

### III CONGRESO NACIONAL DE POLÍTICAS SOCIALES

#### Conceptos y prácticas para la inclusión social

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 18 al 20 de octubre de 2006

---

## **SALUD: LA VULNERABILIDAD SOCIAL DE LOS SECTORES POBRES DEL AMBA Y LA ESTRUCTURA DE OPORTUNIDADES DEL SISTEMA\***

Silvia Lépole \*\*

### **A. Introducción**

La crisis político institucional que transitó la Argentina los últimos años de 1990 y que llegó a su culminación con la quiebra económica a fines de 2001, introdujo al país en un escenario de gravedad inusitada caracterizado por la profunda degradación de las dimensiones fundamentales de la vida humana y colectiva. La pobreza entonces alcanzó a la mitad de la población del país.

En paralelo, en el mundo en desarrollo hubo un aumento de las poblaciones pobres que fueron objeto de estudios, políticas y acciones de especialistas, gobiernos y organismos internacionales. La rapidez en los cambios que generó el proceso de globalización se acompañó por un fenómeno de reformas y una rapidez aún mayor de la marginalidad y la exclusión de amplios sectores de la población. Todo esto hizo que quedaran desactualizados los métodos clásicos de medir la pobreza y se comenzara a percibir que hay una estructura social de la pobreza, con grupos de población que experimentan un mayor riesgo de sufrirla y con otros reconocidamente más empobrecidos. El profesor Peter Townsend expresaba en 1993 que si hay pobreza, debe existir una estructura social de la pobreza, con secciones o grupos de la población que experimentan un mayor riesgo de sufrirla y con otros reconocidamente más empobrecidos (Townsend, 1993).

Frente a esta situación, en el campo internacional, la búsqueda de un concepto superador de la interpretación economicista del desarrollo y el bienestar en el plano personal y social, se plasmó en el concepto de “desarrollo humano” cuya idea central es que “las capacidades esenciales para el desarrollo humano son vivir una vida larga y sana, tener conocimientos, tener acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida decoroso y poder participar en la vida de la comunidad. Sin ellas sencillamente no se dispone de muchas opciones ni se llega a tener acceso a muchas oportunidades que brinda la vida” (PNUD, 2001:11). Es decir, que la pobreza no consiste sólo en una situación de bajos ingresos sino en una privación de las “capacidades” de las personas. Estas refieren al concepto que originalmente planteó Amartya Sen, que significa aquello que las personas tienen efectivamente posibilidades de hacer y ser.

Surge en este contexto – y teniendo en cuenta que la mayoría de las acciones que realizan los sujetos en la vida cotidiana tienen relación con las diversas instituciones que regulan la vida en sociedad– el concepto de “vulnerabilidad social” como un instrumento analítico clave para entender el surgimiento de una estructura social heterogénea, fragmentada y empobrecida.

Así, el tema central de este documento es comprender esta relación entre las personas y la estructura del Sistema de Salud desde el enfoque de la “vulnerabilidad

---

\* Este documento resume partes de la Tesis de doctorado de la autora aún en elaboración.

\*\* Investigadora Principal del Observatorio de la Deuda Social Argentina. Departamento de Investigación Institucional, Instituto para la Integración del Saber, Universidad Católica Argentina. Email: silvialepole@uca.edu.ar

social". El trabajo se orienta al desarrollo teórico y empírico de este nuevo acercamiento a la heterogeneidad y los problemas de las poblaciones vulnerables a la enfermedad que puede enriquecer el conocimiento de las mismas, así como también acercar una mirada diferente al diseño de las políticas sociales y de salud tendientes a su superación. Cabe destacar que esta vulnerabilidad no se limita a determinados grupos sociales sino que se extiende sobre amplios sectores de la sociedad con diferentes características.

Este documento consta de tres partes principales y las conclusiones. En la primera se desarrolla el enfoque teórico de la vulnerabilidad social, con su componente de recursos (activos) de las personas (y las familias) y la estructura de oportunidades que ofrece el sistema social para satisfacer sus necesidades o desarrollar sus capacidades. En la segunda sección (Estructura de oportunidades) se analiza la formación, transformación y deterioro del Sistema de Salud, presentando tanto las políticas principales del sector y la estructura del gasto como los indicadores empíricos de acceso al sistema. En la tercera sección se analizan los indicadores de recursos y activos de las personas y las familias con respecto a la salud.

Los datos estadísticos sobre las personas y las familias provienen de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) desarrollada por el Barómetro de la Deuda Social de la Universidad Católica Argentina, en junio de 2004 y 2005. La muestra utilizada se refiere a la población del AMBA y es estratificada en estratos muy bajo, bajo, medio bajo y se utiliza un grupo de comparación del sector medio alto de la población. Los aspectos metodológicos pueden encontrarse en Salvia y Tami, 2005

## **B. Abordaje teórico**

En la medida que la "cuestión social" se instaló en todos los ámbitos académicos, también creció la complejidad de los abordajes que reconocen las limitaciones de los enfoques iniciales de la pobreza basados en las necesidades básicas insatisfechas y en la línea de pobreza definida por los ingresos. El concepto de vulnerabilidad surgió en América Latina como el rasgo distintivo de la realidad social de fines de los años noventa y aparece como el más apropiado para comprender el impacto de las transformaciones en el modelo de desarrollo y para captar la mayor exposición a riesgos en que se encuentra una gran parte de la población (Pizarro, 2001).

Los términos "vulnerabilidad" y "grupos vulnerables" son usados con mucha frecuencia en los círculos intelectuales y gubernamentales, pero observamos que hay cierta ambigüedad cuando se hace referencia a la vulnerabilidad social y la mayoría de las veces se la confunde con pobreza, siendo un concepto más amplio que éste y que la involucra.

El término vulnerabilidad –que escapa a la dicotomía pobre/ no pobre– propone la idea de configuraciones vulnerables, formadas por diversos grupos de la sociedad, susceptibles de movilidad social descendente.

Detrás de estos conceptos, se encuentra la noción de activos sociales que son los recursos con que cuenta un individuo o un hogar para mantener o mejorar su nivel de bienestar –siempre que sea capaz de utilizarlos.

Por su parte, Sen se interesa en la gente que está mal nutrida, sin techo y enferma, que carece de ropa y posibilidades de alojamiento, etc. El tener derecho a los bienes posibilita que las personas alcancen los estados deseables, utilizando sus capacidades para ello. "La capacidad es ser capaz de hacer ciertas cosas básicas" (Sen 1980:218) y se relaciona con el "funcionamiento", que "es por definición una actividad, algo que una persona realiza" (Sen 1985:10). En este marco entendemos que hay una diferencia entre poder estar sano y poder curarse en caso de dolencias o enfermedad –aunque

esto implique no hacerlo por si mismo sino que se deba recurrir a la institución adecuada. Entonces, las preguntas que surgen son: ¿Cómo es el estado de salud de las personas? Y, si está enfermo ¿Tiene acceso a las instituciones de salud que lo deben diagnosticar y prescribir un tratamiento?

Para poderlas contestar hemos recurrido al enfoque de la “vulnerabilidad social” utilizando las tres variables que constituyen su eje: vulnerabilidad, activos y estructura de oportunidades<sup>1</sup>.

El enfoque de la “vulnerabilidad social” permite indagar sobre los efectos diferenciales que han tenido los cambios socioeconómicos ocurridos en los últimos años en distintos grupos de la sociedad que han quedado expuesto a diversos riesgos. En otras palabras, hace posible comprender el proceso social teniendo en cuenta los recursos o habilidades de las personas y la estructura de oportunidades que brindan el mercado, el Estado y la sociedad.

En tanto se trata de acciones sociales, es decir, de interrelaciones entre sujetos y entre ellos y la situación social, sus actos construyen la estructura de funcionamiento de las instituciones y éstas, a su vez, sostienen en vigencia las normas dentro de las cuales deben manifestarse los hechos sociales de las personas. Esto se da en un proceso recursivo, la vida social es *producida* por sus actores componentes en función de su activa constitución y reconstitución de marcos de sentido, por medio de los cuales organizan su experiencia y, a su vez, las instituciones afectan el accionar de los sujetos (Giddens, 1984).

La teoría de la estructuración de Anthony Giddens propone que “analizar la dinámica de un sistema social implica considerar las acciones de los individuos y las instituciones sociales en las que estas se enmarcan y tienen sentido”(1984:9). Siendo las instituciones los rasgos más duraderos de una vida social nos interesa conocer el proceso de formación y las características del Sistema de Salud argentino que es el que debe brindar a los individuos las oportunidades para gozar de una vida larga y sin enfermedades.

Siguiendo al mismo autor, sostenemos que la mediación entre interacción y estructura en procesos de reproducción social nos permite incorporar el concepto de recursos. Mediante éstos y de acuerdo a la disponibilidad que de ellos tengan los individuos y las instituciones en un momento histórico determinado surgirán las estructuras de dominación que caracterizan a un sistema social. En este marco, el acceso de las personas al Sistema de Salud está mediado por los recursos con que cuentan y por las características de la estructura de oportunidades existente en el mismo momento histórico.

Estos conceptos cobran plena vigencia en el análisis que se realiza de la trayectoria del Sistema de Salud en los títulos siguientes y en el diagnóstico de estado y proceso que se realiza con relación a grupos de población determinados.

