sólo se escondería información sino acción. En este caso, el hecho de que una persona esté asegurada o disponga en forma prepagada de servicios de salud que deberá pagar igual consume o no los mismos, puede llevarlo a un “consumo excesivo o superfluo”. Básicamente es el cambio de actitud del consumidor respecto de la cantidad demandada de bienes, al eliminar el pago de esos bienes por medio de una tasa de seguro fija, invariable respecto al uso o no de esos bienes o servicios. Los tres efectos secundarios que hemos visto se basan en un esquema de seguros privados. En caso de aseguramiento público financiado por un sistema nacional de salud no encontraremos selección adversa, pero sí distintas variantes de los otros dos.

Los tres efectos secundarios que hemos visto se basan en un esquema de seguros privados. En caso de aseguramiento público financiado por un sistema nacional de salud no encontraremos selección adversa, pero sí distintas variantes de los otros dos.

#### Incertidumbre respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos:

Dentro de las ciencias prácticas, la medicina es acaso una de las más inciertas. Hay incertidumbre por parte del paciente en cuanto a la efectividad del tratamiento, a su duración, su costo final, su calidad, etc. Pero también hay de parte del profesional prestador un grado lógico de incertidumbre por ejemplo respecto a lo acertado del diagnóstico, a la respuesta y tolerancia al tratamiento instituido, a la conducta del paciente respecto al cumplimiento de lo prescripto, y tantas otras que en conjunto explican la variabilidad presente en la práctica médica.

**La respuesta institucional – en este caso del Estado, directamente o bien por delegación a una asociación profesional – para proteger a los consumidores de la mala posibilidad de proveedores de mala es la regulación del ejercicio profesional, la habilitación, acreditación y categorización de prestadores, etc.**

Nuevamente, aparecen **efectos secundarios:** entre ellos el más grave es el **poder monopolista** que imprime o puede imprimir esta limitación de la entrada de oferentes al mercado. Decir, quienes tienen la capacidad de regular también detentan el poder de crear un **monopolio**, regulando la entrada a la profesión, la especialidad, o el ejercicio a nivel regional en beneficio naturalmente de los intereses de quienes están regulando.

#### Asimetría de la información:

Esta es otra de las fallas capitales más típica de los mercados de servicios de salud, y se refiere a la asimetría o diferencia en el grado de información que posee el médico respecto del paciente, o sea entre las dos partes que contratan el servicio (por extensión de la oferta respecto a la demanda de atención médica). Es fácil observar que la soberanía del consumidor informado que elige y decide libremente en este caso no se da en absoluto.

Si bien la relación médico-paciente es el caso más típico, esta asimetría se replica en múltiples oportunidades en este mercado. Un ejemplo típico lo constituye el submercado de medicamentos. El médico prescribe una droga sobre la que el paciente que va a consumirla ignora todo, pero no obstante la compra y la consume. Pero a su vez, si comparamos la información que sobre esa misma droga tiene el médico prescriptor y los laboratorios que la producen, aquí se verifica nuevamente una asimetría y una asincronía de la información pero esta vez a favor del laboratorio, que va a tener en última instancia más precozmente una cantidad mayor de datos acerca de ese medicamento, no sólo médica sino económica. Si a ello le sumamos la presencia de un tercer pagador, por ejemplo la seguridad social, que va a pagar por esa droga que no eligió ni va a consumir, vemos que la alta imperfección del mercado queda reflejada en una frase **“el que elige no consume; el que consume no elige ni paga y el que paga no elige ni consume.”**

La principal **respuesta institucional** a esta situación es la **relación de agencia** que se establece entre el médico y el paciente. Veamos un poco más en detalle en qué consiste<sup>5</sup>. Decimos que existe una relación de agencia cuando una persona, a quien llamamos “principal”, delega en otra denominada “agente” el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo. La relación médico-paciente es un caso típico que puede analizarse desde la teoría de la agencia, ya que el paciente delega en el médico, en virtud de su asimetría negativa de información, el poder de decidir cuál es el tratamiento indicado para la dolencia por la que consulta.

Si inscribimos esta relación en el marco de ética médica que debe prevalecer, tendremos una situación positiva, en la que el médico cumplirá con los requisitos a que está obligado: un conocimiento científico lo más completo y actualizado posible sobre la materia a tratar, una consideración

<sup>5</sup> Martín Martín, J. y Del Puerto López del Amo González M. *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*, Junta de Andalucía – Consejería de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.

antropológica y de los valores humanos y morales en juego y la consideración de la bondad o maldad del acto técnico en juego.

Luego, la decisión tomada al adoptar la conducta terapéutica y prescribir el tratamiento cumplirá con los principios de eficacia, efectividad y eficiencia. En este caso tenemos una relación de agencia perfecta, ya que el agente ha respetado los principios éticos inherentes a su profesión y ha tomado en cuenta sólo las variables pertinentes al paciente (el diagnóstico, el pronóstico, la situación familiar y socioeconómica, la presencia o no de cobertura médica disponible y el alcance de ésta, etc).

Pero puede darse la situación en que el agente médico empiece a considerar variables que no afectan positivamente los intereses del paciente, sino los suyos o bien los de la institución, y que éstos comiencen a pesar mucho en la decisión: entonces la relación de agencia se torna incompleta. Por ejemplo: prescribir medicamentos de marcas que le otorgan beneficios en especies (inscripción a congresos, viajes, etc), recitar a la consulta innecesariamente, indicar estudios superfluos que le reditúan alguna participación monetaria (o no indicar los necesarios por los costos que le significarían al prepago del cual él es empleado) incluir pacientes en protocolos que está adhiriendo, dar altas indebidamente precoces para liberar camas, etc)

Esta situación supone un comportamiento oportunista del agente, que acarrea un costo para el principal y que se denomina pérdida residual, que puede entenderse como la diferencia entre el bienestar o utilidad potencial que alcanzaría el principal en el supuesto de un comportamiento óptimo del agente, y el que realmente ha alcanzado.

A su vez, para minimizar esto se plantean sistemas de incentivos que buscan alinear los intereses del agente con los del principal (pensemos esto también a nivel de las organizaciones y sistemas de servicios de salud). Pero estos mecanismos también tienen sus propios costos. Entonces estos costos sumados a la pérdida residual constituyen los llamados “costos de agencia”.

#### Presencia de Bienes Públicos:

En economía el concepto de **Bien Público** difiere de la acepción que se le da en lenguaje político-administrativo. Implica dos condiciones:

- **No rivalidad:** el consumo de ese bien no reduce la cantidad del mismo disponible para los demás.
- **No excluibilidad:** no es posible excluir a nadie de su consumo.

