

Argentina^{*}

Características Generales

La República Argentina constituye un caso excepcional dentro de la región en muchos aspectos entre los cuales no escapan los sanitarios. Por un lado su población predominantemente europea, por otro la precoz incorporación de los derechos civiles y sociales que se reflejan en hechos tales como el haber sido el primer país del continente en abolir la esclavitud, en incorporar el voto femenino o el haber desarrollado ya en la segunda mitad del siglo XIX la educación pública universal y gratuita.

Sin embargo, Argentina no escapó de los mayores azotes políticos y económicos que castigaron a los países de la región: los golpes militares y sus consecuentes gobiernos dictatoriales, los conflictos internos armados, la crisis de la deuda externa, la hiperinflación, la estafagación de los ochenta, etc.

Durante los ochenta el país consiguió redemocratizar el Estado y la sociedad. Luego en la década del noventa a través de una política monetaria que establece la paridad de su moneda con el dólar estadounidense, se consiguió recuperar rápidamente el equilibrio macroeconómico y el crecimiento del Producto Bruto.

En este contexto de reforma económica se desplegó también una Reforma del Estado que se inició con las privatizaciones de las empresas públicas, la alteración del régimen de los empleados nacionales, y luego afectó a sectores específicos como el de salud. La reforma sectorial se centra en dos componentes la autogestión de los hospitales públicos y la desregulación de las Obras Sociales.

* Este informe ha sido elaborado por Federico Tobar

Cuadro 1: Argentina: Información general del país

Indicador y año de referencia	Valor
Población total (estimada en base a proyecciones para 1995)	34.768.458
Tasa de crecimiento poblacional promedio(1990-1995)	1,22%
Tasa de urbanización (1995)	88,0%
Tasa de desempleo (1995)	12,4%
Población en situación de pobreza. Según Indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas.(1993)	19,3%
PBI en 1995 (en millones dólares corrientes)	323.000
Superficie del país (en Km ²)	2.780.400

Fuente: 1.,2,3, 4. INDEC, 5. SPE –MEyOSP, 6. Instituto Geográfico Militar

Población

Por sus características demográficas Argentina se ubica en un punto intermedio entre los países europeos y América Latina. Presenta una pirámide poblacional con ligera tendencia al envejecimiento aunque aún con una población infantil proporcionalmente mayor a la que presentan los países nórdicos. De manera complementaria, el peso de los ancianos (9,4%) es en Argentina aún bajo si se lo compara con los países desarrollados, donde ronda el 12% y se espera que crezca de forma acelerada.

Cuadro 2: Argentina: Población por grupos de edad, 1995

Grupos de edad	Número	Porcentaje
-1	716.458	2.05
1-4	2.707.000	7.7
5-14	6.624.000	19.05
15-49	17.092.000	49.1
50-64	4.358.000	12.5
65 y más	3.271.000	9.4
Total	34.768.458	100.00

Fuente: Indec.

Como ocurre en los mayores países de la región, se registra en Argentina una alta heterogeneidad regional. Por ejemplo, la población menor de 15 años en Capital Federal es casi la mitad de la que representa la misma faja de edad en las provincias más desfavorecidas como Formosa.

Organización política

La República Argentina es un Estado Federal. Está integrada por 23 provincias, y alrededor de 1.600 municipios y la Capital Federal. Estas unidades político-administrativas son las que tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y la protección de la salud de la población.

Estado de Salud de la Población

Los indicadores de salud de la Argentina han registrado una evolución positiva. El país ha atravesado su transición epidemiológica como lo demuestran las tasas de mortalidad por causas en las cuales cardiovasculares y tumores registran el mayor peso.

Cuadro 3: Argentina: indicadores de salud seleccionados

Tasa de mortalidad infantil	22,2 (expresada por mil nacidos vivos) (1994) MSAS
Esperanza de vida al nacer mujeres	75,59 (proyecciones 1990-1992) INDEC 1995
Esperanza de vida al nacer hombres	68,44 (proyecciones 1990-1992) INDEC 1995

Cuadro 4: Argentina: Principales causas de muerte, 1995

Principales causas de defunción (CIE 9 Revisión)	Tasa	%
Enfermedades del corazón (390-429)	227,0	29,5
Tumores malignos (140-208)	148,4	19,3
Enfermedades cerebro vasculares (430-438)	72,2	9,4
Accidentes (E800-E949)	31,4	4,1
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779)	22,4	2,9
Diabetes Mellitus (250)	21,6	2,8
Neumonía e influenza (480-487)	20,4	2,7
TOTAL	768,8	100,0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación No. 38 Serie 5. 1995. Extraído de: MSAS *Indicadores Básicos de Salud*. 1996. 1. Todas las edades y ambos sexos. Incluidas las defunciones cuyas edades y sexo se ignoran. Las tasas se calcularon por 100.000 habitantes

Cuando el análisis se realiza a través de los Años de Vida Potencialmente Perdidos -AVPP- se verifica que la primera causa tiene que ver con el envejecimiento de la población. Pero la segunda causa de mayor peso en términos de años de vida potencialmente perdidos, son los accidentes. La tercera causa son las enfermedades del corazón.

