

ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD
Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e
impacto de la crisis actual

Oscar Cetrángolo
Florencia Devoto

Este documento fue realizado para ser presentado en el Taller: "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

INDICE

1. Características generales del sistema de salud argentino	3
2. Configuración del sistema de salud argentino previa a las reformas de los noventa.....	4
3. La equidad en la organización del sistema de salud argentino	9
4. Reformas de salud durante la década de los noventa	15
4. 1. Descentralización y provisión pública de servicios de salud	15
4.2. Desregulación de la seguridad social.....	16
4.3. Sector privado y provisión de medicamentos.....	19
5. Evaluación de las reformas de los noventa	20
6. Reflexiones finales.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

1. Características generales del sistema de salud argentino

La provisión de salud en Argentina está cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Hacia principios de la década de los setenta, se había logrado consolidar institucionalmente un esquema de provisión de la salud a través del cual, con la concurrencia del sector público y un característico sistema de seguridad social, se pudo alcanzar una extensa cobertura. Con el desarrollo de las obras sociales (instituciones de salud de la seguridad social), el sistema fue adoptando como rasgo distintivo el de su alto grado de fragmentación, ya que a través de esas instituciones, los trabajadores trataron de introducir las bases de un sistema solidario hacia el interior de cada uno de los gremios en que se organizaron. A su vez, la falta de integración con los subsectores público y privado y la fragmentación existente al interior de cada uno de ellos completaba los rasgos del sistema. La particular evolución de la salud pública hacia una organización crecientemente descentralizada y los problemas sociales derivados del desarrollo de una grave crisis económica han contribuido, durante los últimos años, a ahondar aún más la fragmentación del sistema.

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

El fuerte desarrollo de la seguridad social, de características centralizadas impone, a su vez, importantes restricciones a la autonomía real de los gobiernos provinciales en la provisión de salud dentro de sus territorios. Precisamente, en el ámbito del gobierno nacional, funciona la Superintendencia de Servicios de Salud, como entidad autárquica en jurisdicción del Ministerio de Salud.

Las tensiones entre las regulaciones nacionales, provinciales y municipales generan un particular modo de funcionamiento del mercado y el acceso a los servicios de salud por parte de los habitantes de las diferentes regiones del país. Ello cobra especial significación si se tiene en cuenta la existencia de importantes disparidades regionales. A modo de ejemplo, en el cuadro 1 se introduce una serie de indicadores sociales por provincia.

El presente documento resume desarrollos presentados por los autores en previos trabajos en relación con la configuración del sistema de salud argentino y sus reformas durante los noventa¹, poniendo el acento sobre las cuestiones relacionadas con la equidad. Adicionalmente, aquí se presentarán algunas reflexiones sobre la situación que enfrenta el sistema ante la profunda crisis económica y se especula sobre las posibles políticas de reforma.

¹ Véase Cetrángolo y Devoto (1998), FADE (1999) y, con relación específica a la descentralización de la salud pública, Bisang y Cetrángolo (1997).

Cuadro 1
INDICADORES DEMOGRAFICOS Y SANITARIOS SELECCIONADOS

Jurisdicción	Población 2001 (habitantes)	Densid. pobl. (hab/ km2)	Hogares con NBI 1991 (% del total)	Esperanza de vida al nacer			Tasa de natalid. (^o /100)	Tasa mortalidad (^o /100)	
				Total	Varon.	Muier		Total	Infantil
TOTAL	36,223,947	13.0	16.5	71.9	68.4	75.6	16.5	7.5	16.6
Ciudad de Buenos	2,768,772	13,843.9	7.0	72.7	69.2	76.5	7.0	11.0	9.4
Buenos Aires	13,818,677	44.9	14.7	72.1	68.5	75.8	14.7	7.9	15.1
Catamarca	333,661	3.3	24.6	70.6	67.4	74.0	24.6	5.8	21.0
Córdoba	3,061,611	18.5	12.8	72.8	69.2	76.6	12.8	7.4	15.0
Corrientes	929,236	10.5	26.9	70.1	67.2	73.2	26.9	6.6	30.4
Chaco	983,087	9.9	33.2	69.0	65.6	72.6	33.2	6.2	21.9
Chubut	413,240	1.8	19.4	70.6	67.3	74.0	19.4	5.2	15.8
Entre Ríos	1,156,799	14.7	17.2	71.6	68.1	75.3	17.2	7.9	16.9
Formosa	485,700	6.7	34.3	69.4	66.3	72.6	34.3	5.3	23.0
Jujuy	611,484	11.5	33.6	68.4	65.2	71.7	33.6	5.3	23.1
La Pampa	298,460	2.1	12.0	71.6	68.2	75.2	12.0	7.1	15.3
La Rioja	289,820	3.2	23.6	70.4	67.0	73.9	23.6	5.5	20.9
Mendoza	1,576,585	10.6	15.3	72.7	69.8	75.8	15.3	6.8	14.3
Misiones	963,869	32.3	30.0	69.5	66.5	72.7	30.0	5.1	22.2
Neuquén	473,315	5.0	19.1	71.4	68.3	74.7	19.1	3.5	11.4
Río Negro	552,677	2.7	20.7	70.9	67.5	74.4	20.7	4.8	16.6
Salta	1,079,422	6.9	33.9	68.9	66.1	71.8	33.9	5.2	18.8
San Juan	622,094	6.9	17.2	71.1	68.1	74.3	17.2	6.9	19.4
San Luis	366,900	4.8	18.7	70.8	67.6	74.1	18.7	6.3	17.2
Santa Cruz	197,191	0.8	15.2	70.4	67.1	73.9	15.2	4.6	17.2
Santa Fe	2,997,376	22.5	14.0	72.3	68.5	76.3	14.0	8.3	14.4
Sgo. Estero	806,347	5.9	33.6	69.8	67.1	72.7	33.6	6.0	13.2
T.del Fuego	100,960	4.7	25.5	70.2	66.9	73.6	25.5	2.6	10.5
Tucumán	1,336,664	59.3	24.6	71.0	68.1	74.1	24.6	6.4	22.4

FUENTE: Elaborado en base a datos del INDEC y Ministerio de Salud.