Algunos de los servicios de salud poseen en mayor medida las características de los bienes públicos, especialmente aquellos que suelen incluirse en la salud ambiental, la prevención, la investigación o la educación sanitaria. Como ejemplos podemos citar la higiene alimentaria, la protección de riesgos medioambientales, la fluoración de las aguas, los servicios de alcantarillado y tratamientos de excretas.

En el caso de los bienes públicos, el propio concepto de demanda como disposición a pagar falla, ya que al no poder quedar nadie excluido del uso de estos bienes, los consumidores tendrán incentivos para ocultar su “disposición a pagar”. Como consecuencia de esto el mercado no constituye un mecanismo de asignación eficiente, porque da lugar a una provisión desde inferior a la socialmente óptima a nula inclusive.

La respuesta institucional está dada por la provisión pública de estos bienes (por ejemplo financiada por impuestos), subsidios o asistencia benéfica.

Los efectos secundarios que se siguen es la aparición conductas “aprovechadas” de ciertas personas que, sabiendo que no pueden ser excluidas del disfrute de esos bienes deciden no contribuir voluntariamente al pago. (free-riders).

#### Presencia de externalidades:

Externalidades: son los beneficios o los perjuicios que se causa a un tercero como consecuencia de la producción o el consumo de servicios sanitarios. Luego un bien presenta externalidades cuando su consumo afecta indirectamente a personas distintas a quienes decidieron y realizaron el consumo de ese bien. Tenemos entonces en sanidad **externalidades positivas** (o beneficios), como por ejemplo las vacunas, la investigación, la información. El caso más ilustrativo acaso sean las vacunas: en este caso aparte de la utilidad propia y privada que tiene quien se vacuna, aporta además un efecto externo del que se benefician aún quienes no la “consumieron”, pues disminuyo el riesgo de contagio a nivel social.

El caso contrario de **externalidades negativas** pueden ser las enfermedades infectocontagiosas o el conducir en forma imprudente, donde claramente se genera un riesgo de perjuicio sobre terceros ajenos al acto.

Hay algunos autores que hablan de las externalidades filantrópicas, son las que justifican planteamientos y deseos de equidad en salud: en mi función de utilidad entra como argumento no solamente mi nivel de salud sino también el de los demás. A la gente le gusta saber que sus conciudadanos están sanos. Igual que ocurría con los bienes públicos y por razones similares, el mercado proveería ineficientemente estos bienes y servicios, en menor cuantía que el nivel socialmente óptimo. También en este caso es porque la demanda únicamente recoge la disposición a pagar por la utilidad o el beneficio privado del demandante, sin tener en cuenta el beneficio que produce a los demás.

La respuesta institucional está dada también en este caso por la provisión pública de estos bienes y servicios, subsidios o asistencia benéfica de acuerdo a los distintos sistemas de salud.

Los efectos secundarios, también a semejanza de los bienes públicos consisten en la aparición de free-riders.

#### Mercados incompletos:

En este caso es un concepto técnico, que se refiere a la posibilidad de que exista gente dispuesta a pagar pero no haber oferta para ese tipo de consumo, generando entonces una demanda insatisfecha: por ejemplo personas discapacitadas que desean adquirir un seguro de salud que sin embargo nadie ofrece en plaza, o una determinada tecnología médica que no obstante nadie ha importado a determinada región donde hay gente dispuesta a consumirla, pero en un número demasiado escaso para motivar una oferta.

#### Rendimientos crecientes:

Los rendimientos crecientes implican economías de escala. Estas pueden justificar la existencia de monopolios naturales en el mercado de la salud, por ejemplo en caso de zonas de baja densidad geográfica donde no tendría sentido que existiese más de un proveedor, entonces el Estado con un único hospital zonal actuaría como un monopolio natural económicamente justificado.

#### Racionalidad limitada:

Esto se refiere a que, aún siendo perfectamente lógicos en la generalidad de nuestros actos, no obstante en cuanto a nuestras decisiones como consumidores de servicios de salud, hay un mayor margen de actuar con insuficiente racionalidad a nivel individual. No olvidemos que hay además una información incompleta y altas connotaciones emocionales cuando está en juego la salud o la vida (nuestra o de quienes queremos). Por lo tanto, es común que se den en la vida situaciones o dilemas, en los que aún queriendo ser racionales, podemos actuar de modo desfavorable para nosotros o para los demás.

Veamos finalmente las dos fallas de carácter normativo, en el sentido de que dependen de juicios de valor, ideologías u opiniones: los bienes tutelares y la equidad.

#### Bienes tutelares:

Hemos hablado de este concepto en la introducción del presente capítulo, recordemos entonces que bienes o servicios tutelares, meritorios o preferentes, son aquellos cuyo consumo es considerado prioritario por las autoridades de una sociedad, independientemente de las valoraciones individuales, luego no se considera adecuada su provisión por el mercado.

La respuesta institucional está dada por el Estado, que reconoce, promueve y protege el derecho a la salud y está legitimado para intervenir en la financiación sanitaria y para regular aspectos relacionados con los hábitos de vida adquiriendo una mayor capacidad de intervención en el mercado.

El efecto secundario está dado por la imposición de preferencias del poder público, limitando así la “soberanía” del consumidor”. Por ejemplo, las inmunizaciones obligatorias en período escolar primario, el uso del cinturón de seguridad, etc.

#### La falta de equidad:

Hemos dejado para el final esta falla normativa, por la profundidad de su impacto contra el mercado como mecanismo de asignación de recursos. El paradigma del mercado es la eficiencia, pero a la vez esto implica que no toma en cuenta para nada el criterio de equidad en la distribución de los recursos en una sociedad.

Si bien no profundizaremos ahora el concepto de equidad, veamos dos textos muy a propósito de este concepto en referencia a los mercados:

El concepto de equidad en salud, puede ser abordado, desde la perspectiva de la igual oportunidad de todas las personas que participan de un sistema de salud, de tener acceso a los servicios de acuerdo a sus necesidades reales de salud. La inequidad en el acceso se puede deber a razones económicas de las personas para cubrir sus gastos en salud, a la distribución geográfica de los servicios, a las barreras impuestas por las creencias, la cultura y la educación.

El concepto de equidad en el acceso: significa que las personas acceden a la atención de salud de acuerdo a su necesidad y no de acuerdo a su nivel de ingreso. El concepto de equidad en el financiamiento: significa que la gente participa en el financiamiento de su salud con relación a su nivel de ingreso y no en relación a sus riesgos de salud<sup>6</sup>.