Por ejemplo, en el proceso de formación del Sistema de Salud se han señalado especialmente los aspectos relevantes que rigen su funcionamiento y los cambios operados históricamente, en los cuales se han concitado intereses comunes o contrapuestos de grupos de poder como los sindicatos, el mercado, grupos de ciudadanos y el Estado. De acuerdo a los recursos que despliega cada uno será la estructura de dominación que se establezca y el cambio que se produzca y se marcarán las pautas de acceso de los distintos grupos de población a los servicios efectivamente prestados.

---

<sup>1</sup> Quien más ha desarrollado estas ideas para América Latina –considerándola una teoría de alcance medio– es Rubén Kaztman (1999, 2000).

Por último, es indispensable aclarar los tres conceptos clave del enfoque utilizado: i) la *vulnerabilidad* se refiere a la incapacidad de los hogares y las personas de movilizar recursos que permitan evitar el deterioro de sus condiciones de vida. Los hogares y personas vulnerables con aquellas cuyo portafolio de activos resulta insuficiente para aprovechar las estructuras de oportunidades existentes. La vulnerabilidad social es un síndrome en el que se conjugan situaciones potencialmente adversas (riesgos), incapacidad para responder ante ese riesgo e inhabilidad para adaptarse activamente al nuevo escenario o realidad social,

ii) entendemos por *activos* el conjunto de recursos, materiales e inmateriales, sobre los cuales los hogares y las personas tienen control y cuya movilidad permite mejorar su calidad de vida o evitar su deterioro. Sólo aquellos recursos de los hogares que permitan una utilización de la estructura de oportunidades del Estado o la comunidad se constituyen en activos, y

iii) “Las *estructuras de oportunidades* se definen como probabilidades de acceso a bienes, servicios o actividades que inciden sobre el bienestar del hogar porque le facilitan el uso de recursos propios o le suministran recursos nuevos, útiles para la movilidad e integración social a través de los canales existentes” (Kaztman, 2000:299).

### **C. Cambios en la estructura de oportunidades del Sistema de Salud**

El sistema de salud queda definido por todas las organizaciones, instituciones y recursos que están dedicados a la producción de acciones de salud. La acción en salud está definida como cualquier esfuerzo, ya sea el cuidado privado de la salud personal, o de los servicios de salud pública o a través de iniciativas intersectoriales, cuyo propósito primario es la mejora de la salud (OMS, 2001).

#### *C1. Transformación y deterioro de la estructura del Sistema de Salud*

Una breve reseña histórica de los últimos treinta años permite tener una imagen de cómo se fue estructurando el sistema de salud actual y los intereses que estuvieron en juego ante cada reforma<sup>2</sup>, ya que toda institución de bienestar es el resultado de verdaderas luchas distributivas, a lo largo de las cuales entran en coalición o colisión los sectores sindicales, el capital financiero, los partidos políticos y la ciudadanía en un juego de intereses que es arbitrado por el Estado.

Con la llegada del gobierno constitucional del Dr. Cámpora en 1973, seguido por Perón, se diseñó un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que no llegó a implementarse. Los principios que incorporaba este Sistema eran diferentes a los de la Ley de Obras Sociales porque el Estado garantizaba y recuperaba la responsabilidad de que se hiciera efectivo el derecho a la salud del conjunto de la población. En concurrencia se produjo la descentralización de Establecimientos Hospitalarios y Asistenciales Nacionales a las provincias y a la Municipalidad de Buenos Aires<sup>3</sup>.

La política de salud ejecutada por la dictadura militar desde 1976 provocó la expansión del sector privado financiado por la seguridad social y llevó a las obras sociales a un endeudamiento progresivo. También favoreció el desarrollo de sistemas privados de salud que se convirtieron en los principales propietarios de los equipos de mediana y alta complejidad. Se favoreció la descentralización y se aranceló el servicio público: los que podían pagar, los que pagaban a través de su obra social y los que recibían los servicios gratuitos, porque pertenecían a los sectores más carenciados.

---

<sup>2</sup> Esta síntesis fue realizada utilizando los trabajos de Isuani y Mercer (1988); Pérez Irigoyen (1989); Katz y otros (1993); OPS/Mo. de Salud (2000) y Ministerio de Salud (2000); Califano y otros, (1998); Además se ejemplifica con entrevistas *ad hoc* realizadas con médicos y abogados, funcionarios actuales o pasados, que tienen relación con el sector de la salud.

<sup>3</sup> Las Leyes N° 19.337 de 1971 y N° 20.222 de 1973.

En 1980, se desvincularon las obras sociales de las entidades gremiales<sup>4</sup>, permitiendo al afiliado escoger la obra social de su preferencia, pero la presión de las Obras Sociales impidió su aplicación y la libre elección sólo se iba a hacer efectiva en 1997. También se eliminó la obligatoriedad de la afiliación y el aporte correspondiente. El Estado reforzó su participación en el INOS y las obras sociales fueron intervenidas. La lógica del mercado fue la que caracterizó todas las medidas tomadas durante este período cobrando preponderancia el sector privado.

El gobierno democrático de 1983 buscó revalorizar el rol del Estado nacional orientando la acción de las obras sociales y del área privada hacia el cumplimiento de objetivos nacionales de salud. Esto se plasmó en un proyecto de ley sobre Seguro Nacional de Salud (1985) tendiente a disminuir la fragmentación del sistema. Como tuvo gran oposición sindical y de las obras sociales, se zanjaron las diferencias aprobando dos leyes (1988): la Ley N° 23.660 sobre Obras Sociales<sup>5</sup> restableció los criterios de solidaridad y universalidad de la salud y la Ley N° 23.661 que creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud y la Administración Nacional del Sistema de Salud (ANSSAL). La intención era constituir un seguro social de alcance universal para que todos los habitantes del país gozaran del derecho a la salud, bajo el principio de solidaridad. Esta fue una propuesta voluntarista que no llegó a aplicarse. Uno de nuestros entrevistados señaló al respecto:

“...Ambas leyes eran muy buenas pero tenían una filosofía que no coincidía con el modelo socioeconómico que se estaba desarrollando, y el Ministro de Salud no podía remar contra la corriente ... ante la imposibilidad de producir cambios importantes dejó el Ministerio, a pesar de ser uno de los grandes Ministros de Salud” (Se trataba del Dr. Aldo Neri bajo la presidencia del Dr. Alfonsín). (Entrevista propia realizada el 2 de octubre de 2003)

Con respecto a la transformación del Sistema de Obras Sociales durante la década del '90 se admitió su fusión y se permitió la libre elección de los afiliados para optar entre ellas<sup>6</sup>. Pero este derecho sólo pudo hacerse efectivo a partir de 1997. El gobierno del Dr. Menem impulsó la desregulación para facilitar la competencia entre las Obras Sociales y las empresas de medicina prepaga. La presión del sindicalismo oficial se concentró en la oposición a esta medida, mientras cedían posiciones en otros aspectos como la flexibilidad interna, las contribuciones patronales, etc. La oposición sindical estaba representada por la CTA (Central de Trabajadores Argentinos) y el MTA (Movimiento de Trabajadores Argentinos) porque era evidente que llevaba a los gremios a su debilitamiento. Como parte de estas negociaciones lograron que se estatizara por ley el pasivo de las Obras Sociales Sindicales<sup>7</sup>.

En síntesis, las reformas con respecto a las Obras Sociales se realizaron mediante la aplicación del Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROS); la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS); el establecimiento del Programa Médico Obligatorio; el Padrón de Beneficiarios (que permite conocer la procedencia filiatoria de los pacientes en los Hospitales Públicos) y la Unificación de Cobro. Específicamente la desregulación dio lugar a largas luchas de intereses entre las Obras Sociales y los gobiernos que la trataron de implementar, de allí el largo camino hasta su efectivización.

Otra de las reformas principales consistió en el Hospital Público de Autogestión (HPA), que después de la descentralización a las provincias y municipios representa el mayor nivel de descentralización, pero no ha funcionado como estaba concebido.

---

<sup>4</sup> Ley 22.269

<sup>5</sup> Se derogaron las Leyes N° 18.610 y 22.269

<sup>6</sup> El Decreto N° 9 de 1993 establece la libre elección de los afiliados de obras sociales de acuerdo con la Ley N° 23.660.

<sup>7</sup> Ley N° 24.070 de 1992.

En 1996 se constituyó la Superintendencia de Servicios de Salud como organismo descentralizado fusionando la ANSSAL, el INOS y la DINOS.

A partir del gobierno del Dr. De la Rúa se enfatizó el desarrollo local, fortaleciendo la descentralización y priorizando el primer nivel de atención a través del Programa de Atención Primaria de la Salud y el Programa Médicos de Cabecera. También se impulsó el Marco Regulatorio de las Obras Sociales Nacionales para asegurar la elección del afiliado entre cualquiera de las entidades agentes de salud.

Ya en la presidencia del Dr. Duhalde se declara el Estado de Emergencia Sanitaria y se promulga la Ley de Medicamentos Genéricos y el Programa Remediar.