Organización del Sistema de Salud

Reseña Histórica del Sistema

Las consolidación del modelo argentino de sistemas de salud puede ser esquematizada en tres capítulos o fases: el desarrollo de los servicios públicos, la consolidación de las Obras Sociales, la propagación de los seguros privados.

El Estado argentino comienza a incorporar funciones en relación a la salud durante la década del '40. Es el inicio de una etapa en el que la salud es asumida como un deber de Estado. Aparecen entonces las políticas de salud que tenían como prioridad asegurar el acceso a la atención a todo el pueblo argentino.

Entre 1946 y 1954, se desarrolla una importante infraestructura de atención estatal. Durante la gestión del Dr. Ramón Carrillo en el Ministerio de salud se duplicó la capacidad hospitalaria argentina.

Las Obras Sociales son esquemas de protección social y sanitaria que surgen como producto y consecuencia del esfuerzo y organización de los trabajadores. Durante las décadas del cincuenta y sesenta las Obras Sociales registraron un gran crecimiento pero orientaron su demanda de atención hacia el sector privado de prestadores, dejando de lado la alternativa de desarrollo de sus propios establecimientos y del uso de los hospitales públicos.

En los períodos correspondientes a los gobiernos de facto que se suceden a partir de 1955, se afianza una concepción del Estado subsidiario, en virtud de la cual éste va dejando determinados espacios de la acción social a la propia comunidad. En el caso de la salud supone dar lugar y promover formas institucionales en manos de organismos intermedios, como las Obras Sociales.

En el año 1970 se produce un nuevo avance en la organización del modelo argentino de salud con la ley 18.610, que extiende de manera obligatoria el sistema a toda la población trabajadora. Los múltiples aportes de empleados y contribuciones de empleadores, ya existentes, se unifican y tornan obligatorio. Esto consolida el financiamiento del sistema en base al trabajo. Se expande la cobertura de las Obras Sociales existentes y se crean nuevas para el resto. Sin embargo, salvo excepciones como las Obras Sociales de ferroviarios y metalúrgicos, su estrategia no impulsó la provisión directa (centrada en servicios propios), ni la participación del sector público en el sistema, sino que afianzó la tendencia ya existente a la contratación con el sector privado. Más allá de la letra de la ley, que pudo haber dado lugar a un crecimiento orientado por una regulación que asegurara el carácter social del sistema, éste creció y se consolidó al margen de una efectiva integración y regulación. Se generaron de tal modo, desde sus propios orígenes, casi todos los "vicios y virtudes" que se le reconocen a las Obras Sociales argentinas.

A partir de los setenta se registra un fuerte desarrollo de formas privadas como empresas de medicina prepaga o planes médicos de clínicas y sanatorios, de adhesión voluntaria, dirigidos, en general, a los sectores de mayores recursos.

El rol protagónico del Estado va decayendo progresivamente, su capacidad instalada se deteriora y los altos *stocks* de capital incorporados hasta los cincuenta no son repuestos, de modo que el subsector público va perdiendo su liderazgo como financiador y proveedor de servicios.

Entre 1977 y 1981, el gobierno militar despliega una política económica que bajo pretexto de aumentar la productividad por vía de una mayor competencia con los productos externos, sobrevaluó la moneda nacional al mismo tiempo que redujo las barreras arancelarias. El saldo de este modelo económico en el sector salud fue un importante incentivo a los prestadores para la importación de tecnología médica fundamentalmente en las áreas de diagnóstico, terapia intensiva y neonatología.

La mayor parte de la oferta de internación que integra el subsector privado de salud en Argentina se encuentra nucleada en federaciones provinciales, estas últimas, a su vez, se agrupan en la Confederación de Clínicas y Sanatorios (CONFECCLISA). A su vez, los profesionales de la salud son representados por sus gremios profesionales y sus entidades de primer nivel -colegios-, de segundo nivel -federaciones- y de tercer nivel -confederaciones-. De esta manera, hay en nuestro país una alta organización de los profesionales a través de sus entidades: médicos -COMRA-, farmacéuticos -COFA-, odontológicos -CORA- y bioquímicos -CUBRA-. La sobreoferta de tecnología incorporada masiva y en muchos casos acriticamente precipitó la crisis de la financiación de las Obras Sociales, las cuales comienzan a poner freno a su cobertura y a incorporar copagos. Esta situación se acelera durante la hiperinflación de finales de los '80. Frente a la retracción de las prestaciones cubiertas por el subsector de la seguridad social, el subsector público debió enfrentar mayores demandas por servicios y ahora con un gran déficit de la capacidad instalada, insumos, equipamientos y crisis fiscal.