La respuesta institucional debido a las múltiples imperfecciones de los mercados de bienes y servicios médicos, el Estado tiene la responsabilidad de establecer procedimientos eficaces que permitan garantizar la calidad, evitar la ineficiencia y promover la equidad, por ejemplo modulando cinco funciones más específicas: el desarrollo del sistema, la provisión y coordinación, la gestión financiera, la regulación propiamente dicha y la protección al consumidor.

### **LAS FALLAS DEL ESTADO EN SANIDAD**

En este apartado, haremos una breve referencia a las fallas del Estado dado que, como en la mayoría de los mercados, en sanidad, el Estado también falla como mecanismo de asignación de los recursos.

---

<sup>6</sup> Martínez E. y Villalba S. “La Equidad frente a los sistemas de seguros públicos y privados: La experiencia en Paraguay”, I Jornadas Americanas, IX Jornadas Internacionales y X Jornadas Nacionales de Economía de la Salud - AES - Fundación Isalud, Bs.As., 2000.

Existen fallas públicas por **acción** y por **omisión**. Entre las primeras se incluyen aspectos tales como la creación de grandes empresas deficitarias en los sectores más diversos, programas de inversión o más allá de las reales posibilidades, controles sobre el sector privado, grandes déficit fiscales y gastos innecesarios. Entre las segundas encontramos, falencias tales como el deterioro de servicios e infraestructura, ausencia de regulaciones, etc.

Una de las principales causas de este tipo de fallas, tanto las provocadas por acción como por omisión, es la falta de incentivos organizativos e individuales. Las organizaciones públicas son monopolios con inmortalidad garantizada porque no pueden quebrar. Los servicios no son pagados directamente por el consumidor, con lo cual éste no actúa como cliente y existe una ausencia de relación entre los ingresos (coactivos) y los gastos. En cuanto a los incentivos individuales, normalmente la prevención de la alternativa política, la prevención de que los funcionarios acompañen a los gobiernos salientes, ha llevado a establecer una estabilidad en el empleo. Sin embargo, se ha evitado un problema pero se ha creado otro: una persona no puede ser despedida cuando hay un cambio de gobierno pero posiblemente tampoco lo sea por vagancia o por incompetencia manifiesta.

Clásicamente se citan cuatro fallas principales del "no-mercado": falta de relación entre ingresos y costos, objetivos de la propia organización, externalidades derivadas de la acción del Estado, e inequidades distributivas.

Dado que a nivel del Estado los ingresos se obtienen de manera coactiva, los incentivos para conductas eficientes y minimizadoras de costos pasan a un plano secundario. Del mismo modo, las posibilidades tecnológicas para aumentar la productividad o realizar economías de escala son menos explotadas en el Estado que en el mercado.

Los móviles políticos a nivel estatal pueden no coincidir con la eficiencia o el altruismo. En ausencia de beneficios, surgen incentivos perversos (poder, clientelismo político) y variables en pro de intereses marginales, como manejo de la información, tamaño de la planta de personal o del presupuesto, etc. Aparecen así "internalidades" o sea costos y beneficios privados u organizativos que se incluyen en el cálculo de quienes toman las decisiones sanitarias y sociales.

## CAPITULO II

### ~ LA SALUD EN LA ARGENTINA ~

#### EVOLUCIÓN HISTORICA

En Argentina estuvo precedida por un cisma institucional que impidió pensar desde un comienzo en las reformas de segunda generación que se imponen en ese escenario, instituyendo inicialmente en un esfuerzo de todos: la emergencia sanitaria, que retrospectivamente fueron reformas de primera generación.

Aún cuando tomemos todos estos conceptos como meras disputas académicas o intelectuales, ellos están presentes en la forma de concebir la realidad y en la construcción de utopías, de superar esta coyuntura sin dogmas, ni recetas impuestas, con libertad, identidad y el búsqueda del desarrollo ciudadano.

Además, este nuevo estudio del desarrollo social representa una fuerte ruptura con el pasado y esta signado por una destradicionalización de las relaciones sociales, disminuir la exclusión social, incremento de la reflexión social, de colocar la salud, y especialmente la salud pública en lugar de privilegio en la agenda social, en la consideración de la ciudadanía, con incremento de autonomía, de capacidad de autoorganización, mejora en los programas y reasignación de inversiones, entre otras.

La provisión de la salud en Argentina está cubierta por cuatro subsectores:

- Sector público
- Seguridad social
- Privado - sistema de previsión prepago
- administradoras de riesgo de trabajo

Estos sectores no se complementan entre si, con subsidios cruzados, comportamiento oportunista e incumplimiento contractuales. Dentro de la seguridad social, se pone en duda econométrica, un sistema basado exclusivamente en aportes sobre salarios. Además de las asignaciones no remunerativas y de los atrasos salariales.

#### Evolución Histórica:

La evolución diacrónica sectorial de los últimos treinta años en consonancia con los procesos políticos y sociales, tuvo tres períodos marcados y una cuestión cismática, donde se destruyeron todos los supuestos. Son ellas las décadas el setenta, ochenta, noventa y la caída del gobierno en el 2001.

En la década del setenta, donde se había logrado consolidar institucionalmente un esquema de provisión de la salud al noventa y cinco por ciento de la población, a través de la cual, con la concurrencia del sector público y un característico sistema de seguridad social con obras sociales

sindicales y provinciales producto de lo cual se pudo alcanzar una extensa cobertura cualicuantitativa. Pero perdiendo valor como un bien diferencial, o bien tutelar, quedando como bien público.

El más importante de aquellos cambios que se produjeron al final de la década del 60 y comienzos de la década del 70, cuando a través de la **ley 18.610** se sancionó para todos los asalariados la institución de un seguro obligatorio. La ley 18.610 obligaba a todos los trabajadores. Aquel se financiaba con un aporte como porcentaje del salario (3%) y un aporte de la patronal también sobre el salario (6%). La ley autorizó la creación de obras sociales, que eran cajas por rama de actividad, administradas por los sindicatos de aquella actividad. Posteriormente a través de la ley 18.890 se autorizó la creación de un sistema similar para el personal jerárquico de las empresas. Estas normas permitieron la creación de centenares de obras sociales. La **ley 19.032** creó el Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados que mediante un aporte de los asalariados activos, más un aporte de los jubilados creó también un sistema de seguro de salud para los adultos mayores retirados destinado a la atención de la salud y a otros servicios sociales.

Tomando como ejemplo la legislación de la Nación en numerosas provincias se instituyeron cajas provinciales para los empleados públicos de cada una de ellas.