El uso de genéricos estaba preparado antes de esta administración pero generó fuerte resistencia por parte de los laboratorios que perdían la posibilidad de tener el mercado cautivo a través de la receta médica. Uno de nuestro entrevistados ejemplifica la situación del siguiente modo:

“Creo que en 1995 se había comenzado a obligar a los laboratorios a poner en las cajas además del nombre de fantasía, el nombre de la droga. Y se esperaba tener estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia para hacer lo que en definitiva se hizo. Era una cosa que venía siendo pensada desde antes. (...) Los laboratorios se han opuesto. Al actual ministro de Salud le costó el cargo en la provincia de Buenos Aires cuando quiso implementarlo a principios de los '90. Ahora, en el nivel nacional no está dicha la última palabra, los laboratorios son muy fuertes y saben esperar. Hay fuertes intereses de su parte, pero en el momento que salió la ley no pelearon porque no era un tiempo político adecuado”. (Entrevista propia realizada el 14 de octubre de 2003)

Algunas Obras Sociales tienen un vademécum donde se relaciona la droga prescrita con algunos nombres comerciales y no todos los posibles. Refiriéndose a estos casos un entrevistado agregó que:

“Esto se debe a un arreglo con los laboratorios y a un contrato con las farmacias. De este modo el afiliado no tiene posibilidades de elegir”. (Entrevista propia realizada el 15/10/03)

El segundo programa distribuye medicación básica a los sectores carenciados. Dicha distribución se inició en octubre de 2002 y cuenta con financiación asegurada hasta finales del año 2006<sup>8</sup>; según datos del Ministerio de Salud, durante una primera fase de implementación del programa, se distribuyeron alrededor de 5000 botiquines mensuales integrados por 34 medicamentos, a más de 2000 centros de salud. En la segunda fase, que se inició en marzo de 2003, se previó distribuir alrededor de 14.000 botiquines mensuales con 48 medicamentos, con el fin de cubrir la totalidad de la demanda de todos los Centros de Atención Primaria de Salud del país. Entre 2003 y 2004, ya en la Presidencia del Dr. Néstor Kirchner, se repartieron 238.344 botiquines y 64.637.560 tratamientos, con cerca de 15 millones de personas en el plan.

Con la finalidad de atender a las mujeres y las familias, se creó en el año 2002 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable<sup>9</sup>. Sin duda, constituye un hito en la intervención del Estado ya que es una herramienta considerada fundamental por el Ministro de Salud y Ambiente, Dr. Ginés González García, para reducir las muertes maternas, evitar los embarazos no deseados y los abortos ilegales mediante la educación sexual –respetando el derecho a la vida– y la disponibilidad gratuita de métodos anticonceptivos para toda la población sin discriminación de clases sociales (República Argentina-Presidencia de la Nación, 2005).

Entre los programas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cabe resaltar la Ley Básica de Salud de 1999, el Plan de Atención Primaria de la Salud – mediante el cual se supone descentralizar hasta el 80% del primer nivel de atención y

<sup>8</sup> La financiación fue obtenida a través del préstamo OC-AR 1193 del Banco Interamericano de Desarrollo.

<sup>9</sup> Este programa fue establecido por la Ley Nacional N° 25.673.

prevención en los Centros de Salud, los Centros Médicos Barriales y los Médicos de Cabecera– y la creación de la Dirección General de Salud Mental en 2005.

En la provincia de Buenos Aires los principales programas del gobierno son el Materno Infantil, el de Enfermedades Inmunoprevenibles, el de detección y tratamiento del Cáncer génito-mamario, el de Salud Bucal y el de Salud Mental.

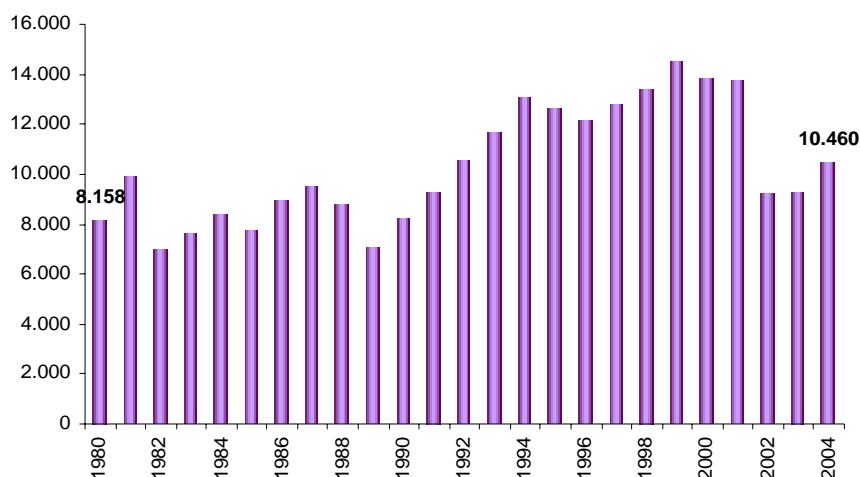
## C2. El gasto social y la inversión en Salud

¿Cuánto dedica el Estado para asegurar la salud a la población que carece de otro servicio que la asista? Según los Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1991 y 2001 la población sin cobertura de salud representaba el 36,4%<sup>10</sup> en la primera fecha y en el último censo aumentó al 48,1%<sup>11</sup>. Este guarismo representa un total de 17.424.010 personas que al no tener obra social y/o plan de salud privado o mutual dependen exclusivamente del sector público. Esto significa una presión adicional sobre el sistema de 5.551.958 personas en 10 años que no provienen todas del crecimiento demográfico. El incremento intercensal fue de 3.644.602 personas, por lo tanto hubo más de 1,9 millones de personas que habiendo tenido cobertura se quedaron sin ella.

¿Cómo se relaciona esto con el gasto público en Salud? Pues aumentó considerablemente de 3.358 millones de pesos a \$5.637 millones, entre 1991 y 2001<sup>12</sup>. Esto significa que en 1991 había un gasto del sector público de \$282 per cápita y en 2001 uno de \$323. ¿Este aumento se habrá reflejado en la calidad de la prestación o se diluyó en gastos administrativos, sobrepagos, etc.?

Durante el período 1980-2004 el gasto total consolidado del sector público en salud siguió –al igual que el gasto público social– un comportamiento procíclico, mostrando crecimientos interanuales durante los años de expansión económica y disminución en las contracciones y recesiones. Como se observa en la Fig. 1, el gasto en salud experimentó un incremento del 28% en 2004 respecto a 1980. Sin embargo, los 10.460 millones de pesos de gasto en 2004 aún se encontraban por debajo del valor promedio de la década del noventa, de aproximadamente 11.814 millones de pesos.

**Figura 1. Gasto Público Consolidado en Salud. En pesos de 2001.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica, MECON.

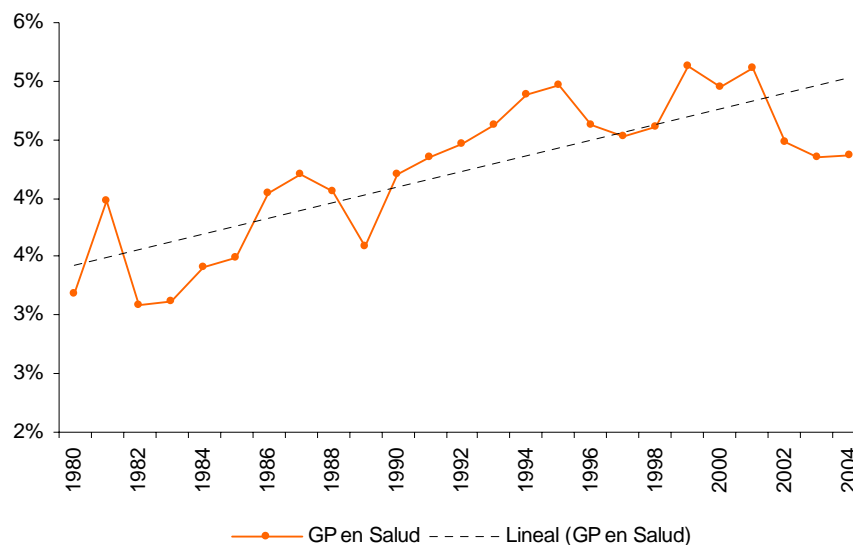
Cuando se toma en cuenta el GP en salud como porcentaje del PIB, se observa que luego de haber permanecido por sobre la tendencia durante la década del noventa, el GP en salud sufrió en 2002 una considerable caída en términos del PIB y en 2004 alcanzaba el valor de 4%, ligeramente superior al 3% registrado en 1980.

<sup>10</sup> El total de población en el país era de 32.615.528 y sin cobertura de salud: 11.872.052 personas (INDEC, 1991).

<sup>11</sup> El total de población censado en 2001 fue de 36.260.130 personas (INDEC, 2001).

<sup>12</sup> Calculados en millones de pesos de 2001

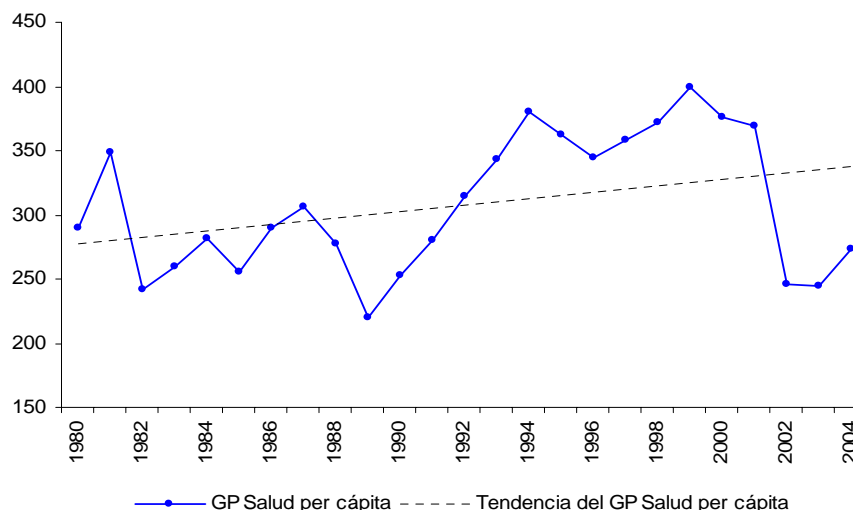
**Figura 2. Gasto Público Consolidado en Salud. En porcentaje del PIB.**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica, MECON.

