ATE ARGENTINA | idep | Área de Salud

CUADERNOS PARA TRABAJADORES DE LA SALUD

Fascículo 1

LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

Material de Publicación periódica y coleccionable

ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL

SECRETARIO GENERAL
Julio Fuentes

SECRETARIO GENERAL ADJUNTO
Hugo Cachorro Godoy

INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACIÓN (IDEP)
PRESENTACION
Director Horacio Fernandez

AREA DE SALUD IDEP
Daniel Godoy

INVESTIGACION:
Lic Maria Di Loretto
(investigadora y docente UNLP)

INVESTIGACIÓN Y SUPERVISION:
Mario Borini (Diplomado en Salud Publica, docente, ex Titular Catedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, UBA)

IDEA, PRODUCCIÓN, DESARROLLO y DIAGRAMACIÓN :

Daniel Godoy -
Cecilia Fernández Lisso - Sofía Goñi

AÑO 2013
www. ateargentina.org.ar
www.atesociosanitario.com.ar
email: atesociosanitario@gmail.com

Índice

1 **1- LA SALUD COMO SISTEMA** *(8.9.10.11)*

2 **¿CÓMO SE ORIGINÓ EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO?** *(12.13)*

3 **ORÍGENES DEL SISTEMA PÚBLICO**
La importancia de Ramón Carrillo (14.15)

4 **LA TRANSICIÓN DESARROLLISTA** *(16.17)*

5 **LOS AÑOS '70** *(18.19)*

6 **¿ QUÉ PASÓ CON EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO EN LOS '90?** *(20.21.22.23)*

7 **¿QUÉ CARACTERÍSTICA PRESENTA HOY EL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA?** *(24.25)*

8 **EL SECTOR PÚBLICO**
a- Nacional (27)
b- Provincial y Municipal (28)

9 **SEGURIDAD SOCIAL Y OBRAS SOCIALES**
(31.32.33.34.35)

10 **EL SECTOR PRIVADO** *(36.37)*

Iconografía
a tener en cuenta

Hablando de SALUD ...,

Estamos hablando de muchas cosas a la vez. Del cuidado de la salud (prevención y promoción), de la reparación de la salud (atención), de su economía (financiamiento), de su organización (sistema), de su desarrollo (planificación), etc.

A la vez se puede hablar de la SALUD en relación a una sola persona, o en términos colectivos, de la salud de un pueblo, de una comunidad, de un barrio, de un grupo social.

Y a la SALUD la podemos estar nombrando desde muchas representaciones: la enfermedad, las causas de la enfermedad, las repercusiones de la enfermedad, sus significaciones, y mucho más...

Es este mapa COMPLEJO, MULTIDIMENSIONAL, MULTIRELACIONADO, TAN OBJETIVO COMO SUBJETIVO de la SALUD como TEMA, el que estaremos abordando desde estos CUADERNOS PARA TRABAJADORES DE LA SALUD.

Tema a tema, con análisis e información. Intentando una presentación amigable, interactiva, proponiendo actividades a trabajar individual o grupalmente, siempre en vinculación con la actividad laboral, social o política que desarrollamos cada día. Intentaremos abordar temas y problemas que sean del interés cierto de los compañeros que operan cotidianamente sobre la realidad. No en forma de "paquete" de conocimientos e instrumentos despojados de realidades, ideologías, sujetos. Por el contrario, nos proponemos desencadenar un proceso compartido, en el que sigamos profundizando y haciendo circular contenidos y experiencias; debatiendo y eligiendo, tomando posición consciente sobre aquello que tratemos.

Construyendo en cada CUADERNO, un aula, un pupitre, para compartir con los compañero

sen los lugares de trabajo, en el mate, en la charla, en el COMPARTIR.

Para la ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO DE LA REPUBLICA ARGENTINA y su INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACION es una satisfacción, iniciar este camino colectivo que tiene como única intención de generar un aporte a los trabajadores, que contribuya a la mejor interpretación de los espacios de trabajo y militancia (el hospital, la junta interna, el debate con otros) y un mejor auto reconocimiento de trabajadores conscientes, informados, calificados...

Área de Salud está especialmente concebido para pensar en colectivo; para discutir, revisar, contrastar, crear y re-crear enfoques y herramientas que efectivamente contribuyan en nuestro quehacer cotidiano.

Lo concebimos como un espacio "nuestro", de TRABAJADORES para TRABAJADORES. Un espacio de construcción colectiva que no supone negación o sometimiento resignado respecto de la realidad nuestra de cada día; sino por el contrario: resistencia activa, reflexiva, colectiva, estratégica.

Procurando más actores involucrados y nuevos dispositivos al servicio de poder poner en cuestión, los problemas de salud y enfermedad de nuestro pueblo. Y no desde una actitud "descriptiva" ni academicista, sino intentando detectar "claves" que puedan direccionarnos hacia construcciones efectivas y colectivas: procurando mejor interpretación de los procesos, ubicándonos activamente en el campo de los problemas, propiciando más y mejor organización popular, interpelando la política pública...

Vamos en busca de repechar paciente y colectivamente, un proceso reduccionista y elitista del saber, que se ha

encargado de enunciar verdades de perogrullo para realidades complejas.

Nuestra identidad FUE, ES y SERÁ la visión de los trabajadores y la concepción integral del proceso Salud/enfermedad/atención/cuidado.

En el propósito de la constitución de un área específica de trabajo dentro del IDEP, caminamos inspirados en lo mejor de la historia sanitaria argentina (Carrillo, Ferrara, Mario Testa); implicados con el tributo permanente a nuestra emotiva historia institucional de ATE (Carlos Cassinelli, Irma Laciar); comprometidos conscientemente con el sueño de un país justo y soberano; y con la conciencia plena y el deseo explícito de aspirar a desarrollar un espacio institucional que sea homenaje cabal e interpretación fiel de esa historia y esa huella.

ATE es historia, lucha y organización, pero también es concepto, debate público y propuestas. Re-conocernos en nuestra historia, nuestras capacidades y nuestras producciones, nos confirma a los trabajadores en una condición que intentan negarnos: la de sujetos de saber y por lo tanto, de opinión y de poder.

Esperamos, deseamos, intentaremos, estar a la altura de las circunstancias.

Horacio Fernandez
(Director)

Daniel Godoy
(Área de Salud)

ATE ARGENTINA

idep

Fascículo **1**

LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

Próximo fascículo
EL FINANCIAMIENTO
DE LA SALUD EN LA ARGENTINA

1. La Salud como sistema

Podemos diferenciar tres dimensiones para el análisis del sector salud en un país:

a) sus políticas de salud
b) el estado o situación de salud/enfermedad de la población, y
c) el sistema de salud...

A | Políticas de salud

Componen un capítulo de las políticas sociales, en el objetivo de reducir los problemas relacionados a la salud y la enfermedad. Constituyen el CÓMO se desarrolla y se alcanza ese OBJETIVO. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.
O SEA: Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado en salud, POR LO TANTO AL DEFINIR LAS POLÍTICAS, VEMOS TAMBIÉN QUÉ TIPO DE ESTADO LAS SUSTENTAN.

B | Situación de salud

La salud constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud.