Las obras sociales nacionales se consolidaron en 1970 a través de una ley que hizo obligatoria la afiliación (y las contribuciones) para todos los empleados del sector privado y del gobierno nacional cubiertos por un convenio colectivo de trabajo. Las obras sociales se encuentran organizadas por ocupación o rama de industria (trabajadores de la construcción, trabajadores del comercio, trabajadores metalúrgicos, etc.). Y deben proveer servicios de salud a sus afiliados y a su familia directa. En 1996 había más de 300 instituciones y 10 millones de beneficiarios. Sin embargo, las 17 obras sociales más populosas, con más de 100 mil beneficiarios cada una, representan el 57% de los beneficiarios.

Con el desarrollo de las obras sociales, (instituciones de salud de la seguridad social), el sistema fue adoptado como rasgo definitivo el alto grado de fragmentación, ya que a través de esas instituciones, los trabajadores trataron de introducir las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que su organización, sin poder consolidar economías de escala, desarrollando estructuras administrativas relacionadas con una magnitud de beneficiarios distintas que la actual. A su vez la falta de integración con los subsectores público y privado y la fragmentación existente al exterior de cada uno de ellos completaban los rasgos rupturales o balcánicos del sistema, con faltas sistemáticas medulares en la integración privada de la seguridad pública.

“El modelo estado burocrático- autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976, asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en radicar las bases del estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses es conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. Las fuerzas armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico. Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, agravando el desmantelamiento de los servicios sociales, en mano del estado, y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizados como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y sistemas locales aparecen esbozados en el discurso oficial”.<sup>7</sup>

Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando el presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se le otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación de las obras sociales.

El modelo neoliberal es incorporado en la formulación de políticas públicas bajo el régimen autoritario. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios. (Aún como medida contencionista) e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área del capital.

A los fines de la década del 80 el sistema social cubría a gran parte de la población del país, esta cobertura entre las más alta del continente permitió que la cobertura extendiera a todo el país, aunque con situaciones disímiles. Después del brote hiperinflacionario de 1988-1989 el fenómeno socio económico de mayor impacto sobre la salud y los servicios para asistirlos es, sin duda, la extensión del desempleo, subempleo y precarización laboral en general que, sumados, alcanzan a uno de cada dos argentinos y argentinas en edad y con voluntad de trabajar.

En la década del 90, se desarrolla la reforma silenciosa, con deterioro del sector productivo y consecuentemente de la seguridad social. Paralelamente la evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una gran crisis económica han contribuido en los últimos años, a ahondar a un más la fragmentación del sistema<sup>8</sup>.

Durante ese tiempo los argentinos, hemos limitado las reformas de salud en aspectos financieros, en debatirnos en la restricción presupuestaria y el racionamiento, sin racionalidad, subsidiando la oferta, pagando costos de oportunidad y evitar la complementación de los subsistemas no se trabajó en el cambio de las conductas de los actores y en la profesionalización de los responsables.

Se impuso de esta condición una reforma que destruyó los principios de solidaridad, impulsó el descreme de la seguridad social, tratando de captar los beneficiarios con salarios más altos y deterioró al ritmo del déficit fiscal la prestación pública de salud.

<sup>7</sup> Tobar F. *Breve historia de la prestación de salud en Argentina*. Fundación ISALUD. Argentina. 2001

<sup>8</sup> Céntrangolo O. Devoto F. *Organización de la salud en la Argentina y equidad*. [www.paho.org](http://www.paho.org). 2001.

La tradición de privilegiar la atención médica ampliamente justificada por su carácter de necesidad sentida y expresada por la comunidad, genera un conflicto durante la aplicación de estas políticas de ajuste por el aumento de la brecha en la satisfacción de necesidades expresadas por la población, la insuficiencia de los servicios públicos y el crecimiento progresivo de la oferta de los servicios privados. Por otro lado se debilita la función de fiscalización que es una competencia delegable del estado, para el control de la calidad de los servicios médicos de la producción de medicamentos y el control de los riesgos en el campo de la industria de la alimentación y de productos agrícolas por consumo de bienes y servicios.

Así mismo el desarrollo de la seguridad social de características centralizadas impone, su vez, importantes restricciones a la autonomía real de los gobiernos provinciales en la provisión de salud dentro de sus territorios, por que las prestaciones son contratadas desde la administración de capitalina y se generan muchas veces convenios con administradores de cartera de riesgo, en la corporaciones de clínicas o profesionales generando factores de poder.

La expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articular de desarrollo global del sector. Orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas farmacéuticas y productores de equipamiento médico, fue el determinante del crecimiento del subsector y privado, orientado hacia la complejidad diagnóstica.

Por su parte la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema paso a quedar reservado básicamente, a la atención de la población más cadenciada, sin cobertura de la seguridad social y descentralizada de las autonomías jurisdiccionales.

Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios, esto hace que los lineamientos el nivel nacional tengan solamente un valor indicativo, estando la adhesión a los mismos condicionada por las coincidencias en el plano político más general. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita, generando esto una nueva ruptura en la lógica de la construcción de una red sociosanitaria.

Las tensiones entre las regulaciones nacionales, provinciales y municipales generan un particular modo de funcionamiento del mercado y el acceso a los servicios de salud por parte de los habitantes de las diferentes regiones del país. Ella cobra especial significación si se tienen en cuenta la existencia de importantes disparidades regionales.

En el ámbito del gobierno nacional, funciona la Superintendencia de Servicio de Salud, con entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Salud, que controla a las obras sociales, se impulsan acciones transformadoras, como el compromiso con el usuario y reconocimiento del esfuerzo solidario, incrementando las prestaciones, desarrollando conciencia sobre los bienes de confianza sanitarios e impulsando un modelo competitivo de seguros sociales de las obras sociales nacionales, quedando sin regulación los prepagos, las obras sociales provinciales y las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

Existe una dispersión en los montos de recaudación, gastos administrativos y de gastos prestacionales en las obras sociales. Para tratar de subsanar este problema de desigualdad entre las distintas obras sociales, se utiliza el Fondo Solidario de Redistribución que es financiado por el 10 por ciento de las contribuciones a las obras sociales (si no superase un ingreso mensual de 1000 pesos) y del 5 por ciento si superase este límite, a su vez este porcentaje se incrementa al 13 o 10 por ciento dependiendo del nivel de ingreso de los empleados de dirección. Estos recursos son distribuidos entre las obras sociales a través de una fórmula predeterminada que tiene como objeto que los recursos disponibles para todas las obras sociales sean capaces de asegurar un mínimo por beneficiario. Pero queda pendiente en su jurisdicción la creación de un seguro patologías de baja incidencia y alto costo.