Al analizar lo ocurrido con el gasto público anual *per cápita* en salud, se observa que el mismo sufrió una leve disminución si se comparan los valores de 2004 con aquellos de 1980: cayó de 290 pesos<sup>13</sup> en 1980 a 274 pesos en 2004. Tal como puede verse en la figura 3, a partir del año 2002, los valores se mantienen por debajo de la tendencia seguida por el gasto público *per cápita* en salud en las dos últimas décadas, aunque las cifras de los últimos tres años no son inferiores a la registrada en 1989, cuando se registró el menor valor.

**Figura 3. Gasto Público en Salud *per cápita*. En pesos de 2001**

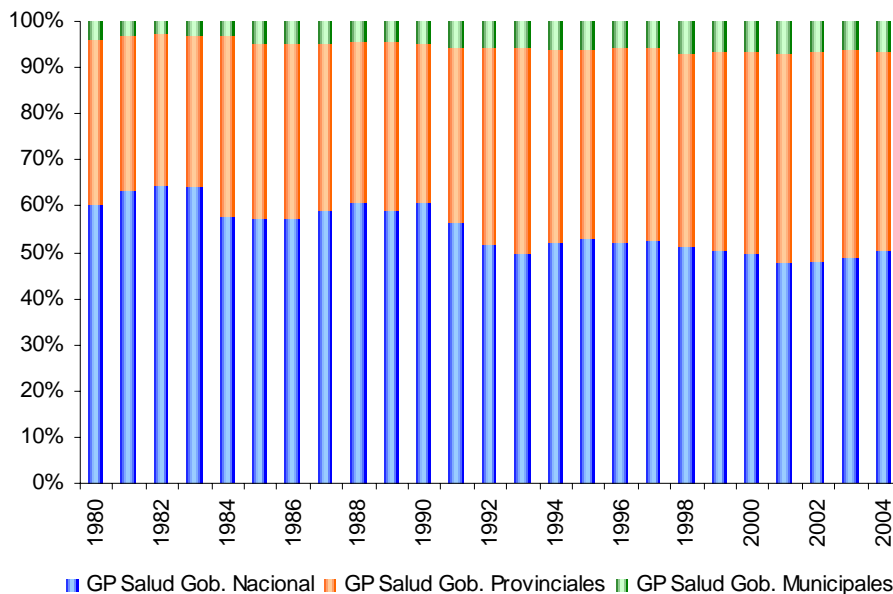


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica, MECON.

De acuerdo a los datos para el año 2004, el gobierno nacional contribuyó al 50% del financiamiento público de la salud, mientras que los gobiernos provinciales y los municipales contribuyeron con un 43% y 7% del gasto en salud consolidado. El gasto realizado por los gobiernos locales aumentó en el período de análisis: en 1980 los gobiernos provinciales realizaban el 36% del gasto público total en salud y los municipios solamente el 4%. Como contrapartida, se registró una reducción en la participación del gobierno nacional, que en 1980 alcanzaba el 60%.

<sup>13</sup> Cifras en precios constantes, en pesos de 2001.

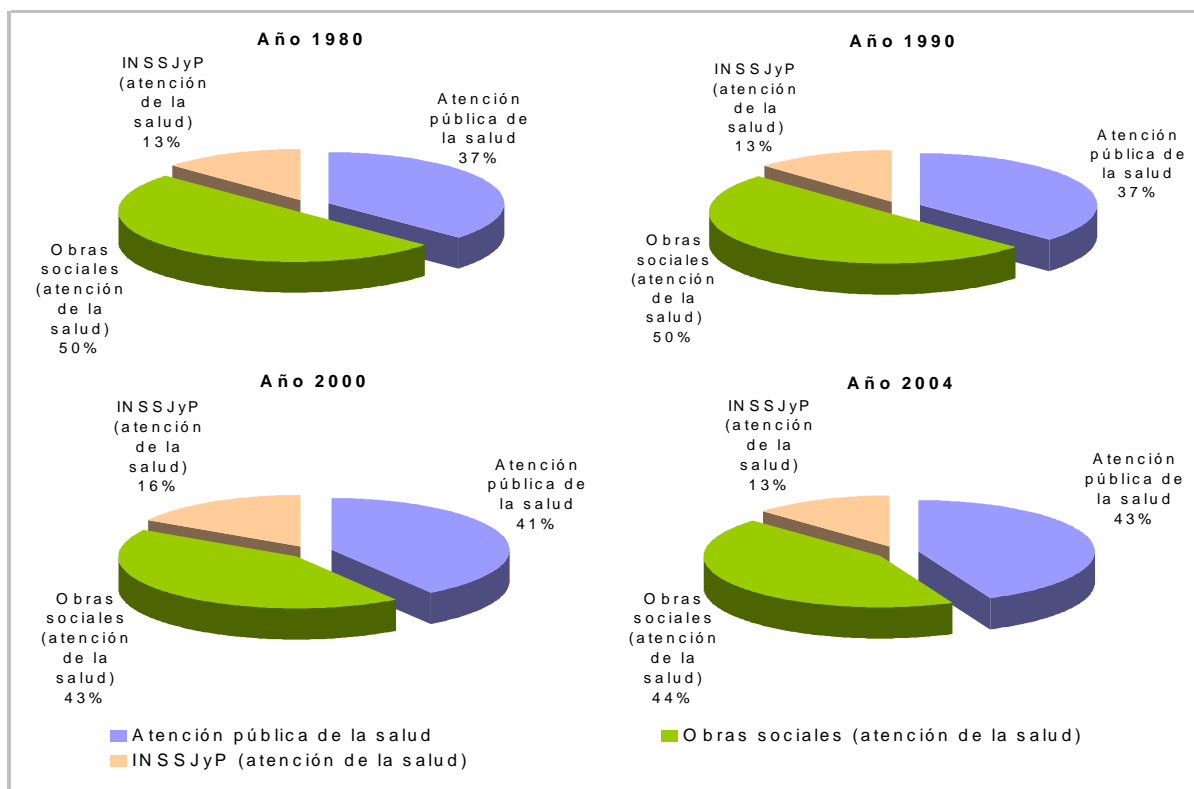
**Figura 4. Gasto Público en Salud por Nivel de Gobierno. En porcentaje del Gasto Público en Salud consolidado.**



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica, MECON.

Resulta de interés analizar de qué forma ha variado la composición del GP en salud a lo largo de más de veinte años transcurridos desde 1980. Como puede observarse en la figura 5, tanto en el año 1980 como en 1990, se mantuvo la distribución del gasto en salud entre la atención pública de salud y la atención de salud a través de las Obras Sociales y del INSSJyP. Ya para el año 2000 se había observado un aumento en la participación de la atención pública de la salud, tendencia que se vería reforzada en los datos correspondientes al año 2004.

**Figura 5. Composición del Gasto Público en Salud**



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica, MECON.

### C3. La estructura de oportunidades

En este apartado haremos una breve descripción de la estructura del Sistema de Salud, conformado por los subsistemas público, de obras sociales y privado, que al no estar articulado se presenta como un sistema fragmentado. Lo sintetiza la expresión de uno de nuestros entrevistados;

“El motivo de la crisis del sistema de salud está en la coexistencia de tres sistemas superpuestos, son como capas tectónicas. Cada uno tiene sus intereses, son independientes y están desarticulados. El surgimiento de cada subsector explica esa coexistencia y hasta que no haya una profunda reforma no se saldrá del problema, en ningún país del mundo se tienen los tres modelos al mismo tiempo, o predomina el sector público como en Europa o el sector privado como en Estados Unidos. Hay que tomar una decisión” (Entrevista propia realizada el 21/10/2003).

3.1. *El sector público.* Observamos anteriormente que el 48% de la población del país no tiene alguna de las coberturas de salud, por lo cual depende exclusivamente de la atención del subsector público. Esto significa que hay algo más de 17 millones de personas que podrían constituirse en demandantes de los hospitales o centro públicos de salud, aunque es improbable que esto suceda porque la demanda espontánea es bastante menor a lo que realmente serían las necesidades de la población. Esto tiene que ver no sólo con las capacidades de la gente sino también con la información necesaria para acceder a los servicios. La Ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción con menor porcentaje de población dependiente de la cobertura pública (26%), mientras que en la provincia de Buenos Aires este grupo asciende al 49% (OPS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación,2004).

El sector público, al igual que el sistema de salud inglés, adopta el doble carácter de asegurador-prestador<sup>14</sup> (Panadeiros, 1996:272). Este sector interviene a través de la provisión directa del servicio por medio de los hospitales y demás centros periféricos, brindando una cobertura de carácter universal. El eje ha estado siempre en mejorar la oferta, haciendo más hospitales o tratando de equiparlos, pero el problema es llegar a captar la demanda. Hay una *demanda espontánea* que concurre a las instituciones públicas de salud, pero hay una cantidad no estimada de población que tiene necesidad de atención y no lo hace porque no percibe la necesidad o porque no puede tener acceso a los centros de atención. Convertir esta necesidad oculta en *demandada provocada* –a través de acciones de prevención, publicidad y campañas masivas– es el desafío que tiene el sector.