HAY OTROS FACTORES EN JUEGO MÁS DECISIVOS, COMO LAS CONDICIONES DE VIDA. Esta situación de salud/enfermedad de la población puede ser medida a través de instrumentos (indicadores). Las más conocidas son las Tasas de Mortalidad general, infantil, mortalidad por causas, mortalidad por condición social, y muchas más.

Estas TASAS se construyen de manera relativamente sencilla, identificando y cruzando procesos (muerte, nacimiento, pobreza, enfermedad, etc.) y podrían construirse por los propios vecinos o los trabajadores de un Hospital o Unidad Sanitaria.

C | Sistema de salud

Es de lo que nos ocuparemos en este capítulo…

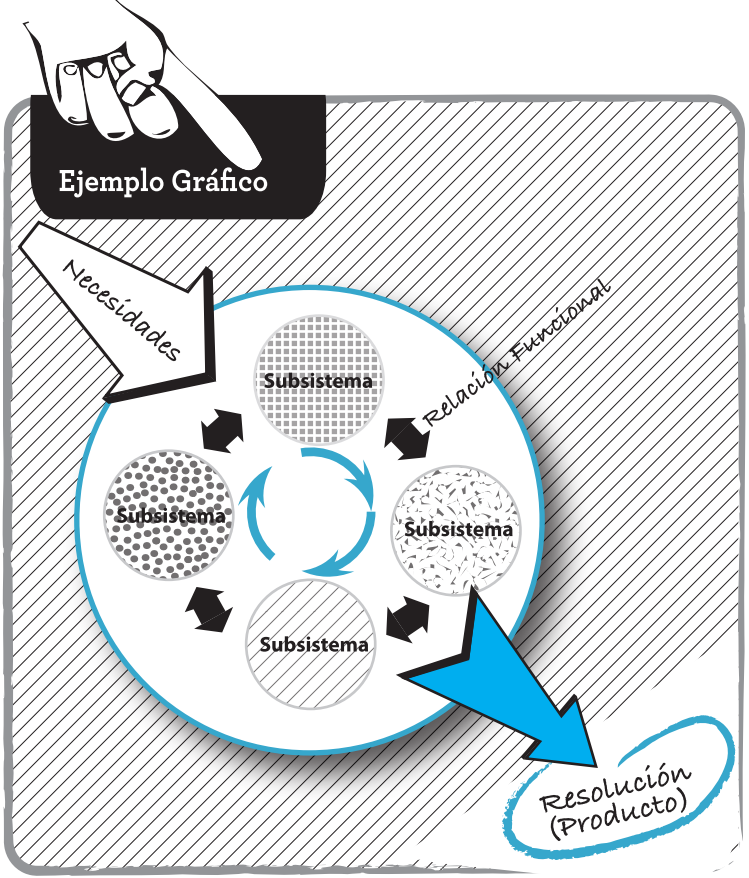
¿Qué es un sistema?

Consideremos un punto de partida para el análisis:

Un sistema es un - CONJUNTO DE ELEMENTOS ORGANIZADOS Y RELACIONADOS ENTRE SI, PARA LOGRAR UN OBJETIVO.
EN ESTA INTERDEPENCIA, EL EFECTO FINAL (PRODUCTO) ES MÁS QUE LA SIMPLE SUMA DE LA ACCIÓN DE LAS PARTES POR SEPARADO.

¿Y un sistema de salud ?

Tal como lo conocemos, podemos definir al sistema de salud como una ORGANIZACIÓN CREADA PARA PROVEER SERVICIOS DESTINADOS A PROMOVER, PREVENIR, RECUPERAR O REHABILITAR EL DAÑO EN SALUD (DERECHO A LA SALUD), CON CARÁCTER EQUITATIVO Y SOLIDARIO.



Estrechamente vinculados entre sí entonces, por un lado están los COMPONENTES del SISTEMA (agrupados en SUBSISTEMAS), y por otro lado está la RELACIÓN FUNCIONAL. Todo ello en funcionamiento, le otorga una condición al SISTEMA.

Entonces…
¿Es muy importante la organización del sistema de salud?

Claro que es importante.
Pero no es el único factor (por lo que explicamos al definir un SISTEMA). Como al pasar, acotemos que como el objetivo deseado por el sistema (se lo llama "producto social"), es garantizar el derecho a la salud, podríamos quizás, hablar de sistema PARA la salud en lugar de sistema DE salud.

Prestá atención a la importancia que significa la **RELACIÓN FUNCIONAL** de las partes componentes aplicadas al sistema de salud.
Ejemplo: es quizá más importante la RELACIÓN FUNCIONAL entre las Unidades Sanitarias y un Hospital, que la simple existencia de ESE Hospital y ESA Unidad Sanitaria.
Pensá y conversá con tus compañeros éste aspecto de los Sistemas de Salud y escribi tres ejemplos más.

¿Qué CONDICIONES debería tener, a nuestro entender, un sistema de salud ?

UNICO

- Para evitar las fragmentaciones que producen la co-existencia de "muchos" Sistemas de Salud, dentro del mismo

UNIVERSAL

- Accesibilidad para todos

DEMOCRATICO

- Con participación real de los trabajadores y el pueblo en la discusión y toma de decisiones

EQUITATIVO

- Más atención al que más necesita

GRATUITO

- La salud es un derecho, por lo tanto no es "mercantilizable"

INTEGRAL

- Atender todas las dimensiones de salud/ enfermedad (prevención, promoción, asistencia, recuperación)

CON EFICACIA SOCIOSANITARIA

- Debería promover soluciones concretas tanto a la enfermedad como a sus causas (por ejemplo, resolver la vivienda, el abrigo y la alimentación de los niños afectados de enfermedades respiratorias durante el invierno, que son buena parte de las *CAUSAS* de esas infecciones)

2

¿Cómo se originó el Sistema de Salud Argentino? ¿De dónde venimos?

La importancia de la Historia

Como en la mayoría de los países, los sistemas de salud nacieron desde una concepción "higienista", para dar respuestas a las amenazas de las epidemias, y a la atención de sus ejércitos.

Para el Estado "higienista" la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma, sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas de la enfermedad y en especial de las epidemias. Cuidar a la población rica, y sobre todo a sus ejércitos, era fundamental.

Brotes esporádicos de viruela y escarlatina, precedieron a las severísimas epidemias de cólera (1867) y fiebre amarilla (1871), coincidentes y vinculadas con los genocidios que implicaron las campañas del Desierto (1869/1888) y la Guerra del Paraguay (1864/1870).

Estas epidemias y los primeros estudios sobre la mortalidad infantil llevaron a la creación de la primera cátedra de Higiene Pública en la Facultad de Buenos Aires (1873) siendo su titular Guillermo Rawson, quien había sido Diputado, Senador y Ministro del Interior durante la presiden-

- Fachada Hospital El Carmen obra que se levantaba a favor de los indigentes-
- Una ambulancia cruza el portón de entrada del Hospital de Infecciosas "Dr. Francisco J. Muñiz", en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

cia de Bartolomé Mitre (1862/1868).
Rawson, proclamó una teoría sanitaria planteando incluso el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad, que constató en las casas de inquilinato (conventillos) de la Capital; Rawson es considerado la segunda gran figura sanitaria argentina después de Miguel Gorman (creador de la primera escuela de medicina en la época del Virrey Vértiz – 1780).