Aparecen, en algunos casos, modalidades emergenciales de financiamiento como la recaudación directa de asociaciones cooperadoras de los hospitales que permiten la adquisición de equipamientos, e insumos. No obstante, la falta de una coordinación de estas incorporaciones de capital, así como la ausencia de una red jerarquizada de establecimientos, hace que esta incorporación de tecnología frecuentemente no constituyan inversiones oportunas en el sentido de su eficacia y su efectividad. Los años de desregulación de la oferta de médicos, tecnología y camas hospitalarias, comienzan a cobrarse su precio en caída de ingresos profesionales y crisis económica de los sistemas público y privado.

Desde la consolidación del sistema de Obras Sociales el modelo argentino de salud adquiere sus principales características de heterogeneidad y fragmentación. Esto se traduce en una falta de integración entre los distintos subsectores -público, seguridad social y privado- así como en el interior de cada uno de los mismos.

Los intentos de reforma que surgieron a partir de entonces buscaron modelar el sistema de salud aproximándolo a alguno de los tipos ideales. Así como la historia de la institucionalización del sistema tiene tres capítulos, la de su reforma también.

Los primeros proyectos de reforma buscaron establecer la hegemonía del subsector público convirtiendo el sistema argentino al modelo universalista (Beveridge). Luego se trató de consolidar un modelo de seguro único, destacando las fortalezas del modelo de Obras Sociales, tales como su amplia cobertura y financiamiento solidario, pero resolviendo los problemas de equidad que le son característicos. Por último, el rumbo de la reforma encontró un nuevo punto de inflexión y en lugar de buscar reformar el seguro de salud desde adentro se planteó hacerlo desde afuera. Así, los últimos pasos de la reforma no apuntan a establecer la hegemonía del subsector público, ni de la seguridad social sino a la prevalencia de un sistema de seguros privados.

A principios de la década del '70 y luego con la recuperación de la democracia en los 80 se registraron intentos de reforma marcados por un mayor compromiso desde el Estado por asegurar el *derecho a la atención de la salud de la población*. Se trató de intentos que compartieron el objetivo de constituir un sistema de atención que integrara los diferentes subsectores, morigerando los niveles de fragmentación y estratificación que alcanzaba la organización.

El Sistema Nacional Integrado de Salud -SNIS-, en 1974, representó el proyecto de conformar un sistema único de salud cuyo eje fuese el Estado, y que asegurase al conjunto de la población un acceso igualitario. El proyecto original sufrió importantes modificaciones que reflejaron el conflicto de intereses que planteaba para las organizaciones médicas, de prestadores privados y de los trabajadores. Perdió fuerza al no lograr incorporar dentro del sistema a las Obras Sociales de los trabajadores, y concitar la adhesión sólo de escasas jurisdicciones. No obstante, en ellas (San Luis, La Rioja, Chaco, Formosa) tuvo espectaculares avances hasta su intervención por el golpe militar de 1976.

En 1985 el proyecto del Seguro Nacional de Salud, cuyo eje eran las Obras Sociales, encontró la más férrea oposición del sindicalismo, que lo veía como un intento de subordinarlo al proyecto político del gobierno radical. El proyecto reivindicaba el rol del Estado como conductor de la política de salud, planteaba el fortalecimiento del sector público como prestador y su incorporación a un sistema donde la ejecución de las actividades ligadas a la atención era tarea compartida junto con el sector privado y los establecimientos existentes de las Obras Sociales.

El nuevo punto de inflexión en la dinámica de reforma se produce como resultado de una serie de factores. A partir de las dificultades que enfrenta la sanción de la Ley del Seguro Nacional de Salud, el diseño de alternativas para el sistema es sustraído del debate político. Las

propuestas de reforma adquieren un carácter más técnico, no son publicadas ni debatidas y las pocas discusiones que tienen lugar son guiadas por documentos de organismos internacionales.

Al mismo tiempo, de manera similar a lo que ha ocurrido en otros países de la región, esa reforma “custodiada por expertos” deja de lado las preocupaciones centrales del sanitarismo, como la equidad, la accesibilidad y el aumento de la vida saludable, para concentrarse exclusivamente en los flujos financieros del sector. Se abandonan las banderas de la reforma sanitaria para operar la reingeniería del sector preocupada con la contención de costos y la “eliminación” de los actores prescindibles (*down sizing*). La reforma no se opera a través de una ley sino de una serie de transformaciones microscópicas. Una larga sucesión de decretos y normas cuya interpretación requiere de un alto dominio técnico y amplia dedicación.

Actores y Roles dentro del sistema

El modelo de sistema de salud es mixto. Dentro del mismo existen tres subsectores claramente delineados:

- ⇨ subsector público,
- ⇨ subsector de la Obras Sociales,
- ⇨ subsector de medicina prepaga

La hegemonía de un subsector se podría medir de acuerdo con la cobertura poblacional o al gasto. En este sentido se puede verificar la ausencia de un predominio claro aunque con un peso relativo mayor del subsistema de Obras Sociales.

Podemos clasificar a los organismos de acuerdo a la siguiente taxonomía:

- ⇨ Actores que participan en el financiamiento.
- ⇨ Agentes.
- ⇨ Proveedores directos de servicios de salud.