En cuanto a la efectividad del sistema de salud, la OMS ubica en el puesto 49 en su ranking de logros en el sector salud, en el puesto 71 en el nivel de salud de la población y en el puesto 7 en el ranking del funcionamiento del sistema salud.

Recordando que la ciudadanía no involucra solamente la existencia de derechos civiles, políticos y sociales, sino también la posibilidad efectiva de ejercerlos, es imperioso revertir esta tendencia, asumiendo responsabilidades dirigentes, siendo más efectivos y poniendo objetivos concretos, realizables, no ideales en las acciones efectivas de salud.

La anomia, la obsolescencia social, la ruptura del contrato moral y social, nos hace subsistir en un medio de alta incertidumbre, donde los compromisos son incumplidos, en donde no existen relaciones históricas.

La sociedad se llevó por delante las instituciones, el sistema de salud, no es la excepción. Por ello es tan compleja la reconstrucción de la solidaridad, del principio, los valores y el marco normativo, están arraigados el cortoplacismo y la nomina, obliga a pensar sin perspectivas, con soluciones intermedias y sin modelo de país. La consecuencia inmediata de estos cambios hace que se deba soportar la disminución de recursos, dificultades en los flujos financieros, acompañado de ambos drásticos en las actitudes prescriptas y aumento de los costos de producción sanitaria, con restricción presupuestaria.

La crisis del sistema de seguridad social es el reflejo de lo anterior y de una lógica propia, altamente fragmentada, con presencia de actores que tratan de imponer los intereses corporativos y con incapacidad para generar el financiamiento sustentables para asegurar coberturas, competencias y poder de compra.

Un modelo que por el lado de resultados, la eficiencia en el gasto y las proyecciones fue infragestionado e hiperadministrado, con dificultades en la organización del sistema de provisión, lo que se trasunta con indicadores de mortalidad materna e infantil más elevados de los esperados, con cuestiones elementales, de asunción de roles y aceptar los propósitos, e impulsar acciones en el mediano plazo, que hagan a la mejora de los procesos, pensados en los usuarios, en la gestión de los

pacientes, en los cambios necesarios de la conducta médica prescriptiva y la gestión clínica. No se respetan los objetivos, esto lleva a que la principal corrupción de nuestro sistema sea la de los objetivos. Que como elemento indicador de la función gerencial tresunta desde las acciones cotidianas a los logros en el mediano plazo.

Luego de la situación de crisis institucional, financiera, social y económica, se implementó la emergencia económica, base de la reforma de primera generación, con medidas de restricción y racionamiento, orientadas en sentar bases sólidas para la transformación sectorial. Cuyos ejes fueron: fortalecer el sector público, fomentar la prescripción por denominación común internacional, desarrollar políticas de consenso, implementar políticas de salud como políticas de estado. Políticas de estado hacia el desarrollo de la cultura de la salud integrada y complementaria, así como el aprendizaje social, necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

### MODELOS DE ATENCIÓN MÉDICA ARGENTINA<sup>9</sup>

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, Atención Médica es el conjunto de medio específicos y directos destinados a poner al alcance del mayor número de personas, los recursos de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, de la rehabilitación de la prevención médica y del fomento de la salud.

El proceso de atención comprende todos los procesamientos y actividades médicas por las cuales se canaliza la atención y resultados son los cambios logrados en términos de salud y satisfacción.

El modelo actual de atención médica y su marco referencial se compone de la siguiente manera:

- Estado
- Marco Jurídico
- Marco regulatorio
- Superintendencia de servicio de salud
- Defensa al consumidor
- Marco legislativo P.M.O
- Control de Gestión

A los fines del presente análisis, destacaremos **cuatro componentes fundamentales** válidos en el marco de los sistemas de seguros de salud de carácter privado o semipúblico y trataremos de formular algunos principios básicos que rigen su interrelación.

El primer componente es quien recibe los beneficios de las asistencias y quien contribuye o aporta para su financiamiento: llámese usuario, beneficiario o cliente si lo tomamos en términos individuales, o población, si lo tomamos en términos colectivos.

El beneficiario ocurre al profesional, prestador o efector, demandando atención médica.

Ante la manifestación de esta demanda, el profesional indica, prescribe, solicita una prestación e induce al beneficiario a que tome contacto nuevamente con el sistema. Una vez obtenidos los resultados de dicha prestación se generan nuevas consultas con el prestador, hasta llegar eventualmente a la resolución del caso.

Este segundo componente es quien asume el rol de prestar la asistencia: personal, efector, proveedor o prestador.

Los proveedores pueden ser profesionales independientes o personas jurídicas.

El prestador, efector o profesional médico, funciona como un agente de la relación de agencia que existe entre el financiador y el beneficiario.

Es el que traduce la demanda del beneficiario y determina la real necesidad de una prestación.

El tercer componente que aquí destacamos es la intermediación ya sea en la compra o en la financiación de servicios, implicando una relación de agencia.

El financiador es la Institución aseguradora que intermedia en la relación entre prestadores y beneficiarios. Este tercer pagador asegura la cobertura del beneficiario y el pago de las prestaciones, estableciendo vínculos contractuales con ambos términos de la relación.

Este financiador de la atención de la salud puede pertenecer a la seguridad social, a la seguridad privada o bien al propio estado.

El cuarto componente es el conjunto de prestaciones médicas que a modo de catálogo técnico quedan incluidas en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y bioquímicas. Sin embargo este catálogo aislado no responde a la realidad asistencial, no evoluciona con el desarrollo tecnológico ni permite ajustar precios que han quedado ciertas unidades monetarias equivalentes.

Un catálogo técnico de prestaciones está muy lejos de responder a las necesidades lo correccionales.

Dichos catálogos se deberían articular dirigidamente para atender las necesidades propias de cada región, desarrollando así Programas médicos que deben exigir el cumplimiento de normas de procedimientos para un conjunto de procesos indispensables para la calidad y eficiencia del sistema.

Una correcta implementación de los mismos deberá estar acompañada de un sistema de gestión clínica y médico administrativa así como de un sistema de control de gestión que permita evaluar el uso óptimo de los recursos; la calidad, justificación y oportunidad de las prestaciones; medir resultados e impacto sanitario, evaluar la eficacia, efectividad y eficiencia del sistema y cuantificar el impacto empresarial.

<sup>9</sup> Daccordi Horacio A., Dalmazzo Roberto A. *Manual de gerenciamiento en empresas de Salud*. Ed. Proa XXI, Argentina, 2003.

La relación entre los tres primeros componentes se halla condicionada a la vez por un marco normativo que organiza y determina las prestaciones a cubrir.

Estas han sido definidas a través de un programa médico denominado Programa Médico Obligatorio (PMO).