Inicio del siglo XX

Los cambios que se producen en el mundo (Gran Depresión -1929/1930- internacional, Guerra Civil Española -1936/1939- y la II Guerra Mundial -1939/1945-), confluyen en la Argentina con la llamada "década infame" (1930/43). La intervención del Estado en la economía se limitó durante este período de profunda crisis económica y social, a resguardar con fondos públicos los intereses privados de los grandes grupos económicos, desentendiéndose del hambre, la desocupación y la miseria que soportaban un alto porcentaje de las familias argentinas.
En el plano de la Salud, empezaban a aparecer las primeras afirmaciones de la teoría "biologista" (Pasteur, Virchow y otros).

La masiva inmigración de europeos, generó la conformación de las primeras organizaciones "mutualistas", gérmen del modelo de la Seguridad Social: organización solidaria, y aportes económicos en prevención de riesgos vitales (desempleo, vejez, enfermedad).
Cabred, Malbrán, Coni, Penna, Araóz Alfaro, Salvador Mazza son algunos de los nombres destacados de la época en el campo de la salud pública.

El rol del Estado

Era prácticamente subsidiario, y la concepción de salud dominante de esa época, estaba asociado a la responsabilidad individual y a la caridad, de la cual sujeto enfermo era objeto.
En esta línea, se incorporaron a la atención de la salud una Comisión de asilos y hospitales y se creó el servicio de sanidad escolar.
Pero el crecimiento urbano y la corriente migratoria implicaron nuevas orientaciones de las tareas del Estado en materia de salud pública. La transformación más importante se dio recién a partir de 1943, con la organización de los servicios de salud estatales.

3 Orígenes del Sistema Público.

La importancia de Ramón Carrillo

La década de los ‘40 ...

Es escenario de un doble nacimiento: el del Estado “Garante-Responsable” del derecho a la salud, y el de las Organizaciones Sindicales estatales y Paraestatales, que darán origen al sistema de Obras Sociales. Es decir, la expansión de los Derechos Sociales en general, la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, aproximándose notablemente al modelo del **Estado de Bienestar.**

En 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública, designándose al Doctor Ramón Carrillo como Secretario con rango de Ministro, a cargo de la sanidad y la asistencia médica de la población de menores recursos. Con la reforma constitucional de 1949, la Salud Pública adquiere el rango de Ministerio y se le reconoce a *todo habitante de la Nación el derecho a la protección, conservación y restitución de la salud*.

Entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país. Esto llevó las camas públicas de 60 a más de 130.000, lo que significaba 7.4 camas por cada 1000 habitantes.

En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó.

Comienzos de los ’50 ...

Se erradicó el paludismo que, sólo cuatro años antes, afectaba a 300.000 argentinos.

Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de SANIDAD PÚBLICA (N° 13.012) y de CONSTRUCCIÓN, HABILITACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD (N° 13.019).

A través de las mismas se garantiza la financia-

Buscá al menos dos definiciones de Estado de Bienestar que te permita entender mejor éste concepto.

-ción y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente, y para ofrecer servicios a tarifas reducidas a otro 20% de la población en mejor posición económica. Nuestro país contaba con una de las mayores coberturas del mundo.

Paralelamente, la Fundación Eva Perón surgió como el gran Organismo proveedor de asistencia social, bajo el lema "Donde hay una necesidad hay un derecho".

El hospital se conviertió en el eje de la atención y Carrillo pretendió una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando el sector privado para los sectores más pudientes.

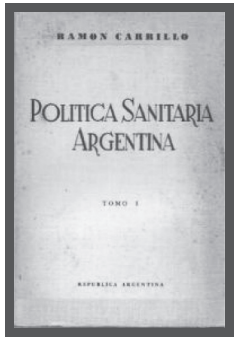
Con Carrillo se expresaba una fuerte voluntad de regulación de la atención de la salud por parte del Estado, como así también el propósito de mantener la accesibilidad a los sectores más desfavorecidos.

Esta es una de las principales razones de la creación de centros de salud y establecimientos para crónicos, la regionalización sanitaria, la coordinacion entre los diferentes servicios y la formación del recurso humano en salud pública.

Esta gran capacidad asistencial fue un importante instrumento de legitimación del gobierno peronista, pero además la atención de la salud se había incorporado en la gente como un *derecho adquirido*, del cual no fue fácil retroceder.

Claves de la gestión de Carrillo: Identificá y escribí tres aspectos destacados de la Gestión de Ramón Carrillo. Con tus palabras contanos por favor porqué los elegiste.
Podés encontrar material ampliatorio en www.atesociosanitario.com.ar

TAPAS DE LIBROS



Tapa de libro TOMO I Políticas Sanitarias Argentina.

Tapa de libro El Hombre. El Médico. El Sanitarista.

4

La transición desarrollista…

La Dictadura que derrocó a Perón (mal llamada Revolución Libertadora) reemplazó el rol distribucionista del Estado, por el de garantizar la acumulación del capital. Inmediatamente de asumido, el gobierno de facto, llamó en consulta a expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que en su informe (1957) criticaron al Ministerio de Carrillo "…por tener mucho poder y pocos resultados…"

Persiguiendo fines de reducciones de gasto, se inicia un proceso de descentralización estatal. Se transfieren hospitales nacionales a jurisdicciones provinciales y municipales, con resistencias locales por el cargo presupuestario que ellos significaban.

En 1956 el país fue azotado por la epidemia de poliomielitis con alrededor de 6.500 casos notificados. La aplicación sucesiva de la vacuna Salk y la Sabín redujo los casos en años posteriores.

Se fortalecieron los programas verticales y se comenzaron a aplicar los nuevos criterios de Atención Médica que preconizaba la Oficina Sanitaria Panamericana (Nótese que en ese tiempo, comienza la influencia de los Organismos Internacionales –OPS, OMS- creados a éste fin).

Comienza a desarrollarse una "capa" tecno burocrática, con vinculación de intereses con el empresariado nacional e internacional. Comienza a hablarse de eficiencia.

Entre 1959 y 1962 en la provincia de Buenos Aires, el Gobernador de la misma el Dr. Oscar Allende, que era médico, adopta como estrategia para ganar apoyo político poner en marcha un ambicioso plan de reorganización de su salud pública, basado en la Regionalización Sanitaria y la Reforma Hospitalaria.

Con el gobierno de Illia y con Arturo Oñativia como Ministro, se procedió a dictar un decreto de congelamiento del precio de los medicamentos, y formular las leyes 16.462 y 63 que establecían las normas para reclasificar los medicamentos y determinar los precios de venta. La idea era

regular el mercado de los medicamentos, a los efectos de eliminar los factores distorsivos que afectaban los precios de los mismos en las etapas de producción y comercialización.
Esta legislación produjo el rechazo de los países desarrollados del Club de París, interesados en el cobro de las patentes.
Dada la envergadura política y económica del tema medicamentos en el campo de la Atención Médica, Oñativia, después de Gorman, Rawson y Carrillo, es la cuarta figura que destacamos en esta síntesis histórica.
En 1966 el gobierno del Dr. Illia es derrocado por Onganía. En 1967 se sanciona una ley (17.189) orientada a la liberalización del sistema, para lo cual los precios de los medicamentos serían fijados en su primera etapa de producción por los fabricantes e importadores.
Durante el gobierno de Onganía se consolida la idea de establecer un mecanismo financiador de las prestaciones, para constituir un seguro de salud. En este contexto surgirá en coordinación con la Secretaria de Estado de la Seguridad Social, la ley 18.610 de Obras Sociales.