Actores que participan en el financiamiento:

- ⇨ Tesoro Público (DGI, Secretaría de Hacienda de La Nación, ministerios provinciales y secretarías municipales)
- ⇨ Organismos internacionales de préstamo o donación
- ⇨ Empleadores (a través de sus contribuciones laborales)
- ⇨ Empleados (a través de sus aportes laborales)
- ⇨ Familias (a través sus desembolsos directos)

Los agentes intermediarios son:

- ⇨ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- ⇨ Ministerios de salud provinciales.
- ⇨ Secretarías de salud municipales.
- ⇨ Obras Sociales nacionales.
- ⇨ Obras Sociales provinciales.
- ⇨ Otras Obras Sociales.

⇨ Prepagas y seguros privados.

Los proveedores de servicios son:

⇨ Servicios públicos (hospitales, centros ambulatorios, puestos de salud).

⇨ Servicios privados (clínicas, sanatorios, laboratorios y centros de diagnósticos, farmacias).

⇨ Profesionales independientes.

El Estado actúa en salud a través de sus tres niveles: Nación , provincias y municipios.

El Estado financia estos servicios a través de los impuestos que recauda. También es su responsabilidad la regulación de todos los subsectores que conforman el sector salud. La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios, a su vez, brindan servicios directos de asistencia a la población. El Ministerio de Salud y Acción Social -MSAS- es la máxima autoridad en materia de salud. A nivel provincial y municipal el rol le corresponde a los respectivos ministerios y secretarías. El MSAS tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores. En la práctica el rol del MSAS es acotado porque maneja sólo un mínimo porcentaje del presupuesto público en salud, y dado que la salud no es una atribución delegada por las provincias a la Nación, su poder de decisión queda limitado ya que las provincias y municipios cuentan con una autonomía en sus respectivas jurisdicciones. Como la Nación no financia acciones, sus políticas sustantivas sólo tienen valor indicativo y la concreción de acciones determinadas desde dicho nivel depende de coincidencias de nivel político más general. Además del MSAS, existe otro organismo de alta importancia dentro del sistema que es la Administración Nacional del Seguro de Salud -ANSSAL-, cuya función central es regular y administrar un fondo de redistribución que compensa a las Obras Sociales más desfavorecidas. El fondo está integrado por el 10% de los aportes de las Obras Sociales Nacionales y el 15% de las de personal de dirección. Con la reconversión de las Obras Sociales el ANSSAL está desapareciendo mientras que surge la Superintendencia de Salud, la que debe ejercer el control sobre los entes financiadores, las Obras Sociales y los prepagos que ingresen al sistema, o en este último caso como lo determine la ley de prepagos.

El sistema de salud en la Argentina está integrado por tres subsectores:

⇨ público,

⇨ seguridad social y

⇨ privado.

⇨ El subsector público desempeña funciones de provisión directa de servicios a través de hospitales y centros de salud nacionales. Los gobiernos provinciales y municipales tienen hospitales y otros establecimientos de atención bajo su jurisdicción.

⇨ Las Obras Sociales conforman actualmente un sistema de seguro médico para los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos.

⇨ El subsector privado está compuesto por los profesionales que prestan servicios en forma independiente, ya sea a pacientes afiliados a Obras Sociales o a seguros voluntarios (pre-pagos) o a aquéllos que deciden consumir una prestación a través de un contrato particular de pago por acto médico, y los establecimientos

asistenciales contratados tanto por las Obras Sociales como por los seguros voluntarios sin capacidad prestacional propia.

En los últimos años ha crecido la importancia y el número de empresas de medicina prepaga, las que se encuentran agrupadas en dos cámaras empresarias: la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina -CIMARA- y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga -ADEMP-, la cual representa a las empresas sin servicios propios.

Responsabilidades jurisdiccionales

Desde sus inicios el subsector público de salud fue descentralizado territorialmente. Se practicó la devolución puesto que aunque gran parte de los hospitales públicos surgen por obra del gobierno nacional una vez instalados pasan a la esfera provincial y municipal. Algunos hospitales de referencia permanecieron bajo la esfera nacional pero durante la década del '90 fueron transferidos a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y a la Provincia de Buenos Aires.

Las Obras Sociales surgen también de forma descentralizada. En lugar de haber un único seguro social se implementaron varios con administración autónoma.

También en la década del '90 se inician movimientos descentralizadores de los hospitales públicos bajo la forma de desconcentración y delegación. Estas acciones surgen primero con las leyes de descentralización hospitalaria de las provincias de Mendoza y Buenos Aires y luego son promovidas desde el MSAS con el Decreto no 579-93 que establece el Hospital Público de Autogestión -HPA- habilitado para gestionar directamente recursos que recauda a través del cobro a las Obras Sociales por los servicios brindados a la población que cuenta con cobertura de las mismas.