Se han tomado algunas medidas para evitar el abuso de las obras sociales que mandan a sus afiliados al hospital público para algunas prácticas complejas o que los mismos afiliados requieren voluntariamente por la excelencia de algunos profesionales especializados que atienden en los hospitales. Existe la posibilidad de cobrar a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, embargando el monto de las facturas si éstas no son pagadas dentro de los treinta días. Esto ha llevado a que muchos hospitales hayan podido incrementar su presupuesto, que debe estar destinado prioritariamente, a programas de atención primaria, capacitación de sus recursos humanos y mejoramiento edilicio.

A pesar de que los cambios de los hospitales datan de 1993, sólo varios años después se logró hacer la facturación con cierta eficiencia. En realidad, atender gratuitamente a un afiliado de obra social o a un asegurado de entidad prepaga es un subsidio indirecto del Estado para estos sectores, y atenta contra el principio de solidaridad del sistema y la equidad que se propone. Existe una representación ideal del Hospital Público como oferta gratuita y universal, cuando en realidad debe ser sólo para aquellas personas de muy bajos recursos y sin cobertura social. Pero nada de

---

<sup>14</sup> En este sistema el Estado facilita la totalidad de las prestaciones a la población y se financia a través de impuestos generales.

esto es desinteresado, tanto las obras sociales como las prepagas tienen el interés del mayor beneficio con el menor costo.

El modelo del hospital autogestionado no ha tenido el éxito esperado, la idea original preveía convenios con las obras sociales y no enfrentamientos. Se trató de introducir el concepto de subsidio a la demanda pero esta fue cada vez mayor al aumentar la población sin cobertura de obras sociales por aumento del desempleo o por cesación de los contratos privados debido a la pérdida o disminución de los ingresos. Se llegó a una crisis de insumos básicos, falta de material quirúrgico y descontento de los trabajadores de la salud que se reflejó en una pérdida de la calidad de la atención y de recursos humanos.

3.2. *Las obras sociales.* Las obras sociales son el eje del sistema de salud, inspirado en el modelo alemán, tiene como beneficiarios obligados a los trabajadores en relación de dependencia y a su grupo familiar primario. Dentro de este régimen se incluyen también los jubilados y pensionados del sistema nacional de previsión, que están asegurados a través de un único organismo, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

Como modalidad habitual las obras sociales terciarizan la atención derivándola para el sector privado, que es quien finalmente recibe el aporte de los afiliados, en pago por sus servicios, previa administración y uso por parte de la obra social. Son muy pocas las obras sociales que tienen sus propios centros de atención.

El sistema de obras sociales creció de manera heterogénea y hay enormes diferencias en los niveles de cobertura y en la complejidad de las prestaciones que ofrecen, dando lugar a una verdadera inequidad horizontal (personas que aportan lo mismo pero reciben diferente calidad de prestación porque pertenecen a distintas ramas de actividad). Esta diferenciación no hace sino reproducir la fragmentación de la sociedad presentándose una dualización de la población beneficiaria: los que están muy bien atendidos porque pertenecen a obras sociales fuertes y los que reciben deficiente cobertura porque están afiliados a obras sociales débiles.

Para disminuir estos desniveles, existe un Fondo de Redistribución que se forma, fundamentalmente, con el diez por ciento de la recaudación total del sistema y transfiere desde las obras sociales superavitarias a las deficitarias, con el objeto de asegurar a todos los afiliados el mismo tipo de prestaciones.

Sin embargo, el ingreso promedio *per cápita* mensual de las obras sociales depende de los aportes y contribuciones, que se basan en un porcentaje de los salarios medios de las distintas ramas de producción, por lo tanto lejos de tener un carácter equitativo, el sistema reproduce las desigualdades vigentes en la actividad económica.

Las últimas reformas marcaron un hito importante, apareció en escena un nuevo actor, el beneficiario que elige su prestador, mientras que hasta entonces sólo jugaban sus intereses los prestadores privados, los sindicatos y el Estado.

3.3. *El sector privado.* Abarca cuatro tipos de instituciones: los sanatorios o clínicas, los hospitales de colectividades, los hospitales o centros de diagnóstico de alta complejidad y el sistema de prepago, que en general actúa contratando a los anteriores.

Este sector se contrajo durante la crisis del 2001 y, aunque no existen datos consolidados como para las obras sociales, se estima que atienden a 2.100.000 personas. De acuerdo a Giordano y Colina (2000) las fallas de mercado características de los seguros de salud han convertido a las empresas de medicina prepaga en un segmento poco transparente, conflictivo y selectivo en cuanto a los ingresos y riesgos de enfermedad.

#### C4. El impacto de la estructura de oportunidades en las personas y los hogares

Hasta ahora hemos analizado el proceso de conformación del Sistema de Salud, haciendo hincapié en los acontecimientos que, a partir de los años 70 y preponderantemente en los '90, originaron un debilitamiento de las capacidades de esta institución para proveer de bienestar a los individuos y las familias. Se reconoce que en los últimos años el esfuerzo del Estado ha tratado de mitigar esta situación y ello se muestra no sólo en el gasto sino también con los resultados que se presentan en este apartado.

En este punto del capítulo nos interesa mostrar cómo se visualiza la estructura de oportunidades desde los actores y cual es su situación y percepción subjetiva. Se han seleccionado cuatro variables: 1) *Acceso físico*; 2) *Inaccesibilidad por falta de recursos económicos*; 3) *Acceso a beneficios* y 4) *Apreciación subjetiva de la evolución en la atención sanitaria recibida por la familia*.

Cada uno de los indicadores que se presentan han sido extraídos de la Encuesta de la Deuda Social Argentina de la UCA, para los años 2004 y 2005. Se analizan para los distintos grupos sociales pobres para observar la heterogeneidad entre los mismos y se los compara con un grupo no pobre de estrato medio alto para analizar los diferenciales por estratificación socioeconómica que nos permiten observar la segmentación y polarización de la población del AMBA.

4.1. *Acceso físico*. Se considera a la población de 18 años y más del AMBA que vive a 10 cuadras o más del centro de salud y de la farmacia más cercanas a su domicilio.

**Cuadro 1. Población que vive alejada de centros de salud y farmacias según estrato social (en porcentaje)**

AMBA Junio de 2004

10 cuadras o más		
	Centro de Salud	Farmacia
Muy Bajo (MBJ)	44,0	36,7
Bajo (BAJ)	22,0	21,3
Medio Bajo (MDB)	41,3	11,3
<b>Pobres (POB)</b>	<b>34,2</b>	<b>24,6</b>
<b>Medio alto (MDA)</b>	<b>21,0</b>	<b>0,0</b>
<i>Ratio POB / MDA</i>	1.628*	///
<i>Ratio MBJ / MDA</i>	2.095*	///
<i>Ratio MBJ / MDB</i>	1.064*	3,235

n = 550

El ratio es estadísticamente significativo ( $p < 0,0125$ , corrección de Bonferroni: 0,05/4).

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

Como puede observarse en el cuadro anterior, la probabilidad de vivir alejado del centro de salud más próximo no tiene una relación muy clara con los diferentes estratos pobres. En cambio, con relación a las farmacias, la disponibilidad es directamente proporcional al estrato socioeconómico. Cuanto más bajo es el estrato de pertenencia hay menos farmacias disponibles cerca de esa población. En el otro extremo, la totalidad de los entrevistados del estrato medio alto tienen la farmacia más cercana a menos de 10 cuadras de distancia. En este caso operan los intereses del mercado que provee mayor oferta donde hay mayor poder adquisitivo. En el primer caso, debe ser el Estado el encargado de facilitar servicios de salud a las familias con menores recursos.

Para la gente pobre, la distancia se convierte en un obstáculo importante debido al costo del transporte que debe afrontar, especialmente en el estrato muy bajo, que se caracteriza por tener menos dinero de bolsillo y tiene una probabilidad del 44% de vivir

lejos de un centro de salud. A ello se suma el tiempo que deben esperar para ser atendidos, que en algunos casos les hace perder un día de trabajo o pedir ayuda para que algún pariente o vecino cuide de sus hijos, los lleve al colegio, etc.

Los resultados son estadísticamente significativos para las tres situaciones de desigualdad: tanto la *segmentación* entre pobres y no pobres, como la *heterogeneidad* al interior de los pobres –a pesar de que los resultados a simple vista no parecen muy claros– y la *polarización* al comparar el estrato muy bajo con el medio alto. En resumen, la distribución geográfica de los centros de atención de salud no es equitativa con respecto a la población que más los necesita y que tiene menos recursos. En esta situación puede estar interfiriendo que el AMBA se configura con espacios de dos jurisdicciones políticas diferentes –CABA y los partidos del conurbano bonaerense– teniendo la Ciudad de Buenos Aires la mayor concentración de recursos hospitalarios en una superficie menor y a la que viene a atenderse un gran número de habitantes del conurbano de bajos recursos.

4.2. *Inaccesibilidad por falta de recursos económicos.* Se analizan dos indicadores que tienen en cuenta si algún miembro de los hogares de los entrevistados tuvo que dejar de ir al médico o al dentista por falta de dinero y de comprar medicamentos por la misma razón, durante el año anterior a la encuesta, es decir, que la ocurrencia haya sido entre junio de 2003 y junio de 2005.