Volveremos más adelante con el tema obras sociales

5.

Los años '70

En 1971, se creó el INSSJP, PAMI, bajo el gobierno del dictador Lanusse y la gestión de Francisco Manrique. Después de asumir Hector Cámpora y hacia 1973, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS-Ley 20.748). Este tenía claras diferencia con el de la Ley de Obras Sociales de Onganía, porque ente otras cosas le asignaba al Estado la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud: debía actuar como financiador y garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario. A través de un seguro permitía la incorporación de provincias, universidades y del sector privado por medio de convenios.

Esta iniciativa no prosperó en general por falta de apoyo de las organizaciones sindicales **dominantes** y el sector privado: sólo lo adoptaron San Luis, Chaco y Formosa y fue desapareciendo de las partidas presupuestarias hacia 1977. Después del golpe sanguinario de 1976 se agudizó la descentralización de la atención de la salud y se debilitó claramente el protagonismo del Estado. Desde entonces el Estado fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios

a las provincias y municipios. A su vez, la pérdida de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud, consolidándose un modelo prestador de servicios altamente tecnologizado.

Con la llegada de la democracia en 1983, el gobierno de Alfonsín intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud.

Recién hacia 1987 se discutió la coparticipación federal y se incorporó el incremento del porcentaje de distribución primaria, en proporción equivalente al costo de los servicios transferidos en 1978.

El Seguro Nacional de Salud se aprobó después de muchas idas y vueltas, desdoblándose en la Ley de Obras Sociales, 23.660 y la del Seguro Nacional de Salud, 23.661. La mayor resistencia a su implementación fue dada por los gremios hegemónicos que no querían perder el manejo de los fondos de sus obras sociales. Aunque ambas leyes están en vigencia, el sistema no pareció haber logrado cambiar su perfil.

Nótese cómo el agrupamiento de ciertos gremios "poderosos", y su intención de "conservar" ciertos procesos claves relacionados con el flujo de dinero, va constituyendose en una pieza que sólo funciona en torno a ese interés **sectorial**, trabando incluso proyectos que podrían instalar beneficios **colectivos** importantes.

NOTAS

6.

¿Qué pasó con el sistema de salud argentino en los '90?

Ya en la década de los '90 se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el Estado se fue debilitando hasta casi quedar ausente. La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo paso al mercado.

Para poder comprender este giro, se debe entender que esta transformación se enmarca en una reforma global del Estado, impulsada en gran parte por los organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de desarrollo (BID). Estas reformas fueron impulsadas para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, a las políticas de ajuste estructural que caracterizaron el neoliberalismo.

El escenario en el que emerge la reforma de los ´90, estuvo contenido en el texto: **"invertir en salud"** es la estructural fragmentación e inequidad de nuestro sistema de salud, las consecuencias de la grave crisis socio económica de finales de los ´80, y la presencia de un Estado intencionadamente débil para ejercer regulación, e instituciones corporativas fuertes en el sector (obras sociales, asociaciones profesionales, asociación de clínicas y sanatorios).

La **Reforma sectorial en Salud**, se da como parte integral de la Reforma para el desguace del Estado (Leyes de Reforma del Estado y de Emergencia económica (1989), y Decreto de desregulación económica (1991).
La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación y **profundización** del modelo ideológico neoliberal **iniciado durante la dictadura**, donde el protagonismo pasó al mercado.

Algunas de las medidas tomadas:

- Recorte administrativo
- Nueva modalidad de gestión financiera de los hospitales (autogestión hospitalaria –AGH-)
- Privatización de servicios de salud
- Puesta en marcha de programas focalizados, (por ejemplo, el Programa Materno Infantil y Nutrición – PROMIN-)

Para poder comprender este giro, se debe entender que la Reforma del Sector Salud se enmarcó en una **Reforma Integral del Estado**, impulsada en gran parte por los organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de desarrollo (BID). Estas reformas fueron impulsadas para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas, es decir, a las políticas de ajuste estructural que caracterizaron el neoliberalismo.

Radiografía de la reforma menemista:

La llamada "Reforma Silenciosa" tal como se conoce a la Reforma del Sector Salud del "Menemato", se caracterizó por ser gradual e integral, instalando contundentemente el concepto de MERCADO aplicado a políticas sociales, prácticamente sin debate social o político.
Se consolida el proceso de reconversión del Sistema de Obras Sociales (desregulación, Gerenciamiento, Plan Médico Obligatorio -PMO-), del Sistema Público (autogestión hospitalaria, seguros públicos, arancelamiento) y del subsistema Privado (desregulación, grupos económicos). Recorte administrativo financiero, profundización de la descentralización, privatización de servicios de salud, y puesta en marcha de programas focalizados, (por ejemplo, el Programa Materno Infantil y Nutrición –PROMIN-) completan el cuadro de la reforma "menemista".

Si tuviésemos que retener los **aspectos sustantivos** que caracterizó esta "Reforma", decimos:

EN EL ÁMBITO PÚBLICO:

- La descentralización desfinanciada de los Hospitales nacionales hacia las provincias.
- El Hospital público de Autogestión autoriza a facturar las prestaciones a la seguridad social, instituyendo la figura de RECURSOS EXTRAPRESUPUESTARIOS Y HOSPITAL NO GRATUITO.
- Introduce las claves de la EFICIENCIA EMPRESARIAL: gestión (gerencia), población objetivo (los pobres), subsidio a la demanda (recorte).

EN LA SEGURIDAD SOCIAL:

- La desregulación con libre elección que permite la concentración en las más poderosas y quiebre del modelo solidario.
- Programa Médico Obligatorio que presenta el "piso" prestacional, a partir del cual se segmenta por precio y capacidad de pago.
- Fortalecimiento del fondo de Redistribución para ponerlo a disposición del clientelismo de sindicatos amigos y/o hegemónicos.

- **Y su resultado**, la constitución de un amplio mercado desregulado, con posibilidad de desplegar un modelo de MERCADO DE LA SALUD, contrario al DERECHO A LA SALUD.