Como función de gobierno la salud es una competencia compartida por las tres esferas de modo que no existe una división clara del trabajo por nivel de gobierno en lo que a salud respecta. Sin embargo, con la descentralización de los hospitales nacionales hacia provincias y Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires -MCBA- La Nación concentra sus esfuerzos en acciones de prevención y regulación. La mayor parte de la provisión pública es responsabilidad de las provincias aunque algunos municipios poseen servicios propios

En Argentina queda solamente un Hospital Nacional, el Gervasio Posadas que no ha sido aceptado por la Provincia de Buenos Aires. Por otro lado un hospital pediátrico de referencia el Dr. Juan P. Garrahan cuenta con la cofinanciación de Nación y la MCBA.

La mayor parte de los servicios públicos de salud en todos los niveles de complejidad pertenece a las provincias y a la MCBA.

Existen servicios municipales aunque en la mayoría de los casos se limitan al primer y segundo nivel de atención.

Oferta de Servicios

El subsector público proporciona servicios a través de efectores que están bajo la responsabilidad económica y normativa de tres jurisdicciones político-administrativas: la Nación, las Provincias y las Municipalidades. La organización federal del país otorga a los gobiernos provinciales y municipales una gran autonomía para planificar y ejecutar acciones de salud.

El subsector público tiene una vasta red de centros de atención ambulatoria y de internación, muy debilmente integrados en una red asistencial de referencia

Hoy existen en el país 1.204 hospitales públicos (9 nacionales, 957 provinciales y 238 municipales) con un total de alrededor de 75.000 camas disponibles. La red pública cuenta con 5.741 establecimientos sin internación. Además existen otras 1.500 instituciones prestadoras privadas con aproximadamente 67.000 camas.

La relación de camas por cada mil habitantes en Argentina país ronda los 4,5.

El subsector de la seguridad social posee escasa capacidad instalada propia y se comporta casi exclusivamente como un sistema financiador, recibiendo los aportes y contribuciones obligatorias de los trabajadores en relación de dependencia y de sus respectivos empleadores, y contratando servicios fundamentalmente con el subsector privado (clínicas, sanatorios, farmacias, médicos).

Hay en Argentina 337 Obras Sociales y más de 2.000 entidades de medicina prepaga.

Recursos humanos disponibles en el sistema por subsector (número de médicos, otros profesionales del sector, enfermeras, y personal total, en el año de referencia)

En total ejercen en Argentina más de 100.000 médicos¹. Según el catastro de recursos de salud de 1980 en ese año trabajaban en el sector público 35.452 médicos. Argentina cuenta en la actualidad con una fuerte oferta de recursos humanos profesionales y una alta capacidad instalada. La relación de médicos por cada mil habitantes se aproxima a 3. En 1992 había 5,4 enfermeros² cada 10.000 habitantes y 6,5 odontólogos³ cada 10.000 habitantes.

Cuadro 5: Argentina: Oferta de servicios por subsector. 1995

	Público	Privado	Total
Establecimientos	6.945	1.500	8.445
Hospitales	1.204	1.500	1.704
Sin internación	5.741	N/D	5.704
Camas	75.000	67.000	142.000
Recursos humanos			
Médicos x 10.000 hab			26,8
Enfermeras x 10.000 hab			5,4
Odontólogos x 10.000 hab			6,6

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación No. 38 Serie 5. 1995. Extraído de: MSAS *Indicadores Básicos de Salud*. 1996 y de González García & Tobar, 1997

Demanda

¹ En 1992 había 88.800 médicos en ejercicio (Abramzón, 1993). Cada año egresan de las nueve facultades de Medicina del país alrededor de 4.500 médicos. Si no se introducen fuertes regulaciones en ese sentido es de esperarse que el número aumente. De hecho, hay en la actualidad 35 escuelas de medicina que se encuentran a la espera de la correspondiente habilitación para comenzar a funcionar.

²Incluye enfermeros profesionales y licenciados en enfermería. Calculado a partir el estudio de Abramzon (1993)

³Calculado a partir del estudio de Abramzon (1993).

Según el MSAS, en 1995 el subsector público fue responsable por la producción de 57.288.743 consultas. En 1996 las consultas ascendieron a 69.030.444.

En 1995, se registraron 1.832.463 internaciones. En 1996, se registraron 2.014.804 egresos, lo cual representa 5,8 internaciones cada 100 habitantes.

Cuadro 6: Argentina: Demanda de servicios en el subsector público de salud, 1996

	Subsector público de salud
Consultas anuales per capita	69.030.444
Egresos anuales per capita	2.014.804

Fuente: González García & Tobar, 1997

Cobertura

El subsector público brinda cobertura fundamentalmente a través de los servicios provinciales y municipales, los que atienden a los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social o del sector privado y a aquellos que si bien están cubiertos tienen limitaciones de acceso por razones económicas y geográficas. En base a la evolución del tamaño de la población y de la tasa de desempleo se estimó que en 1995 el sector público cubría aproximadamente 15,9 millones de habitantes, lo que representa un 46% de la población total de Argentina.