**Cuadro 2. Población con falta de acceso a consultas y remedios según estrato social (en porcentaje)**

AMBA Junio de 2004 - Junio de 2005

	Dejó de ir al médico o al dentista		No compró remedios	
	2004	2005	2004	2005
Muy Bajo (MBJ)	66,4	48,6	62,8	46,4
Bajo (BAJ)	58,7	42,3	53,3	34,9
Medio Bajo (MDB)	40,7	32,0	37,2	25,5
<b>Pobres (POB)</b>	<b>57,4</b>	<b>42,1</b>	<b>53,1</b>	<b>36,7</b>
<b>Medio alto (MDA)</b>	<b>21,0</b>	<b>9,0</b>	<b>16,0</b>	<b>5,0</b>
<i>Ratio POB / MDA</i>	2,732 *	4,682 *	3,318 *	7,338 *
<i>Ratio MBJ / MDA</i>	3,164 *	5,401 *	3,927 *	9,286 *
<i>Ratio MBJ / MDB</i>	1,634 *	1,519	1,691 *	1,820 *

n = 550

El ratio es estadísticamente significativo ( $p < 0,0125$ , corrección de Bonferroni: 0,05/4).

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

Se reafirma con los resultados expuestos que la relación entre la falta de recursos económicos y la deficiente atención de la salud es directamente proporcional: las familias del estrato muy bajo son las que más han sufrido no poder atender una necesidad vital como la salud física y comprar los remedios necesarios. La mejora que se observa entre 2004 y 2005 refleja el mayor bienestar producido por la situación económica en general que atraviesa el país y el mayor gasto público dedicado al sector. A pesar de esto todavía casi la mitad de los hogares del estrato muy bajo tienen problemas económicos que les han impedido cuidar de su salud, incidencia que es 5 veces más alta que en el estrato medio alto cuando se trata de la visita a un profesional y 9 veces más cuando se trata de comprar remedios. Mientras tanto, existiendo el Programa Remediar, que ha aumentado considerablemente la inversión, parece indispensable seguir redoblando esfuerzos.

4.3. *Acceso a beneficios directos.* En estrecha relación con lo anterior se eligió como indicador de acceso el hecho que algún miembro de la familia hubiera recibido medicamentos gratis de algún organismo oficial o social, en el mismo período indicado en el punto anterior.

**Cuadro 3. Población que recibió medicamentos según estrato social (en porcentaje)**

AMBA Diciembre de 2004 - Junio de 2005

	Si		No, pero lo necesito	
	2004	2005	2004	2005
Muy Bajo (MBJ)	8,7	12,8	36,9	43,0
Bajo (BAJ)	9,4	12,8	33,6	30,9
Medio Bajo (MDB)	3,4	4,7	24,2	24,7
<b>Pobres (POB)</b>	<b>7,8</b>	<b>10,9</b>	<b>32,6</b>	<b>33,8</b>
<b>Medio alto (MDA)</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>8,0</b>	<b>5,0</b>
<i>Ratio POB / MDA</i>	<i>2,600</i>	<i>3,642 *</i>	<i>4,080</i>	<i>6,755 *</i>
<i>Ratio MBJ / MDA</i>	<i>2,908</i>	<i>4,251 *</i>	<i>4,614</i>	<i>8,591 *</i>
<i>Ratio MBJ / MDB</i>	<i>2,600</i>	<i>2,733</i>	<i>1,528</i>	<i>1,741</i>

n = 550

El ratio es estadísticamente significativo ( $p < 0,0125$ , corrección de Bonferroni: 0,05/4).

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

Lo más importante del cuadro anterior radica en el aumento de la proporción de personas que recibieron medicamentos gratis, especialmente de los estratos más bajos en consonancia con su mayor necesidad. Aún así, llama la atención que en el grupo muy bajo también aumentó la demanda insatisfecha, mientras que en el resto de los estratos permaneció relativamente estable o disminuyó.

El programa "Remediar" podría estar aumentando la demanda de usuarios desalentados. Es conocida la situación de gente de escasos recursos que al salir del hospital tiraba la receta porque no tenía posibilidad de comprar los medicamentos y cumplir con la prescripción.

4.4. *Apreciación subjetiva de la evolución en la atención sanitaria recibida por la familia.* En primer lugar se considera la evolución del tipo de atención sanitaria que recibió la familia en el año previo a la encuesta y, después, la incidencia de los que estaban insatisfechos con la atención de la salud de sus hijos.

**Cuadro 4. Evaluación de la atención sanitaria recibida por la familia según estrato social (en porcentaje)**

AMBA. Diciembre de 2004 - Junio 2005

	Mejóro		Empeoró	
	2004	2005	2004	2005
Muy Bajo (MBJ)	8,7	4,7	15,4	22,1
Bajo (BAJ)	11,5	2,0	10,8	22,1
Medio Bajo (MDB)	6,8	10,7	11,5	15,3
<b>Pobres (POB)</b>	<b>9,4</b>	<b>4,9</b>	<b>12,6</b>	<b>20,6</b>
<b>Medio alto (MDA)</b>	<b>11,2</b>	<b>16,3</b>	<b>15,3</b>	<b>9,2</b>
<i>Ratio POB / MDA</i>	<i>0,841</i>	<i>0,301 *</i>	<i>0,824</i>	<i>2,239</i>
<i>Ratio MBJ / MDA</i>	<i>0,777</i>	<i>0,288</i>	<i>1,009</i>	<i>2,402</i>
<i>Ratio MBJ / MDB</i>	<i>1,291</i>	<i>0,439</i>	<i>1,344</i>	<i>1,444</i>

n = 550

El ratio es estadísticamente significativo ( $p < 0,0125$ , corrección de Bonferroni: 0,05/4).

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

Que la atención de la salud en general haya mejorado fue sólo percibido en mayor medida por las personas de los sectores medios (bajo y alto). Dado que en los sectores más bajos disminuyó, la brecha entre las familias del estrato muy bajo y del medio alto, en 2005, es estadísticamente significativa y aumentó con respecto a 2004.

En los sectores pobres –cualquiera sea el estrato y a pesar del esfuerzo desplegado por el Estado– hay mayor proporción de personas que manifestaron que la atención empeoró en 2005 con respecto a 2004 (y segundo semestre del 2003). El impacto del deterioro en el sector muy bajo es más del doble que en el sector medio alto, siendo la diferencia estadísticamente significativa y otro indicador de la polarización entre las situaciones familiares. Esto estaría demostrando poca eficiencia en el gasto realizado.

El segundo indicador considerado es la proporción de población que reveló estar insatisfecho y muy insatisfecho con la atención de la salud de sus hijos. En general, tres de cada diez familias pobres y una de cada diez del sector socioeconómico más alto, se manifestó descontento, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

#### **D. Los recursos de salud de las personas**

Gozar de buena salud es un indicador de la capacidad de vivir que tiene una persona, es una condición esencial para que puedan desarrollarse una serie de actividades propias de la vida cotidiana: trabajar, estudiar, participar en la vida política, disfrutar del tiempo libre, etc. De allí que las normas nacionales e internacionales lo consideren un derecho humano básico.

Por su parte, desarrollo teóricos diversos acerca de las necesidades humanas jerarquizan a la salud como un prerrequisito para que se activen otras potencialidades humanas que hacen al desarrollo pleno de las personas. Entre ellos, Doyal y Gough (1994) establecen la salud como necesidad básica y A. Maslow (1970) considera las necesidades fisiológicas en el nivel elemental del desarrollo del hombre. Por su parte, H. Arendt (1996) menciona la “labor” como la actividad que hace al mantenimiento de la vida misma en su proceso biológico, cuando trata las cuestiones relativas a la condición humana.

Teniendo en cuenta las consideraciones teóricas anteriores y nuestro enfoque de análisis, estamos en condiciones de señalar tres variables que describen los recursos y activos de las personas con relación a su salud y que son el resultado de sus acciones con relación a la estructura de oportunidades que tienen acceso. Todas ellas son indicativas de la vulnerabilidad de la población de los distintos estratos sociales con respecto a la enfermedad: 1) *Tipo de cobertura de salud* ; 2) *Estado de salud física personal* y 3) *Riesgo de malestar psicológico*.

D.1. *Tipo de cobertura*. De acuerdo a la estructura del Sistema ya señalada, los indicadores considerados son la afiliación a una obra social, a medicina prepaga o emergencia médica, al PAMI y no tener ninguna afiliación institucional, dependiendo exclusivamente del hospital o centro de salud pública. La medición se realizó con la encuesta EDSA en junio de 2004 y 2005.

Cabe recordar que las características del Sistema refieren a modalidades de atención diferenciales por estrato social y que la posesión de un seguro de salud o su carencia remiten a calidades de atención desiguales, propias de una estructura social inequitativa.