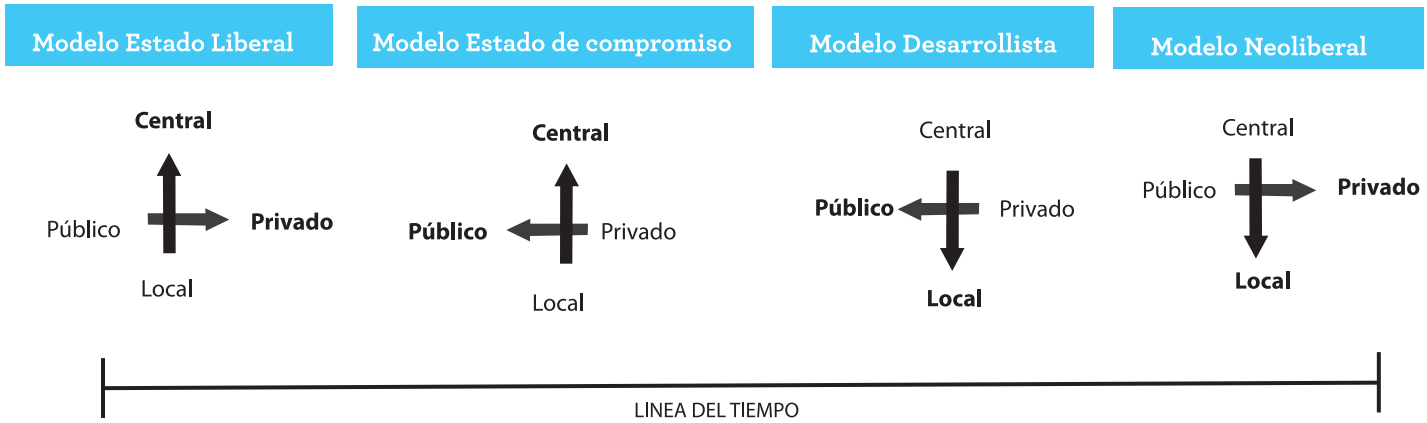
PODRÍAMOS DECIR QUE LA REFORMA MENEMISTA ES EL QUIEBRE MÁS IMPORTANTE EN CONTRA DEL MODELO DE POLÍTICA SOCIOSANITARIA QUE IMPLEMENTARON PERÓN Y CARRILLO.

Esta Reforma es la que estructura la actual Organización del Sistema de Salud. Fijate si podés identificar cuáles de estas decisiones permanecen aun hoy vigentes. Anotalas, compartila con tus compañeros y pensemos juntos...
¿ la Organizacion del Sistema de Salud **HOY** se parece mucho o poco al que se modeló durante los '90?

- Intentaremos resumir este breve relato histórico, con este cuadro de F. Tobar.

Fijate si podés vincular éste esquema, con el relato histórico que acabamos de hacer.

Esquema: línea histórica de la conformación del sistema de salud en la Argentina



En la ARGENTINA

¿qué leyes regulan el sistema de salud?

LEY 23661/89

SISTEMA NACIONAL DE SEGURO DE SALUD "PLENO GOCE DEL DERECHO A LA SALUD SIN NINGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN"

Actividades:

Para discutir en grupo… Observando mi entorno…
se cumple el "PLENO GOCE DEL DERECHO A LA SALUD SIN NINGÚN TIPO DE DISCRIMINACIÓN".

¿Cuáles son los elementos que condicionan esto?

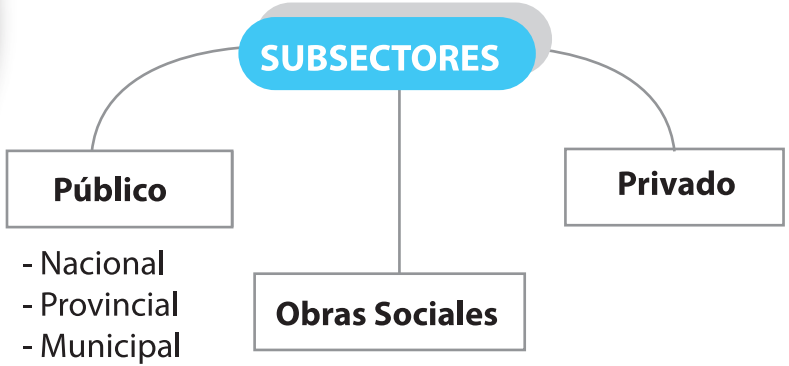
¿Qué circunstancias o elementos favorecen su aplicación?

7

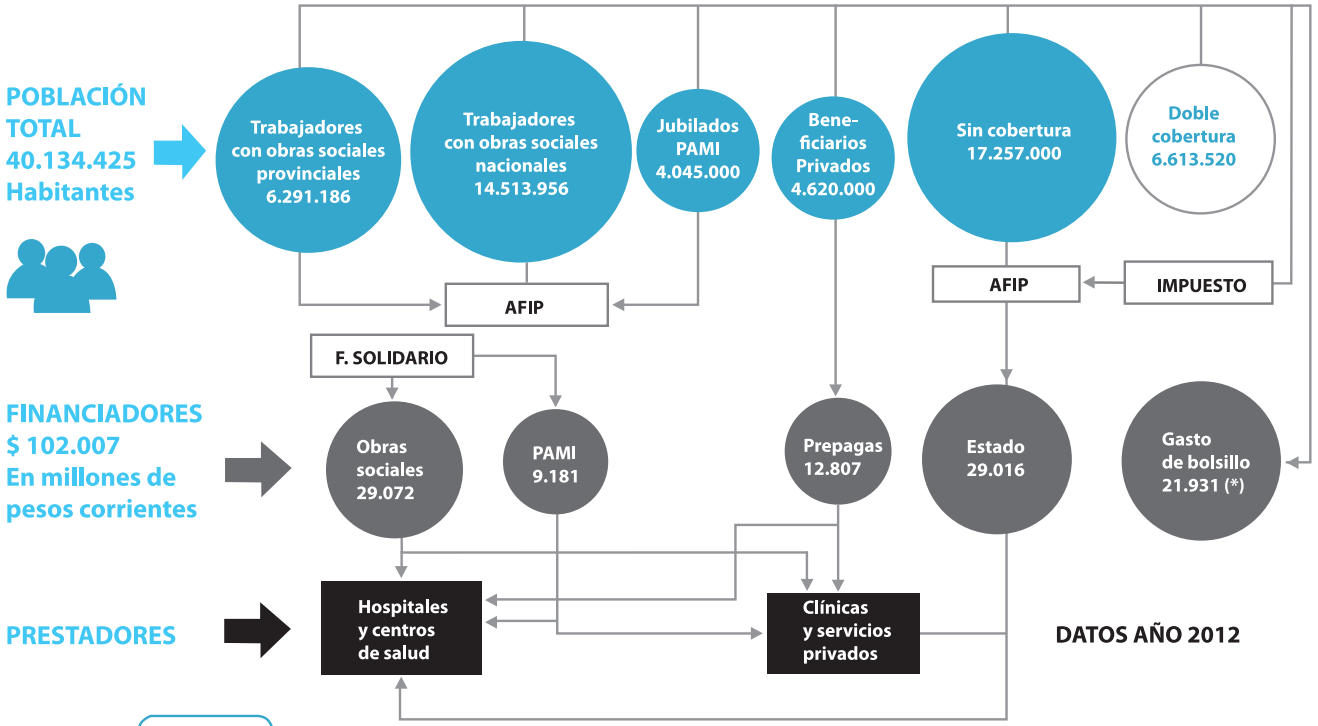
VOLVIENDO
A NUESTROS DÍAS

¿Qué característica presenta HOY el Sistema de salud en la Argentina?