De la información derivada del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, el 57,6% de los habitantes del país (alrededor de 18.000.000 de personas) eran beneficiarios de alguna obra social. Considerando el posterior incremento en las tasas de desempleo y las proyecciones del tamaño de la población se puede estimar que la población cubierta en 1995 llegaba a 18,7 millones de personas, lo cual representaba el 54% de la población. La mayor parte de la población está concentrada en unas pocas Obras Sociales. Las 50 mayores instituciones representan el 90% de la población

Las entidades de medicina prepaga cubren una población cercana a 2.500.000 personas, de las cuales el 60% se afilia en forma individual o familiar, y el resto a través de empresas. El 40% aproximadamente realiza aportes a las Obras Sociales

Gasto

En 1995 el gasto en salud estimado en la Argentina ascendía a aproximadamente 20.147 mil millones de pesos. Esto representaba un 7,21% del PBI. El 95% de estos fondos corresponde a atención médica.

Las autoridades de los diferentes subsectores del sistema de salud tienen influencia directa sobre el 60% de ese gasto. El 40% restante corresponde a gastos de bolsillo de las familias (desembolsos directos y pago de primas y mensualidades de prepagos). Si bien este último puede ser condicionado por algunas políticas oficiales, por ejemplo el precio de los medicamentos, prohibición de cobros suplementarios, etc., la influencia del Estado es más débil y en la práctica es casi nula.

El gasto en medicamentos fue de 5780 millones de dólares en 1995 (estimación efectuada en base al IMS y otros estudios (González García & Tobar, 1997). Esto representa el 29% del gasto total en salud.

Cuadro 7: Argentina: Gasto total en salud, 1997

Subsector	Cobertura (millones de habitantes)	%	Gasto Millones de dólares de 1995.	%	% del PBI	Capita /año
Público	13,4	41%	5.263	23%	1,67	294,08
Privado	2,8	9%	9.146	40%	3,01	3366,4
Seguros sociales	19,4	60%	8.372	37%	2,52	435,49
Total	35,7	100%	22.781	100%	7,21	582

Fuente: González García, Tobar, 1997.

Modalidades de contratación y pago

El subsector de la seguridad contrata servicios fundamentalmente con el subsector privado (clínicas, sanatorios, farmacias, médicos) a través de diversas modalidades (pago por prestación, por capitación, por nomenclador globalizado, por cartera fija, entre las más importantes) para la atención de sus beneficiarios.

Financiamiento

El subsector público se financia con recursos provenientes de las rentas generales, siendo fijados anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. Además de financiar la provisión directa de servicios a través de los establecimientos públicos (hospitales, centros, puestos de salud) el gasto público financia acciones de salud pública relacionadas con la promoción, la prevención, la regulación y la fiscalización. Se estima que del total del gasto público de salud aproximadamente un 20% (\$976 millones) corresponde a acciones de prevención y regulación, mientras que el 80% (\$3.700 millones) serían asignados a atención médica.

La principal fuente de financiamiento de las Obras Sociales la constituyen los aportes sobre la nómina salarial. Para las Obras Sociales del régimen nacional están fijados en el 8%, correspondiendo un 3% al empleado y el 5% al empleador. En el caso de las Obras Sociales provinciales éstos se elevan en promedio al 11%, conformado por el 5% y el 6% al empleado y al empleador, respectivamente. La tendencia es a descender los aportes patronales como paliativos del déficit fiscal. Otras fuentes de financiamiento previstas son los coseguros (por diferencia de planes de cobertura) y los copagos (*ticket* moderador, plus o gastos no cubiertos).

El financiamiento del sistema prepago se constituye básicamente por las primas y copagos pagados por los individuos y las familias que adhieren de manera voluntaria al sistema. Estas son las fuentes previstas en el esquema puro donde las organizaciones prepagas sirven a los fines de nuclear demanda dispersa.

Nuevas modalidades de comercialización ubican a las empresas de medicina prepaga como administradoras de fondos para la atención de grupos de consumidores. Esto ocurre con las empresas que sostienen contratos con Obras Sociales, por los cuales administran capita.

Otra de las variantes de financiamiento se relaciona también con cambios ocurridos en la organización de la seguridad social que han dado lugar a que determinados sectores de las Obras Sociales se incorporen a la modalidad de prepago con financiamiento de aportes y contribuciones sobre salarios. Es el caso de Obras Sociales de sectores empresariales, caracterizadas por altos niveles de ingreso, cuya operatoria se ha ido de hecho distanciando del funcionamiento propio del esquema de la seguridad social y asemejándose progresivamente a la modalidad de prepago con opciones de servicios vinculados a los aportes obligatorios y pagos voluntarios de los usuarios.

Reforma del Sistema

El sistema de salud argentino está siendo modificado en estos últimos años en dos frentes: los hospitales públicos y las Obras Sociales nacionales. Los primeros son objeto de una política de descentralización que procura conferirles mayor autonomía de gestión y de recaudación de recursos. Las segundas están atravesando un proceso de reordenamiento financiero que consiste en la desregulación que promueve la libertad de afiliación de los beneficiarios y tiene como meta final la implantación de un mercado competitivo en el que participen también las prepagas.

a) Descentralización de los servicios de salud

En primer lugar se operó la transferencia de todos los hospitales nacionales hacia las provincias. Posteriormente, siguiendo la experiencia de las provincias de Buenos Aires (Ley 11.072 de 1991) y Mendoza, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación promulgó el Decreto N° 578-1993 que establece el Hospital de Autogestión. A través de esta figura se autoriza a los hospitales a facturar a las Obras Sociales los servicios prestados a la población que cuenta con cobertura del seguro social.