**Cuadro 5. Población por tipo de cobertura de salud según estrato social**  
(en porcentaje)

AMBA Junio de 2004 - Junio 2005

	Obra social o mutual		Prepaga o emergencias médicas		PAMI		Sólo hospital público	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Muy Bajo (MBJ)	24,8	19,3	0,0	0,7	7,4	7,3	67,8	72,7
Bajo (BAJ)	32,2	28,7	4,7	4,7	6,7	11,3	56,4	55,3
Medio Bajo (MDB)	42,0	36,9	11,3	16,1	12,7	10,1	34,0	36,9
<b>Pobres (POB)</b>	<b>31,8</b>	<b>27,2</b>	<b>4,5</b>	<b>5,8</b>	<b>8,3</b>	<b>9,6</b>	<b>55,4</b>	<b>57,4</b>
<b>Medio alto (MDA)</b>	<b>44,0</b>	<b>52,0</b>	<b>37,0</b>	<b>28,0</b>	<b>6,0</b>	<b>11,0</b>	<b>13,0</b>	<b>9,0</b>
<i>Ratio POB / MDA</i>	<i>0,723</i>	<i>0,523 *</i>	<i>0,122 *</i>	<i>0,207 *</i>	<i>1,383</i>	<i>0,875</i>	<i>4,260 *</i>	<i>6,379 *</i>
<i>Ratio MBJ / MDA</i>	<i>0,564 *</i>	<i>0,372 *</i>	<i>0,000 *</i>	<i>0,024 *</i>	<i>1,230</i>	<i>0,667</i>	<i>5,214 *</i>	<i>8,074 *</i>
<i>Ratio MBJ / MDB</i>	<i>0,591 *</i>	<i>0,524 *</i>	<i>/// *</i>	<i>0,041 *</i>	<i>0,583</i>	<i>0,728</i>	<i>1,994 *</i>	<i>1,969 *</i>

n = 550

El ratio es estadísticamente significativo ( $p < 0,0125$ , corrección de Bonferroni: 0,05/4).

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

Se destaca en el cuadro anterior que más de la mitad de la población pobre carece de seguro de salud teniendo como única alternativa el hospital público. Esta realidad aumentó ligeramente durante 2004-2005. Por el contrario, en el estrato medio alto, 9 de cada 10 personas estaban integradas a otros servicios médicos.

La proporción de personas de los estratos pobres que tienen acceso a una obra social descendió en los dos grupos de estratificación más bajos y aumentó en los dos estratos medios (bajo y alto). Esto podría interpretarse a la luz del aumento de empleos formales a los que habrían accedido las personas con mayores calificaciones, en un todo de acuerdo con los requerimientos actuales de mano de obra. Los empleos informales por definición no dan acceso a ninguna obra social.

D.2. *Estado de la salud física personal.* Para esta variable se ha considerado la evaluación personal del entrevistado, y para aquellos que consideran tener un estado de salud deficiente se consigna el tipo de cobertura que tienen y si son jóvenes, adultos o mayores. Las mediciones corresponden a Junio de 2005 en todos los indicadores.

**Cuadro 6. Evaluación del actual estado de salud físico**  
(en porcentaje)

AMBA Junio de 2005

	muy bueno	bueno	regular	malo
Muy Bajo (MBJ)	4,7	56,0	34,7	4,7
Bajo (BAJ)	10,7	64,0	21,3	3,3
Medio Bajo (MDB)	8,0	67,3	23,3	1,3
<b>Pobres (POB)</b>	<b>7,9</b>	<b>61,9</b>	<b>26,5</b>	<b>3,4</b>
<b>Medio alto (MDA)</b>	<b>16,0</b>	<b>65,0</b>	<b>15,0</b>	<b>4,0</b>
<i>Ratio POB / MDA</i>	<i>0,495</i>	<i>0,952</i>	<i>1,769</i>	<i>0,840</i>
<i>Ratio MBJ / MDA</i>	<i>0,292</i>	<i>0,862</i>	<i>2,311 *</i>	<i>1,167</i>
<i>Ratio MBJ / MDB</i>	<i>0,583</i>	<i>0,832</i>	<i>1,486</i>	<i>3,500</i>

n = 550

El ratio es estadísticamente significativo ( $p < 0,0125$ , corrección de Bonferroni: 0,05/4).

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

La mayoría de las personas, cualquiera sea el estrato considera que su salud es muy buena o buena. Y muy pocos los que la consideran mala. La única diferencia estadísticamente significativa se observa entre los estratos medios, considerándose en mejor situación las personas del estrato medio alto.

**Cuadro 7. Población que considera deficiente su estado de salud por tipo de cobertura según estrato social (en**

AMBA Junio de 2005

	Obra social o mutual	Prepaga o emergencias médicas	PAMI	Sólo hospital público
Muy Bajo (MBJ)	10,2	0,0	15,3	74,6
Bajo (BAJ)	10,8	0,0	13,5	75,7
Medio Bajo (MDB)	27,8	16,7	11,1	44,4
<b>Pobres (POB)</b>	<b>13,6</b>	<b>3,0</b>	<b>13,9</b>	<b>69,5</b>
<b>Medio alto (MDA)</b>	<b>47,4</b>	<b>21,1</b>	<b>26,3</b>	<b>5,3</b>
<i>Ratio POB / MDA</i>	<i>0,287 *</i>	<i>0,143</i>	<i>0,528</i>	<i>13,204 *</i>
<i>Ratio MBJ / MDA</i>	<i>0,215 *</i>	<i>0,000</i>	<i>0,580</i>	<i>14,169 *</i>
<i>Ratio MBJ / MDB</i>	<i>0,366</i>	<i>///</i>	<i>1,373</i>	<i>1,678 *</i>

n = 152

El ratio es estadísticamente significativo ( $p < 0,0125$ , corrección de Bonferroni: 0,05/4).

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

El 29% de población que consideró tener un estado de salud “regular” o “malo” es analizado en el cuadro anterior por el tipo de cobertura que tenía en junio de 2005. Así, siete u ocho personas cada diez con déficit de salud y de los dos estratos más bajos no tenían seguro de salud y su única oportunidad era acceder al hospital o centro de salud; en cambio, disminuye a cuatro cada diez individuos en el estrato medio bajo. Entre éstos cobra importancia la atención en obras sociales y prepagas.

Al observar el tipo de cobertura en el estrato alto, casi la mitad de los que dijeron tener algún déficit en su estado de salud estaba afiliada a una obra social y una quinta parte pagaba un servicio privado. El hecho de pertenecer al PAMI no podría interpretarse como un indicador indirecto de recibir mala atención porque debido a la edad de los afiliados es común que no gocen de buena salud a pesar de estar en tratamiento. En cambio, en el resto de las personas puede considerarse que las medicinas prepagas otorgan una mejor atención a sus socios que las obras sociales a sus afiliados.

La segmentación, polarización y heterogeneidad también queda referida en este cuadro al ser estadísticamente significativas las diferencias calculadas para los que acuden al hospital público.

**Cuadro 8. Población que considera deficiente su estado de salud por grupos de edad según estrato social**

(en porcentaje)

AMBA Junio de 2005

	Total	Entre 18-30 años	Entre 31 y 59 años	Más de 60 años
Muy Bajo (MBJ)	39,3	22,4	36,3	90,5
Bajo (BAJ)	24,7	8,2	29,2	41,4
Medio Bajo (MDB)	24,7	15,0	27,6	29,4
<b>Pobres (POB)</b>	<b>29,9</b>	<b>14,8</b>	<b>31,5</b>	<b>51,5</b>
<b>Medio alto (MDA)</b>	<b>19,0</b>	<b>8,3</b>	<b>15,0</b>	<b>41,7</b>
<i>Ratio POB / MDA</i>	<i>1,574</i>	<i>1,774</i>	<i>2,099</i>	<i>1,236</i>
<i>Ratio MBJ / MDA</i>	<i>2,070 *</i>	<i>2,694</i>	<i>2,417</i>	<i>2,171 *</i>
<i>Ratio MBJ / MDB</i>	<i>1,595</i>	<i>1,497</i>	<i>1,312</i>	<i>3,076 *</i>

n = 152

El ratio es estadísticamente significativo ( $p < 0,0125$ , corrección de Bonferroni: 0,05/4).

Fuente: EDSA, Observatorio de la Deuda Social. UCA.

La primera columna del cuadro anterior sintetiza el total de la población que evaluó su estado de salud “regular” o “malo” y en las celdas restantes se observa la incidencia de este indicador sobre cada grupo de edad y estrato social. Las mayores diferencias se establecen entre la gente de mayor edad según estrato social. Así, 9 de cada 10 personas con menores recursos que tienen más de 60 años sienten que su salud es deficiente, mientras que en el extremo opuesto (estrato medio alto) sólo 4 de cada 10 personas tuvieron la misma apreciación. Este hecho debe ser una alerta para el servicio público que debe atender a un grupo de personas que naturalmente comienza a tener problemas de salud, pero que con diagnósticos oportunos y buenos tratamientos logra alargar su esperanza de vida sin ver reducidas sus capacidades por enfermedades evitables. Sin duda, este es el grupo de edad más vulnerable a la enfermedad que necesita de salud preventiva y curativa. Las diferencias por estrato son significativas al respecto.

En las edades medias también hay diferencias pronunciadas ya que los adultos del estrato muy bajo tienen el doble de probabilidad de tener vulnerada su salud que los del estrato medio alto. Las enfermedades a esta edad repercuten en el desempeño laboral y social y, si no son tratadas, pronostican una vejez con alto riesgo. Puede tratarse de una población que no tuvo acceso al sistema voluntariamente o obligada por la falta de recursos económicos. Quedan fuera de esta apreciación aquellas personas que aún con tratamientos adecuados tienen dolencias crónicas. Los datos presentados, como todas las estadísticas, son sólo indicativos de situaciones presentes al momento de la encuesta y un indicador de los grupos más vulnerables sobre los cuales el Estado debe poner su atención.

### D.3. *Riesgo de malestar psicológico.*

Según estudios realizados recientemente por Brenlla (2005) el malestar psicológico significativo no está asociado con el estrato socioeconómico de quienes lo padecen, pero ello no le quita ninguna validez a la importancia que tiene para que una persona pueda desempeñarse adecuadamente en su vida. De allí que presentaremos una reseña sobre la incidencia que tiene en la población del AMBA tener “alto riesgo de malestar psicológico”, tanto en las personas pobres, en general, como en las del estrato medio alto, en particular. Siguiendo el esquema de análisis realizado en el apartado anterior, se considera el tipo de cobertura y la edad de quienes padecen este riesgo alto ya que deberían poder recibir atención profesional adecuada. Cabría preguntarse ¿Cuánto sirve un cuerpo sano si la mente es altamente vulnerable a la enfermedad?