Está compuesta por tres subsectores



Sistema de salud argentino:
interaccion financiamiento/cobertura/subsistemas



(*) "Nótese la importancia del **gasto de bolsillo** en el financiamiento global del Sistema. El Gasto de bolsillo es el gasto directo que hacemos por ejemplo, en medicamentos, honorarios, estudios, etc; que no estén previstos por cobertura social.

8.

El Subsector Público involucra la responsabilidad de tres niveles de gobierno.

- **NACIONAL**
- **PROVINCIAL**
- **MUNICIPAL**

A NACIONAL

El Ministerio de Salud es responsable de la función de Rectoría (que comprende la tarea de definir prioridades y objetivos, regular, velar por la sustentabilidad y la asignación de recursos, mejorar la accesibilidad, cumplir la funciones esenciales de la Salud Pública, etc.)

Es responsable de los siguientes organismos:

- ANMAT. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología.
- La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de salud " Dr. Carlos Malbran", de la que dependen el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, de Enfermedades Virales "Dr. Julio Maiztegui", de Parasitología " Dr. Mario Fatala Chaben", de Enfermedades Respiratorios "Dr. Emilio Coni", de Epidemiologia "Dr. Juan Lara", de Investigaciones Nutricionales y los Centros Nacionales de Genética Medica, de Diagnostico e Investigación Endemo-epidemica, la Red de Laboratorios de la República y el Control de Calidad Biológicos.
- El Centro Nacional de Rehabilitación Social (adicciones).

• INCUCAI: Centro único de ablación e implantes.
•Administración de Programas especiales (Chagas, HIV-Sida, Materno infantiles y vacunaciones)
• Desde 1957 el Estado nacional ha venido transfiriendo a las provincias la red de Hospitales, por lo que en la actualidad solo quedan bajo su dependencia el Htal "Dr. Alejandro Posadas" y el de pediatría "Dr. Juan P Garrahan" (ambos con estatus compartido con Provincia y Capital) y 2 Institutos de pacientes crónicos: el Hospital Baldomero Sommer y la colonia "Dr. Manuel Montes de Oca"
• El presupuesto nacional soporta también la Sanidad Militar y de los Servicios de Seguridad, de la Policía Federal y de los establecimientos de las Universidades de Buenos Aires, Córdoba y Rosario.
• También se desarrolla en este ámbito el COFESA (Consejo Federal de Salud), espacio de consenso de los Ministros de Salud Provinciales y la Nación.

B PROVINCIAL Y MUNICIPAL

Las Provincias tienen una estructura prestacional propia con Hospitales, Unidades Sanitarias y planes especiales. Han sido receptoras de los Hospitales Nacionales y a su vez han municipalizado Hospitales de mediana y baja complejidad.
El sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires en particular, tiene una amplia cobertura del subsector público que depende del Ministerio de Salud provincial y se articula con las Secretarías de Salud de dependencia municipal. Se calcula que los "usuarios" habituales del sistema público son aproximadamente la mitad de la población de la provincia, se atiende en el subsector público.
Un resumen del cuadro de la oferta prestacional de la provincia, arroja la siguiente configuracion:

Total de Camas	47.459
Camas del Sector Público	27.582
Camas del Sector Público Provincial	12.396
Camas del Sector Público Municipal	13.496
Camas del sector Público nacional	1.690
Camas del Sector Privado	19.557
Establecimientos con Internación	783
Establecimientos con Internación Provinciales	70
Establecimientos con internación Municipales	275
Hospitales Nacionales	5
Establecimientos con Internación Privados	433
Centros municipales de atención primaria de la salud (CAPS)	1.793

Como se observa a partir del análisis, el primer nivel de atención, de menor nivel de complejidad en la atención ambulatoria, es función indiscutible del nivel de gobierno municipal. En consonancia, en el caso de las consultas, entre el 70 y el 75% de las mismas se realizan

tanto en el Conurbano como en el Interior Provincial en dependencias municipales. Los egresos relacionados a las camas disponibles muestran una mayor presencia de la provincia, como dependencia administrativa, en el Conurbano Bonaerense, mientras que en los municipios del interior se observa la mayor capacidad instalada en internación de dependencia municipal. Esta descripción se refuerza cuando se identifican las camas por región y dependencia. Es muy significativa la presencia de camas disponibles de dependencia provincial, en términos absolutos y sin clasificar por complejidad, en el Conurbano Bonaerense, en relación al Interior Provincial. Tal resultado se asocia a la concentración de la población y a las escalas de planta más grandes y más complejas de los hospitales de dependencia provincial.

Podríamos resumir que la jurisdicción provincial entonces, básicamente hospitalaria, concentra la atención ambulatoria aun de mediana y baja complejidad, y la internación hasta la alta complejidad. La jurisdicción municipal en cambio, concentra los efectores de primer nivel de atención ambulatorio, y la internación en general, de baja y mediana complejidad.

En conclusión

En el país en general, y en el subsector público en particular, se dispone de una capacidad instalada amplia. Sin embargo, este panorama no contempla 2 (dos) situaciones complejas al interior subsector público: deterioro severo de la infraestructura, y el otro es el defectuoso funcionamiento en red. Es decir, este análisis no discrimina por el estado de conservación de los establecimientos, ni distingue correctamente por el grado de resolutividad de los mismos. Un análisis adecuado de estas dimensiones, podría devenir en la posibilidad de estimar adecuadamente la necesidad de equipar la oferta instalada no sólo desde el punto de vista del acceso geográfico, sino desde una perspectiva de funcionamiento de redes.

Uno es el deterioro severo de la infraestructura, y el otro es el defectuoso funcionamiento en red. Es decir, este análisis no discrimina por el estado de conservación de los establecimientos, ni distingue correctamente por el grado de resolutividad de los mismos. Un análisis adecuado de estas dimensiones, podría devenir en la posibilidad de estimar adecuadamente la necesidad de equipar la oferta instalada no sólo desde el punto de vista del acceso geográfico, sino desde una perspectiva de funcionamiento de redes.

El sistema de salud en la Argentina actual se caracteriza por sus fragmentaciones:

La de los subsectores (público, obras sociales y privados), y la correspondiente a las jurisdicciones (nacional, provinciales y municipales)

Si no existe un fuerte rol de rectoría y liderazgo, el sistema tiende a atomizarse en todas las combinaciones posibles. Esta es una de las claves para dimensionar la importancia que significaría tener un SISTEMA UNICO DE SALUD .

Sobre la base de los datos de provincia de buenos aires, tratá de completar este cuadro con tus compañeros:

	Cantidad de habitantes	Número de establecimientos de dependencia Provincial con internacion	Número de establecimientos de dependencia Municipal con internacion	Unidades sanitarias nacionales o Provinciales	Unidades sanitarias Municipales
Capital Provincia					
Interior de la Provincia					

INTENTÁ SACAR ALGUNA CONCLUSION EN BASE A LOS DATOS RECOLECTADOS.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9 Seguridad Social y Obras Sociales

Hemos dicho que la **Seguridad Social** es una **forma de organización de la comunidad para afrontar los riesgos de la vida ayudando a las personas con el esfuerzo de todos en forma solidaria**.