Resta destacar que si bien el conceder mayor autonomía y flexibilidad en la gestión de los recursos podría permitir la obtención de mayores niveles de eficiencia en la microgestión, el proceso descentralizador que en nuestro país ha sido denominado “autogestión” no contiene costos. Aún cuando esté contemplada su posterior incorporación, la posibilidad de cobrarle a las entidades intermediarias como seguros, prepagos y Obras Sociales por los servicios prestados, no involucran automáticamente ningún tipo de incentivo a la calidad y la productividad⁴. La descentralización no modifica, por sí misma, los costos operativos de los hospitales. A su vez, la posibilidad de recuperar costos a través de la facturación a las Obras Sociales diversifica las fuentes y hasta puede aumentar la eficiencia en la recaudación, pero tampoco reduce los costos.

b) La desregulación de las Obras Sociales

Si las reformas anteriores buscaban aproximar el sistema de salud argentino al modelo universal y de seguro único, la reforma actual lo orienta hacia el modelo de seguros privados. La reforma apunta a reducir las ineficiencias sectoriales y se centra en medidas de corte financiero. Se parte del supuesto de que la crisis de las Obras Sociales responde a la falta de competitividad derivada de la condición de cautividad de sus beneficiarios.

⁴ Una excepción lo constituye el proceso de transformación hospitalaria implementado en la Provincia de Mendoza, donde existen desde principios de esta década incentivos salariales al personal de los hospitales buscando incentivar la calidad y la productividad de las prestaciones (Tobar, 1996).

El antecedente oficial más inmediato para la reforma de las Obras Sociales fue el proyecto denominado Organización Solidaria de Atención Médica (OSAM) que no llegó a convertirse en ley. Los puntos más salientes de esa propuesta fueron: 1) La implementación de la libertad de afiliación y la incorporación al sistema de nuevas instituciones de atención médica, 2) La implementación de un nuevo régimen financiero y 3) La paulatina universalidad de la cobertura.

Flujos de recursos

El siguiente diagrama representa los actores y flujos de servicios y financieros que se plantean en el sistema de salud argentino.

Debilidades y Fortalezas

Situación de Salud de la población

Fortalezas

- ⇨ *Baja prevalencia de enfermedades infectocontagiosas:* El país ha atravesado su transición epidemiológica.

Debilidades

- ⇨ *Alta heterogeneidad regional:* Existen grandes brechas en los perfiles de morbi - mortalidad.
- ⇨ *Alta incidencia de accidentes:* Aunque son la quinta causa de muerte, constituyen la primer causa de Años de Vida Potencialmente Perdidos.

Sistema de salud

Fortalezas

- ⇨ *Alta disponibilidad de recursos físicos humanos y financieros en el sector:* Argentina es el país de América Latina con mayor gasto per capita en salud (\$582) y uno de las más altas participaciones dentro del PBI (7,21%). Además tiene la tercer mayor disponibilidad de médicos por habitante.
- ⇨ *Alta cobertura poblacional:* A pesar de que ha disminuido durante los últimos años debido al desempleo, el 54% de la población cuenta con cobertura de las entidades de seguro, sean estas Obras Sociales o empresas privadas de medicina prepaga.

Debilidades

- ⇨ *Inequidad:* Existe superposición de diferentes esquemas de protección tales como el modelo voluntario de desembolso directo (mayor componente del gasto), el modelo de contrato voluntario (medicina prepaga), el de contrato público (Obras Sociales), y el público integrado (subsector público). Por este motivo se genera una gran diversidad de tipos de cobertura, acceso, y gasto entre diferentes grupos poblacionales.

Políticas de salud

Fortalezas

- ⇨ *Alta inversión sectorial:* Argentina es el país de América Latina con mayor niveles de gasto en salud per capita.
- ⇨ *Compromiso interjurisdiccional:* Salud es competencia compartida por los tres niveles de gobierno.

Debilidades

- ⇨ *Bajo costo-efectividad:* Pocas políticas preventivas y falta de articulación interinstitucional e intersectorial.
- ⇨ *Vulnerabilidad:* El contexto actual en el marco de la desregulación no consigue detener el desempleo médico y quiebra de instituciones.
- ⇨ *Desarticulación:* La ausencia de mecanismos de regulación sobre el mercado de salud dificulta la obtención de resultados y amenaza la eficiencia del sistema.