Consideramos de buena práctica reforzar este control mediante la participación activa del beneficiario o población en el cumplimiento del programa médico, ya que esto promueve mayor grado de satisfacción. En este caso, deberá existir una entidad que proteja los intereses del beneficiario actuando como conciliador de las desavenencias (defensa del consumidor).

La facultad punitiva ejercida a través de sanciones económicas por las asociaciones jerarquizadas de defensa al consumidor da paso al poder judicial para aquellos casos en los que se ha hecho un mal uso de la prestación y que puede lesionar los derechos adquiridos por el consumidor de servicios.

La denominada superintendencia de servicios de salud, es el ente regulador estatal para el cumplimiento por parte de los agentes de seguridad del programa médico redactado en la resolución 938/00 y de toda legislación a posteriori, hasta la emergencia económica y definición del PMOE (Programa Médico Obligatorio de Emergencia).

Dicho programa debe quedar enmarcado dentro de un proyecto regulatorio, función del Estado, que deberá garantizar al acceso a todas las acciones de salud.

### **CAPITULO III**

#### **~ ESQUEMA CONSTITUCIONAL Y LEGAL DE LA SALUD ARGENTINA ~**

#### **CONSTITUCION NACIONAL**

Artículo 5:

“Cada provincia dictara para si una constitución bajo el sistema representativo republicano, de acuerdo con los principios, declaraciones y garantías de la constitución nacional, y que asegure su administración de justicia, su régimen municipal, y la educación primaria. Bajo estas condiciones el gobierno federal, garante a cada provincia el ejercicio de sus instituciones”.

Artículo 42:

“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en relación de consumo a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de expresión; y a condiciones de trato digno y equitativo...”.

Artículo 121:

“Las provincias conservan todo el poder no delegado por esta constitución al gobierno federal, y el que expresamente se hallan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación”.

Artículo 123:

“Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el artículo 5, asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero”.

Artículo 126:

“Las provincias no ejercen el poder delegado a la nación...”.

#### **TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS**

Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que se le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Art. 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre:

“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de su comunidad”.

## ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD. LEGISLACIÓN

Ley 18.610:

Instituye para los asalariados un seguro obligatorio. Es la primera norma legal que regula el régimen de obras sociales y autoriza la creación de obras sociales.

Ley 18.980:

Autoriza la creación de un sistema similar para el personal jerárquico de las empresas del estado.

Ley 19.032:

Crea el Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados con el objeto de la prestación de servicios médicos asistenciales a jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y un grupo primario.

## OBRAS SOCIALES

Ley 23.660 quedan comprendidos en esta ley:

- Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo.
- Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones y organismos que teniendo como fines los establecidos en la ley, hayan sido creados por leyes de la Nación.
- Las obras sociales de la Administración Central del Estado Nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados: la del Poder Judicial y las Universidades Nacionales.
- Las obras sociales de las empresas y sociedades del estado.
- Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios.
- Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas.
- Las obras sociales del personal civil y militar de las fuerzas armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito.
- Toda otra entidad declarada a crearse que tenga como fin lo establecido por la ley.
- La finalidad fue destinar prioritariamente sus recursos a prestaciones de salud, prestaciones sociales y a su vez formar parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud, en calidad de agentes naturales del mismo y deben destinar como mínimo el 80% de sus recursos brutos a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el seguro de salud, a sus beneficiarios.
- Los beneficiarios obligatorios son los trabajadores que presten servicios en relación de dependencias, sea el ámbito privado o en el sector público de los poderes Ejecutivo y Judicial de la Nación, en las Universidades Nacionales o en sus organismos autárquicos y descentralizados, en empresas y sociedades del estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el territorio nacional de la Tierra del Fuego, Antártica e Islas del Atlántico Sur.
- Los jubilados y pensionados nacionales y los de la Municipalidad de Buenos Aires. Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales. Quedan incluidos en la calidad beneficiarios: Los grupos familiares primarios de las categorías anteriores y las personas que conviven con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar.
- El fondo solidario de redistribución: Estos recursos se destinan a través del ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud) a apoyar a las jurisdicciones adheridas a incorporar personas sin cobertura y carentes de recursos.

## SISTEMA NACIONAL DE SEGURO DE SALUD

Ley 23.661:

Crea el sistema nacional de salud con el alcance de un seguro social. Su objetivo fundamental es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitaria, integral y humanizada, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Se consideran agentes del sistema: las obras sociales nacionales, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema.

Los beneficiarios comprendidos en la ley de obras sociales, los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen de jubilaciones y pensiones., las personas que se encuentren sin cobertura médica asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios provisionales.

Administración del Seguro:

Se efectúa a través de la ANSSAL, que como autoridad de aplicación tiene competencia en relación a los objetos del seguro, promoción e integración del desarrollo de las prestaciones de salud y la conducción y supervisión del sistema.

### **Programa Médico Obligatorio de Emergencia Resolución Ministerial N° 201.20 Emergencia Sanitaria Nacional Decreto 2724/02**

Contexto Sanitario:

Por decreto N° 2.724/02 se declara la Emergencia Sanitaria Nacional.

El objetivo fue garantizar a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud.

Esta norma facultó al Ministerio de Salud a definir en el marco del PMO, las prestaciones básicas esenciales a las que comprende la emergencia sanitaria.

Define a las prestaciones básicas esenciales como aquellas necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades que deben garantizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras dure la emergencia.

Prescribe que el Sistema Nacional del Seguro de Salud debe tender a garantizar la equidad, universalidad y la solidaridad para todos sus beneficiarios.

Reconoce que el PMO no garantiza las prestaciones básicas indispensables.

Señala que en el PMO se admite la cobertura de prácticas y procedimientos no avalados por la evidencia científica.

Considera que se debe priorizar las políticas de prevención por sobre las acciones curativas.

Entiende como deber del estado normalizar la utilización de aquellas prestaciones de alto costo que se corresponden a patologías de baja incidencia, con el objeto de garantizar una utilización racional, dado que sobre utilización provoca un fuerte impacto económico negativo en detrimento de prácticas y procedimientos de probada efectividad clínica ante iguales circunstancias.

Considera que la salud de los grupos más vulnerables como embarazadas, niños en edad escolar, mayores de 65 años, merecen una protección especial por parte del Estado.

Define a los Agentes de Salud como responsables de la cobertura de la salud poblacional beneficiaria y no como meros financiadores del sistema.

Considera que la salud básica que deben brindar los agentes del Seguro de Salud:

**Atención Primaria:** Plan materno infantil, programa de prevención para cánceres femeninos.

### **Programa médico obligatorio (PMO) Resolución Ministerial N° 939/00**

Contexto político, social, económico y sanitario.