Cubre contingencias diversas y UNO de sus componentes es la Seguridad Social Médica. Pero NO es el único. Desde nuestra perspectiva contrahegemónica, planteamos que la SEGURIDAD SOCIAL es un campo ampliado y colectivo conformado por la Salud, la Educación y la Previsión Social. En tiempos donde se nos "comunica" la INSEGURIDAD INDIVIDUAL, decimos que sin SEGURIDAD SOCIAL, no hay SEGURIDAD INDIVIDUAL.

Podemos también decir que la seguridad social implica el conjunto de decisiones, acciones y también las omisiones que llevan adelante los gobiernos para solucionar los problemas en un momento .

Corren tiempos de inseguridad y desde las usinas del poder hegemonico se exalta su carácter «individual».

Podemos afirmar sin equívocos que ...

«sin seguridad social no hay seguridad individual posible»

Desde nuestra perspectiva contra hegemónica, planteamos ... **el campo de la seguridad social ampliado por Salud, Educación y Previsión Social**

Postulamos que la Seguridad Social será social y segura cuando:

contemos con un Sistema Integrado de Salud en cuyo seno la Salud Pública sea rectora y animadora central de las políticas sanitarias; la Educación Pública y Gratuita asegure cobertura, equidad y calidad a todos y en todos los niveles; la Previsión Social garantice efectivamente los derechos ciudadanos de todos los mayores y no su mera supervivencia.

Dijimos ya que este sector se va conformando a lo largo de los años `40, con el nombre de Obras Sociales hacia el interior del sector salud.

Si bien algunas de ellas no sólo financian sino que

también prestan servicios de atención médica la mayoría ha desarrollado el financiamiento y dejado las prestaciones en manos de efectores privados.

Susana Belmartino (investigadora de Rosario) desarrolla la hipótesis de continuidad entre las actuales Obras Sociales y las mutualidades de inicio del siglo pasado (en los años '30) organizadas según la inserción laboral. Adicionalmente tienen otros rasgos comunes como la sustentabilidad fortalecida por el aporte patronal, el estatal o ambos, la aceptación de la función reguladora del Estado, la fragmentación de las formas de agrupamiento y la heterogeneidad de las normas que las regulan.

El surgimiento del sindicalismo como actor reconocido en el interior del sistema político, que se encuentra en la base del "Estado de Compromiso" de la década del 40. No sólo representó una de las diferencias más importante con las condiciones vigentes bajo el Estado liberal; constituyo además un dato sustantivo en las formas de organización de los sistemas de salud y atención médica.

En la lucha reivindicativa frente a la patronal, los trabajadores incorporaron como objetivos deconquista. El mejoramiento de su "salario social", o sea todo aquello que, además de dinero en efectivo, significaba recuperar parte del producto de su trabajo.

Así es que en este sentido, conseguido el objetivo del aporte patronal durante el primer gobierno peronista, muchas de las primitivas mutuales, modificadas ahora cuali y cuantitativamente, evolucioron hacia lo que se conoce hoy como "Obras Sociales", al compás del proceso general que se vive en el país, de organización, industrialización y sindicalización. En la Reforma Constitucional del 49, dentro de los derechos del trabajador, se incluyó "… el derecho a la seguridad social…"

Las corporaciones médica y sindical, enfrentadas por una rivalidad de larga data posteriores a la caída de Perón, relacionada con el control de un sistema de financiamiento y provisión de atención médica sobre el que ambas reivindican derechos irrenunciables, se ve cristalizada en la ley 18610/1970, mientras se seguirá rechazando

como estatizante toda pretensión dirigida a superar la fragmentación, la superposición de recursos, irracionalidad en la administración, la desigual situación de los beneficiarios en el acceso a las prestaciones financiadas por un aporte supuestamente solidario.

Eran tiempos de Cordobazo y Rosariazo que expresaban la resistencia del movimiento obrero que estaba en la CGT de los Argentinos, en contrapartida con la actitud conciliadora de la otra CGT (Vandor) hacia la dictadura de Onganía.

En efecto, la ley 18.610 no sólo generalizó un sistema de obras sociales connotado por la fragmentación y heterogeneidad de organizaciones con muy diferente capacidad de cobertura del riesgo de enfermedad, también consolidó un déficit de autoridad resultante del desinterés o la impotencia del Estado para regular sus vínculos con profesionales y sanatorios.

El Sistema de Obras Sociales hoy

Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud. Algunas –sobre todo las **obras sociales sindicales**- proveen también otras prestaciones, tales como turismo y asistencia social, a sus beneficiarios: trabajadores en relación de dependencia. Existen también Obras Sociales que brindan prestaciones a una población específica, tal como el PAMI (Programa de Asistencia Médico Integral), que provee servicios de salud a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión social.

Las Obras Sociales de régimen nacional

Son los agentes centrales del seguro de salud, dan cobertura a más del 50% de la población con seguro obligatorio, y se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996.

Las Obras Sociales provinciales

Son 23 instituciones que otorgan cobertura a un cuarto de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y las personas que de ellos dependen.

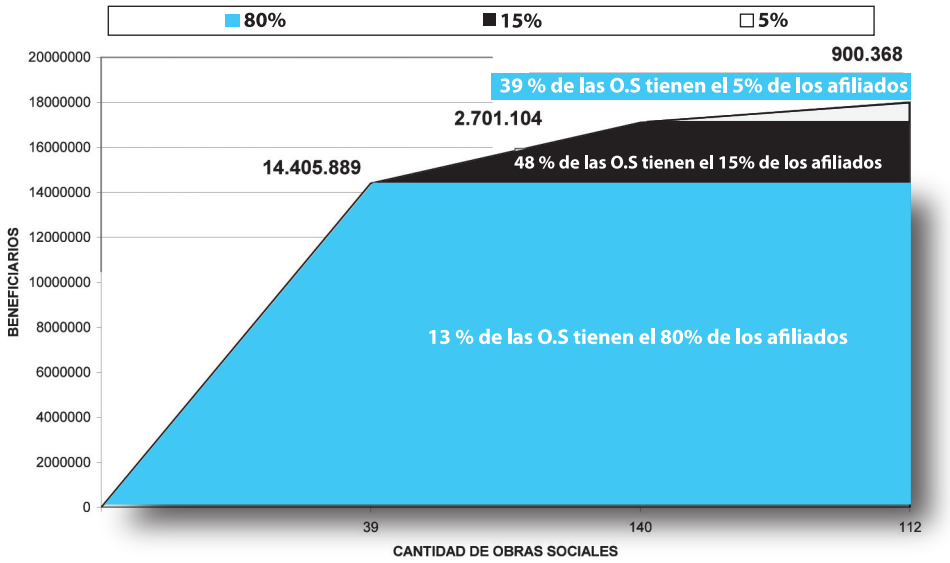
La fuente de financiamiento son las contribuciones de empleados y empleadores.

El subsistema de las Obras Sociales

Originalmente solidario y preventivo, se ha visto influido por la reforma de los noventa que permitió el asalto de los grupos económicos en connivencia con dirigencias empresario-sindicales , y obviamente por la desarticulación del mercado de trabajo ocurridos en los últimos años.