Los datos de la EDSA se obtuvieron aplicando una adaptación de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (*Kessler Psychological Distress Scale -K10*, Kessler et al., 1994). “ Se trata de una medida global (...) basada en diez ítems que evalúan la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en el último mes.” (Brenlla, 2005:151). Con este instrumento se midieron distintos niveles de malestar psicológico.

En junio de 2005, el 7% de las personas del estrato alto y el 11% de las personas pobres tenían un alto grado de vulnerabilidad o riesgo de malestar psicológico, siendo algo mayor la probabilidad de padecerlo en el estrato muy bajo.

Con relación a la cobertura de salud que tenía esta población se destaca que el 85% del estrato alto se atendían en obra social o pertenecían al PAMI. Por su parte, entre los pobres, el 71% tenía sólo acceso a la salud pública y 20% a las obras sociales.

Finalmente, entre las personas pobres el 66% eran adultos entre 31 y 59 años de edad, el 20% jóvenes de 18 a 30 años y el 14% restante tenía 60 años o más edad.

En comparación, las personas del nivel medio alto tenían una distribución normal con valores de 29% para los jóvenes y los mayores y 43% para los adultos. Esto refiere probablemente a la mejor atención que reciben las personas que tienen más recursos y a que ejercen sus derechos para ser atendidos y recibir tratamiento.

## **E. Conclusiones**

Las políticas de estabilización y apertura en los períodos autoritarios de los años setenta, el mayor aperturismo durante los ochenta y las reformas modernizadoras de la década pasada fueron –además de proyectos fallidos o incompletos– consistentemente regresivas en cuanto a destruir las capacidades del Estado para proveer en forma eficiente y equitativa bienes públicos.

Es por ello que se asiste no sólo a una crisis económica –en visible proceso de recuperación– sino también a una pérdida general de credibilidad en las instituciones de bienestar y a una fragmentación cada vez más marcada de la vida social. En este contexto, la imposibilidad cada vez más extendida de acceder a un sistema de oferta de servicios de salud amplio, eficaz y equitativo caracteriza a la sociedad argentina y aflige a la mayoría de las personas y las familias.

El Sistema de Salud atraviesa una crisis que es resultado de las transformaciones que fueron gestándose desde el origen de cada una de las formas que adopta en Argentina: Subsector Público, Subsector Privado y Obras Sociales. Su estructura se ha reproducido reflejando las desigualdades existentes en la sociedad y ha ayudado a cristalizarlas ya que, como institución prestadora de servicios, ha dado muestras de falta de equidad, prestando servicios de diferente calidad a pesar de los recursos económicos de que dispone.

El alto nivel de gastos en salud que tiene Argentina no se ve reflejado en los resultados analizados. El problema estaría en la ineficiente organización del sector para alcanzar los objetivos de universalidad y equidad. Sólo a partir de 2004, el gasto en salud comenzó a recuperarse pero, el mayor desafío llegará en el momento que pueda agregarse a la demanda espontánea la demanda provocada por las necesidades ocultas de la gente. Ese es el desafío para lograr mayor inclusión social. El Estado sólo entonces podrá dar una respuesta integral al problema de la salud, comenzando por plantearse la necesidad de una estructura de oportunidades más adecuada.

La coexistencia de estos modelos ha tenido como consecuencia negativa más importante el creciente déficit de cobertura que hace vulnerable a gran parte de la población pobre y también alcanza a los sectores medios. Por otra parte, las desigualdades que se establecen a raíz de las diferencias en la calidad de los servicios, contribuyen a la mayor vulnerabilidad de esas mismas personas. De esta manera, tanto los prestadores como las personas con su acción recursiva, estructuran un sistema inequitativo que reproduce las diferencias sociales.

En otras palabras, cobertura y accesibilidad son dos indicadores de la estructura de oportunidades que manifiestan la fragmentación que presenta la sociedad argentina y hace más vulnerables a los sectores más pobres. A la medicina privada accede una tercera parte de la población con mayores recursos, que está afiliada en mayor proporción a una obra social. Se verifica el círculo vicioso que demuestra una vez el entramado complejo de nuestra sociedad. El trabajador informal y el pobre que hace changas, así como el desocupado de un empleo formal no tienen obra social ni dinero suficiente para procurarse otra atención que no sea la del Estado. El hospital público se ha visto desbordado no sólo por la demanda habitual de los que no poseen otra cobertura, sino de aquellos que fueron descendiendo en la escala social, o tuvieron que disminuir sus gastos en salud para no hacerlo en educación, alimentación o pago de servicios. La vulnerabilidad se traspasa de una a otra de las dimensiones en la vida de

la gente, si se pierde la salud, se disminuye el rendimiento escolar, laboral, el desarrollo de la vida familiar y comunitaria. Posibilitar el gozo de buena salud física y psicológica es una meta social prioritaria.

### Referencias bibliográficas

- Arendt, H., 1996: *La condición humana*, Barcelona, Editorial Piados Ibérica.
- Brenlla, M.E., 2005: "Condiciones sociales y características psicológicas: un estudio en sectores urbanos de la Argentina". En *Serie Monitoreo de la Deuda Social Argentina*, documento 3, UCA, Buenos Aires.
- Califano, Jorge; Vionnet, Eduardo; Pereiro, Ana y Nervi, Guillermo, 1998: *La cobertura de salud en la Argentina*, Argentina, Fundación Bemberg.
- Doyal, L. y Gought, I., 1994: *Teoría de las necesidades humanas*, Barcelona, Icaria / FUHEM.
- Giddens, Anthony, 1984: *La constitución de la sociedad*. Edición 1993, Amorrortu, Buenos Aires.
- Giordano, Osvaldo y Colina, Jorge, 2000: *Las Reformas al Sistema de Salud ¿El Camino hacia un Sistema Universal, Equitativo y Eficiente?*, Buenos Aires, Fundación Novum Millenium, Serie Documentos N° 19.
- INDEC, 1991, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 1991, Buenos Aires.
- INDEC, 2001, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001, Buenos Aires.
- Isuani, Ernesto y Mercer, Hugo, 1988: *La fragmentación institucional del sector salud: ¿pluralismo o irracionalidad?* Biblioteca Política Argentina N° 241, Buenos Aires, Centro editor de América Latina.
- Katz, Jorge y colaboradores, 1993: *El sector salud en la Republica Argentina: su estructura y comportamiento*, Buenos Aires, FCE.
- Kaztman, R. (coord.) 1999: *Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*, Montevideo, CEPAL-PNUD.
- Kaztman, R., 2000: *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social*. Documento presentado en el Quinto Taller Regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones (LC/R.2026), Santiago de Chile, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Banco Mundial, CEPAL, IDEC, 6 al 8 de junio.
- Kessler R. Y Mroczek D., 1994: Final Versions of our Non- Specific Psychological Distress Scale. Survey Research Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Lépore, Silvia, 2003: "las instituciones como mediadoras en la reproducción social" en UCA-Departamento de Investigación Institucional, *Crisis de la reproducción social en la Argentina. Línea Instituciones: de la sociedad salarial a la sociedad fragmentada*. Documento CSOC 03/2003 (Capítulo IV). Buenos Aires. Disponible en [www.uca.edu.ar/investigacion](http://www.uca.edu.ar/investigacion).
- Maslow, A., 1970: *Motivation and personality*, New York, Harper & Row.
- Ministerio de Salud, 2000: *Políticas de Salud*, Buenos Aires.
- OPS/ Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2004: *Argentina 2004 indicadores básicos*, Buenos Aires.
- OPS/ Ministerio de Salud, 2000: *Situación de Salud, Argentina 2000*, Buenos Aires.

- Organización Mundial de la Salud, 2001: *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, Ginebra.
- Panadeiros, Mónica, 1996 : “Organización del seguro de salud en la Argentina. Análisis y propuesta de reforma” en *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales*. Número especial, Volumen 36, Bs. As, Instituto de Desarrollo Económico y Social.
- Pérez Irigoyen, Claudio, 1989: “Política Pública y Salud” en Isuani, Ernesto et al. *Estado Democrático y Política Social*, Buenos Aires. 1ª ed. Eudeba.
- Pizarro, Roberto, 2001: *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*, Series Estudios estadísticos y prospectivos N° 6, Santiago de Chile, CEPAL-División de Estadísticas y Proyecciones Económicas.
- PNUD, 2001: *Informe sobre Desarrollo Humano*.
- República Argentina, Presidencia de la Nación, 2005: *Objetivos de desarrollo del milenio. Informe País 2005*, Buenos Aires.
- Salvia, Agustín y Tami, Felipe, 2005: *Las desigualdades persistentes*. Barómetro de la Deuda Social Argentina. N° 2. Departamento de Investigación Institucional, Pontificia Universidad Católica Argentina, Buenos Aires.
- Sen, Amartya, 1985: *Commodities and Capabilities*. North-Holland, Amsterdam.
- \_\_\_\_\_, 1980: “Equality of What?” en S. Mc Murrin (ed) *Tanner Lectures on Human Values*, Cambridge University Press.
- Townsend, Peter, 1993: *The International Analisis of Poverty*, Londres, Harvester Wheatsheaf.