Propósitos:

- Señalar prioridades claras vinculadas a la prevención y la racional utilización de los recursos del sistema.
- Determinar un conjunto de servicios de carácter obligatorio como piso prestacional por debajo del cual ninguna persona debería ubicarse en ningún contexto.
- Establecer límites en la cobertura de la salud, a fin de optimizar la utilización de los recursos del sistema.
- Redefinir el modelo asistencial.
- Precisar el menú de prestaciones incluidas.
- Reformular el régimen de coseguros cargo de los beneficiarios.
- Establecer un catálogo de prestaciones a brindar por los agentes del seguro.
- Introduce una metodología en el análisis de costo-efectividad y costo-beneficio, a través de la medicina basada en la evidencia.

Resolución Ministerial N° 939/00:

- Aprueba el Programa Médico Obligatorio (PMO), para los agentes del seguro de Salud, comprendidos en el Artículo 1° de la Ley N° 23.660 (Anexo I)
- Aprueba el Catálogo de Prestaciones que incluye taxativamente todas las prestaciones que los Agentes del Seguro deben brindar a sus beneficiarios del (Anexo II)
- Aprueba de las guías de orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalcientes en la Atención Primaria de la Salud (Anexo III).
- Instruye a la Superintendencia de Servicios de Salud a crear, normalizar y coordinar el funcionamiento de la Comisión Asesora para la Evaluación y Actualización del Programa, con representantes del Ministerio de Salud y de los Agentes de Seguro.
- Establece a la Superintendencia de Servicios de Salud como órgano fiscalizado del cumplimiento del Programa.

### Atención Secundaria

Especialidades, las prestaciones a brindar son:

- Se asegura la consulta de consultorio e internación. Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio. En los mayores de 65 años que no pueden movilizarse, se asegura la consulta programada. . En domicilio con un coseguro de \$10 por cada visita.
- Internación: se asegura el 100% de cobertura de internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital del día a domiciliaría).
- Salud mental: cubre atención ambulatoria hasta 30 visitas por año, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales.
- Odontología: consulta diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento. Consulta de urgencia, obturación de amalgama, consultas preventivas y terapias fluoradas.
- Medicamentos: ambulatorio que figuran en el Anexo II 40% en internados el 100% y medicamentos oncológicos 100%.

Otras coberturas:

- Cuidado paliativo: asistencia activa y total de los pacientes por un equipo multidisciplinario. Cuando la expectativa de vida del paciente no supera el lapso de 6 meses, por no responder al tratamiento curativo que le fue impuesto. La cobertura es del 100%.
- Coseguros: están exceptuadas del pago de todo tipo de coseguros: la mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado de embarazo, parto y puerperio. El niño hasta cumplido el año de edad. Los pacientes oncológicos.

### **POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS**

#### Propósito:

- Lograr una mayor equidad, entendida como que toda persona debe tener la oportunidad de acceder a aquellos servicios sanitarios y sociales necesarios para proteger, promover, mantener y/ o recuperar la salud.
- Mejorar el acceso a los medicamentos. Aumentar la eficiencia del gasto en medicamentos no sólo del estado sino también de la oblación.
- Garantizar la calidad de los fármacos, tanto los que se venden en las farmacias como los que se producen en los laboratorios estatales.
- Acercar la oferta de medicamentos a la demanda de la población en un contexto de fuerte caída de los ingresos reales y el aumento del desempleo.

#### Objetivos:

- Garantizar a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud, a través de: restablecer el suministro de medicamentos e insumos a instituciones como servicios de internación.
- Garantizar el suministro de medicamentos para el tratamiento ambulatorio o pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad.
- Garantizar el acceso a medicamentos e insumos esenciales para la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas.
- Fortalecer el Sistema de Seguridad Social en el área de medicamentos.

#### Prescripción de los medicamentos por su nombre genérico:

Marco normativo

Resolución Ministerial N° 326/02

Ley N° 25.649

Decreto N° 987/03

#### Ley N° 25.649 Artículo 2:

- Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando.
- El nombre genérico del medicamento o denominación común internacional.
- Forma Farmacéutica
- Dosis/Unidad.
- Detalle del grado de concentración.

#### Dispensa de especialidades. Sustitución:

“La receta puede indicar además del nombre genérico el nombre comercial, pero en dicho supuesto, el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidades de unidades.

El farmacéutico, debidamente autorizado por la autoridad competente, es el único responsable y capacitado para la debida dispensa de especialidades farmacéuticas como así también para su sustitución. En este último caso, deberá suscribir la autorización de sustitución en la prescripción”.

#### Provisión gratuita de medicamentos. Programas REMEDIAR:

Es el mayor programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales ambulatorios.

#### Objetivos:

- Asegurar a la población sin cobertura de salud y en situación de pobreza, el acceso los medicamentos esenciales.
- Fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.

#### Propósito:

- Jerarquizar los CAPS fortaleciendo las redes de APS.
- Completar la política nacional de medicamentos en la promoción y utilización de los medicamentos por su nombre genérico y promover el uso racional de los medicamentos.
- Promover el uso racional de los medicamentos.

#### Alcance:

- 16 millones de personas.

### **SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Creación del decreto N° 1.6515/96.

Su creación e producto de la fusión en la jurisdicción del entonces Ministerio de Salud y Acción Social de la ANSSAL, el INOS y la DINOS.

Funciones:

- Controlar y fiscalizar las obras sociales y otros agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
- Programa de Sindicatura Colegiada.
- Control de la actividad Prestacional.
- Control de a actividad económica - financiera.
- Control de solicitudes de Opción de Cambio de Obras Sociales.
- Tutela de los Derechos de los Beneficiarios.

Otras funciones:

- Fiscalización del cumplimiento del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.
- Fiscaliza el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica.
- Supervisa el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de las obras sociales.

### **MEDICINA PREPAGA. REGIMEN LEGAL**

Ley N° 24.754:

Artículo 1: “Las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga, deberán incluir como mínimo en sus planes de cobertura médica asistencial, las mismas prestaciones obligatorias, dispuestas para las obras sociales conforme a lo establecido por la ley N° 23660, 23661 y 24455 y sus respectivas reglamentaciones”.

Notas distintivas de estas empresas:

Prepago de una cuota mensual, es decir un pago previo de carácter voluntario.

A veces un pago de un pago al momento de solicitar la prestación.

Estas empresas deben prestar como mínimo las mismas prestaciones con el mismo grado de cobertura dispuesto para las obras sociales.

Además de la ley N° 24445 establece que están obligadas a prestar (al igual que las Obras Sociales).