Sobre un total de 290 entidades -excluyendo el PAMI- el 13% de las Obras Sociales de la nómina, nuclean el 80 % de los beneficiarios totales, y entre ellas las 10 primeras entidades absorben el 51,5 % de la población total

Análisis "ABC" de la distribución de las Obras Sociales Nacionales en 2010 según cantidad de afiliados.



- Nos vamos a detener particularmente en las Obras Sociales de los empleados públicos de las provincias que son organismos autárquicos con características propias, que las hace muy heterogéneas entre sí. La cobertura de las OOSS provinciales es de alrededor de MÁS DE 6 millones de beneficiarios que representan cerca del 25% de la población cubierta por las OOSS.

- En el caso de la Provincia de Buenos Aires, IOMA brinda cobertura medico asistencial al personal de la administración publica provincial y a los municipios que adhieran (hoy 135 municipios) así como a sus familiares.

- El IOMA reconoce una población beneficiaria de aproximadamente 1,5 millones, que aportan igual que el empleador, un 4,5% de sus salarios. Conceptualmente, tanto el aporte directo (4,5 del sueldo) como el indirecto (sueldo diferido correspondiente a la masa salarial), sumado a la idea de un Instituto al servicio de la salud de los trabajadores, no se corresponden con el gobierno del Instituto, puesto en manos de los funcionarios de los gobiernos de turno.

- Es necesario agregar a la agenda del Estado, la necesaria y efectiva democratización de las Obras Sociales Provinciales, constituyendo un gobierno de las mismas mayoritariamente con representación de los trabajadores.

Para realizar en grupo:

En base al ejemplo de la Obra Social Provincial IOMA…

- Qué cantidad de afiliados tiene la Obra social Provincial de tu provincia?
- La reconocemos como parte de nuestro patrimonio salarial?
- Reconocemos la importancia de su democratización para mejorar nuestra representatividad?
- Tenés idea cuál es el presupuesto anual de la misma?

.....

10.

El Sector privado

Dentro de este sector se encuentran las empresas de Medicina Prepaga

<< brindan cobertura a –aproxima-damente- un 8 % de la población>>

Agrupan un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta un variado abanico de precios y de servicios cubiertos.

Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales:

- Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y
- Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios).

Las cámaras agrupan a aproximadamente **150** firmas, de las cuales **70** se concentran en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano.

En los años ’90 ...

Este sector evidenció un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales. Si bien el gasto anual de este sector es menor en comparación con el sector público y las Obras Sociales, su gasto per cápita es el más elevado.

A fines de los año ‘90 entre las Prepagas se observó una tendencia creciente a establecer contratos prestacionales con las Obras Sociales. Esta modalidad que se inició con contratos con algunas Obras Sociales de personal superior, como OSDE, se extendió a un espectro mucho más amplio de entidades a través del gerenciamiento de sus contratos capitados (Tobar, 2001).

En resumen, las políticas de corte liberal de los ’90 trajeron aparejadas una mayor mercantilización de la salud que no se ha traducido en una mejor calidad de atención y cobertura.

¿Cómo podemos caracterizar el escenario actual de la salud en la Argentina?

Las políticas de salud constituyen un terreno de definición política y, un campo disputado de actividad económica.

Existen visiones que colocan a la salud como un ámbito de lucro, donde sobresalen ciertas dimensiones: la producción de medicamentos, de vacunas, de insumos y tecnología médica; la construcción de establecimientos; la administración de fondos de salud (seguros), y la prestación de servicios.

Una salud no pensada como un derecho, sino como una mercancía.

En esta lógica, accede a la salud el que más tiene.

Por esto es importante volver a poner en tensión las ideas de Ramón Carrillo, en torno a que el derecho a la salud es un ámbito básico de realización de derechos y, por lo tanto, responsabilidad indeclinable del Estado. Y como tal "militarla"…

El escenario concreto donde se desenvuelve la disputa entre una y otra visión, es el de los sistemas de salud, que han sufrido gravemente las políticas de ajuste y cambio estructural de la embestida neoliberal. Han sido sistemas debilitados y desorganizados de raíz en los años ochenta y noventa.

Sus consecuencias, sistemas segmentados y fragmentados con componentes privados importantes y poderosos, no son fáciles de erradicar.

¿Hay recetas mágicas para solucionar estas tensiones?

Consideramos que no, pero vale cerrar con una frase del Dr. Ramón Carrillo
"El Estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser un pueblo digno".

Podés encontrar éste cuaderno en versión digital en:
www.atesociosanitario.com.ar

BIBLIOGRAFIA

- *ACUÑA, Carlos H. - CHUDNOVSKY, Mariana El Sistema de Salud en Argentina Buenos Aires, 2002. Disponible en la web http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf*
- *BELMARTINO, Susana. "Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica" En: Cuadernos Médico Sociales N° 55: pp. 13-33. Rosario, 1991.*
- *BELMARTINO, Susana - BLOCH, Carlos. El Sector Salud en la Argentina: Actores, Conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. Publicaciones de la OPS N° 40. Buenos Aires. 1994.*
- *Decretos Nacionales: 578/ 93*
- *FARAONE, Silvia. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD.*
- *GODOY, Daniel – AGUIRRE, Adolfo, Las Obras Sociales en Argentina: historia, pasión y …muerte? La Plata, 1999.*
- *Leyes Nacionales: 18610/ 70; 20748/ 74; 23660/ 88 y 23661/ 89.*
- *MACEIRA, Daniel "Desafíos del Sistema de Salud Argentino" en Voces del Fénix. Año 2 N° 7. Facultad de Ciencias Económicas- UBA. Buenos Aires, 2011. Disponible en la Web http://www.vocesenelfenix.com*
- *LÓPEZ, Susan. El Sistema de Salud Argentino. Disponible en la web http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/RSVI/msanitaria/LopezSistemaSalud.pdf*
- *Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. CEPAL –OPS –PNUD. Buenos Aires, 2011.*
- *TOBAR, Federico. Breve historia del servicio de salud en la Argentina. Fundación Isalud. Disponible en la Web http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf*
- *TOBAR, Federico. Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina. Fundación Isalud. Buenos Aires, 2001.*

Notas

Notas

LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

Espacio radial de ATE

"para la libre informacion
y la partcipacion colectiva
hacia una mejor salud popular"

Otra Salud es posible. Otro Estado, es necesario

Escuchanos en
www.atesociosanitario.com.ar

armar LA TRAMA

Visitanos en:
www.atesociosanitario.com.ar

Contactanos:
atesociosanitario@gmail.com
armarlatrama@gmail.com

Seguinos !

http://www.youtube.com/user/ATEGPSS
https://www.facebook.com/ATEsociosanitario

ATE ARGENTINA | idep | *Área de Salud*

ASOCIACION TRABAJADORES DEL ESTADO DE LA REPUBLICA ARGENTINA I CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL I INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO Y PARTICIPACION (IDEP) I AREA DE SALUD

AÑO 2013
www.atesociosanitario.com.ar

Material de publicación periódica y coleccionable.
Esperemos que esta colección sea del interés y el aprovechamiento del conjunto de los compañeros/as.