Bibliografía Consultada

- ABRAMZÓN, M. "Recursos humanos en salud", Mimeo, Argentina.
- ANGELELLI, Pablo; RAPOSO, Martín. "El mercado de la salud en Argentina". *Revista de Economía*. Córdoba. n.74, jul. - sep. 1994, pp. 3-26.
- AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto; PALMEYRO, Alejandro. *Medicina Prepaga*. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Fundación Isalud. Buenos Aires. 1996. Mimeo.
- ARCE, Hugo. Argentina: Diagnóstico Sanitario Sintético. *Medicina y Sociedad*. Buenos Aires. vol. 11, n. 4, jul. - ago. 1988, pp. 102-110.
- GONZÁLEZ GARCÍA Ginés; TOBAR, Federico. *Análisis de los procesos de inversión en atención de la salud: el estudio de caso de la República Argentina*. Buenos Aires. Fundación Isalud. septiembre 1994. 98 p.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés & TOBAR, Federico. Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires. Ediciones GEL - ISALUD. 1997.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; Ramos, Silvina, Llovet, J.José Abadie, J.Pablo. *El gasto en salud y medicamentos. Argentina, 1895*. Cedes - Humanitas.1988.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés, RAMOS, Silvina. ABELLA, Alejandro, DIAZ LEGASPE, Alberto; SAVINO, Atilio. *Los sistemas de salud en los países del Mercosur*. Buenos Aires. Fundación Isalud. 1993.Mimeo,
- ISALUD-FESS. *Alternativas para la reforma del Sistema de Salud en Argentina*. Buenos Aires, Fundación Isalud. 1995,Mimeo.
- KATZ, Jorge (y colaboradores). *El sector salud de la República Argentina*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica. 1993.
- KATZ, Jorge; MUÑOZ, Alberto. *Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad*. Buenos Aires. CEAL-CEPAL. 1988
- KATZ, Jorge; MUÑOZ, Alberto; TAFANI, Alberto. *OPS Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud: reflexiones sobre el caso argentino*. OPS Publicación, n. 1, 1988.
- LERNER, Laura Susana. *Análisis de la estructura de financiamiento y gasto de Obras Sociales seleccionadas*. Cuadernos Médico Sociales n° 45:19-32. Rosario.
- MERA, Jorge. *Oferta y utilización de servicios en áreas urbanas*. *Medicina y sociedad*. Vol.1 N°2. mayo -junio de 1978.p 81-5.
- MONTOYA, Silvia. *Reformas al financiamiento del Sistema de Salud*. Córdoba, IEERAL, Julio de 1996.
- OMS. *World Health Statistic Annual*, Ginebra. OMS. 1991.
- OPS - *Condiciones de Salud de las Américas - Edición 1994. Vol II*. Buenos Aires. OISS. 1994.
- PANADEIROS, Mónica. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. *Gasto Público Social: el Sistema de salud*. Buenos Aires, Documento de Trabajo n° 34. 1992 .
- PANADEIROS, Mónica. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. *Organización del Seguro de Salud en Argentina. Análisis y Propuesta de Reforma*. Desarrollo Económico. N° especial vol 36. verano de 1996.
- PULIZZI, María del Carmen; ROMERO LAGO, Pilar; MÚLLER, Mario Rodolfo. *Análisis económico-financiero del sistema nacional de Obras Sociales Buenos Aires*: OPS; diciembre 1985.

- ROSSI, Saúl; ROYER, María Eugenia. *Diagnóstico de la Situación de Salud en la República Argentina a partir del estudio de la mortalidad. 1994*. Grupo de Epidemiología de la Fundación Isalud. 1995. Mimeo.
- TAFANI, Roberto. *Desfinanciamiento y sobreoferta en salud*. Revista de Economía de Córdoba N° 76:225-44. Enero y marzo de 1995.
- TOBAR, Federico. *Modelos de Gestión descentralizada en Hospitales Públicos Argentinos*. AES. XVI Jornadas de Economía de la Salud. Valladolid. 1996
- TOBAR, Federico; TOBAR, Sebastián. "Reingeniería y reforma sanitaria". AES. *La Economía de la Salud en la Reforma del Sector, V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 1997. Páginas:321-339.

Anexo

Confiabilidad y consistencia de las fuentes de información utilizadas

Por ser muy fragmentado Argentina es uno de los países donde resulta mas difícil obtener informaciones confiables. Particularmente datos agregados o sobre el subsector privados y el de Obras Sociales. Sin embargo, este relevamiento contó con la ventaja de apoyarse en los resultados de una investigación previa (González García & Tobar, 1997) que había avanzado bastante en la sistematización, depuración y consolidación de datos agregados.

Siglas Utilizadas

ANSSAL: Administración Nacional del Seguro de Salud

CONFELISA: Confederación de Clínicas y Sanatorios

COMRA: Confederación de Médicos de la República Argentina

CORA: Confederación de Odontólogos de la República Argentina

COFA: Confederación de Farmacéuticos de la República Argentina

CUBRA: Confederación de Bioquímicos de la República Argentina

DGI: Dirección General Impositiva.

HPA: Hospital Público de Autogestión.

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

MCBA: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

ME y OPS: Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos de la Nación.

MSAS: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

SPE: Secretaría de Programación Económica