La cobertura para tratamiento médicos, psicológicos y farmacológica de la personas infectadas por alguno de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La cobertura para los tratamientos médicos, psíquicos y farmacéuticos de las personas que dependen psíquicamente del uso de estupefacientes.

La cobertura para los programas de prevención del SIDA y drogadicción.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

Al conocer el funcionamiento, desde el marco legal hasta que el bien es consumido, del sistema de salud en la Argentina podemos determinar que el mismo comprende fallas como las que vimos en el apartado teórico del trabajo.

Una de las principales fallas que podemos determinar es que es necesario un modelo sanitario como enfoque integral que incorpora los determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales que hacen a la calidad de vida de la población. Un enfoque integral, por cierto, pero también un enfoque integrador de la sociedad en su conjunto. El cambio en el modelo de atención de la salud hacia una orientación que privilegie la prevención y la promoción, con una estrategia de atención primaria de la salud con énfasis especial en el primer nivel de atención.

Además es necesaria una compatibilización permanente de la calidad ambiental con el desarrollo socioeconómico. Este conjunto de propuestas buscan desarrollar políticas que intenten incentivar el desarrollo, evitando el deterioro de la calidad de vida. El trabajo por la equidad como uno de los valores centrales de las reformas, apuntando a construir un sistema de salud íntegramente igualitario, entendiendo por esto un sistema que rescate la diversidad dentro de un marco de integración, tanto vertical, como horizontal y en red de servicios.

Nunca serán suficientes los esfuerzos, no es un factor que se acumula, no existe una conciencia en que el sistema lo conforman todos, que no hay poderes hegemónicos, hay respuestas hegemónicas, el esfuerzo debe renovarse cada día.

Debemos disminuir las externalidades negativas, de los costos de oportunidad y de los costos de ineficiencia. Los servicios de salud no solamente generan beneficios individuales, sino también sociales, terceras personas resultan beneficiadas o perjudicadas, independientemente de su voluntad.

Un problema importante es que los costos de producción aumentan, entonces la tendencia de la cobertura parcial es mayor y se agudiza el sesgo hacia un modelo prestador asistencialista – curativo de enfermedad, con aversión al riesgo de una atención integral.

Es momento de plantearse, de acuerdo con el pensamiento del Dr. Gonzalez Garcia<sup>10</sup> que: la salud no se puede almacenar, lo mejor es producirla y distribuirla en forma solidaria y continua y que un sistema de salud no es bueno por lo que gasta, ni por quien lo gasta, sino por los resultados que logra. En suma un sistema solidario, efectivo y eficiente, un sistema de salud mejor, integrador, humanitario y de calidad, es posible, se está para lograrlo.

<sup>10</sup> Tobar F. *Breve historia de la prestación de salud en Argentina*. Fundación ISALUD. Argentina. 2001

Cuando planteamos un sistema de salud mejor, se instala un interrogante básico, en el cual confluyen las frustraciones, el ser parte de un problema, en recorrer nuevamente caminos del fracaso, de las soluciones “importadas”, pasando por la ansiedad de concretar resultados efectivos en un plazo breve, en la transformación paradigmática de un modelo integrado, en superar los conflictos de intereses, en el amateurismo gerencial y de gestión, en la corrupción de los objetivos, en la carencia de contexto y de estrategias explícitas, en la falta de objetivos de mediano y largo plazo y que ese cambio, aparentemente lógico, permita mostrar el camino hacia las soluciones concretas y de mejora continua, con resultados a largo plazo, pero duraderos.

En la Argentina se tiene para cada solución un problema. Es que se ha producido la cristalización de las inequidades, y la falta de complementación de los cuatro subsectores, y estos desatinos ocasionaron muertes injustas que no progresan y discursos que nunca se concretan.

Debemos orientar la gestión del sistema prestador en un sistema sanitario cuya prioridad sea la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, donde se reconozca el derecho a la asistencia sanitaria de toda la población y superar los desequilibrios territoriales y sociales, que sea capaz de concretar los lineamientos del **Plan Federal de Salud**<sup>11</sup>.

## REFERENCIAS

- Céntrangolo O. Devoto F. *Organización de la salud en la Argentina y equidad*. [www.paho.org](http://www.paho.org). 2001.
- Daccordi Horacio A., Dalmazzo Roberto A. *Manual de gerenciamiento en empresas de Salud*. Ed. Proa XXI, Argentina, 2003.
- Decreto Nacional 1616/96, *Seguridad Social, Obras Sociales, Superintendencia de Servicios*, Bs As, 23 de Diciembre de 1996.
- Katz JM y Miranda RM, *Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación*, Revista de la CEPAL 54, Diciembre de 1994.
- Ley N° 19032, *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*, Bs As. 13 de Mayo de 1971.
- Ley N° 23660, *Obras Sociales*, Sanción: 29 de diciembre de 1988, Promulgación 5 de enero de 1989.
- Ley N° 24754, *Medicina Prepaga*, Sancionado: 28 de Noviembre de 1996, Promulgada: 23 de Diciembre de 1996.
- Ley N° 25649, *Ley de prescripción de medicamentos genéricos*, Bs As, 28 de Agosto de 2002.
- Martín Martín, J. y Del Puerto López del Amo González M., *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*, Junta de Andalucía –Consejería de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.
- Martínez E. y Villalba S. *“La Equidad frente a los sistemas de seguros públicos y privados: La experiencia en Paraguay”*, I Jornadas Americanas, IX Jornadas Internacionales y X Jornadas Nacionales de Economía de la Salud - AES - Fundación Isalud, Bs.As., 2000.
- Material de la Cátedra de Economía de la Salud, Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación Salud, Fascículo 21, Agosto de 1999.
- Ortún, Rubio, Vicente, *La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones*. Cáp. III, pp71 a 77. Euge-Ed, Barcelona, España, 1990.
- Plan Federal de Salud, Documento del Ministerio de Salud de la Nación. Mayo 2004.
- Resolución 201/2002, *Programa Medico Obligatorio de Emergencia (PMOE)*, Ministerio de Salud, Bs As, 9 de Abril de 2002.
- Revista de la CEPAL 54, Diciembre de 1994.
- Sellanes M, *Morfología del Mercado de Medicamentos en Argentina*. Argentina. 2002.
- Tobar F. *Breve historia de la prestación de salud en Argentina*. Fundación ISALUD. Argentina. 2001.
- Vassallo, C. *Mercados de Servicios Médicos en al Argentina*. Argentina. 2001.

---

<sup>11</sup> Plan Federal de Salud, Documento del Ministerio de Salud de la Nación. Mayo 2004.