NOTAS: La información de población y densidad poblacional corresponden a datos censales del año 2001; Hogares con NBI al Censo 1991; la esperanza de vida al nacer se refieren al período 1990-1992, y las tasas de natalidad y mortalidad a 2000.

2. Configuración del sistema de salud argentino previa a las reformas de los noventa

La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja evolución. En sus comienzos la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin intervención del estado en la organización del sector y de la definición de una política de salud nacional. A mediados de la década del 40 el sector público comenzó a ocupar un rol central, tanto como prestador como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. Con la creación del Ministerio de Salud se dio gran impulso a la salud pública,

ampliación de capacidad instalada, desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas, etc., así como se fortaleció la intervención del estado en la organización del sector. Desde el estado se fomentó la creación de entidades de la seguridad social que aseguraran la cobertura de salud a los asalariados que se afiliaban de forma voluntaria. La creciente importancia de las obras sociales fue generando nuevas modalidades dentro del sector.

Desde 1970, el sistema ha cambiado significativamente con la extensión de la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la ley 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. La aplicación de esta legislación significó una importante reforma del sistema. Amplió considerablemente la cobertura y puso en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó, en la práctica, la transformación de la población trabajadora en cautiva de la obra social del gremio correspondiente. El sistema de obras sociales se extendió asimismo en forma obligatoria a los jubilados y pensionados. La Ley 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, para brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad. Esta institución tuvo un importante desarrollo a nivel provincial.

La extensión de la obligatoriedad de los aportes y las contribuciones sobre la nómina salarial y la ampliación de la cobertura fueron elementos fundamentales de redistribución progresiva, en tanto dieron lugar a la generalización de servicios sociales y del amparo frente a los riesgos de enfermedad. Los recursos de cada obra social servían para brindar un nivel de cobertura homogéneo a todos los beneficiarios de cada rama de actividad, aunque existían importantes disparidades entre obras sociales. Los datos disponibles muestran que la población del país cubierta por el subsector se incrementó en forma sustantiva, desde aproximadamente el 37% en 1967-68 a 73% en 1985. No obstante, desde fines de los años 70 el número de beneficiarios ha crecido más lentamente que la población².

La expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector. Orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico farmacéuticas y productores de equipamiento médico, fue determinante en el crecimiento del subsector privado. Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema pasó a quedar reservado, básicamente, a la atención de la población más carenciada, sin cobertura de la seguridad social. No obstante, dependiendo de las circunstancias, el sector público también suele brindar cobertura adicional a los asociados a otros esquemas y personas de ingresos altos, dando lugar a casos de múltiple cobertura, con las obvias consecuencias negativas en materia de eficiencia³.

La ausencia de coordinación de los subsectores y de regulación de los componentes no públicos ha sido el problema central de la política sanitaria. Bajo esas circunstancias, el Nomenclador de Prestaciones Médicas, Odontológicas y Bioquímicas

² Cetrángolo y otros, 1992, p. 46.

³ Una presentación estilizada de la evolución histórica del sector, con especial referencia al desarrollo del subsector privado, fue desarrollada por Jorge Katz. Véase Katz y Muñoz (1988), Cetrángolo y otros (1992) y Katz (1995).

(sancionado en 1977) se convirtió en un instrumento central de regulación de los precios relativos del sector. En virtud del mismo, se privilegió la incorporación de tecnología en detrimento del trabajo clínico, proceso que fue potenciado por la política de apertura económica del momento, generándose un crecimiento no planificado de tecnología de alta complejidad⁴. En el segmento público, la falta de instancias coordinadoras fue agravada por las características básicamente financieras que adoptó el proceso de descentralización hospitalaria, orientado a transferir servicios desde el nivel central a provincias y de éstas a los municipios⁵.

Así, en los años ochenta, el sector de salud argentino había consolidado una organización que, como se vio, se caracterizaba por su excesiva fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad. Su falta de coordinación y articulación impide la conformación de un "sistema" de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores -público, seguridad social, privado-, sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación. El sector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones -nacional, provincial y municipal-, niveles entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. El sector de la seguridad social se compone de un gran número de instituciones sumamente heterogéneas en cuanto a tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación. El sector privado, por último, también incluye organizaciones y servicios de características muy diversas. Los recursos destinados al financiamiento del sector no son nada despreciables en relación con el producto, según se observa en el Cuadro 2.

Cuadro 2
Gasto en salud en Argentina. 2000
(como % del PBI)

<i>Público</i>	1.98
Nación	0.28
Provincias	1.40
Municipios	0.30
<i>Seguridad social</i>	2.92
Obras Soc. Nac.	1.37
INSSJP	0.81
Obras Soc. Prov.	0.74
<i>Privado</i>	4.24
<i>TOTAL</i>	9.14

Fuente: Ministerio de Salud y Ministerio de Economía (2001).

⁴ El Nomenclador consiste en un listado bastante exhaustivo de prestaciones, codificadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, con su respectiva valorización. La inexistencia de un mecanismo capaz de ajustar los cambios en los precios relativos y la desactualización de los niveles de los precios para algunas de las prestaciones llevó a diferentes prácticas correctivas por parte de los prestadores, acentuadas a mediados de los años ochenta, como la sobreprestación y la aparición de bonos complementarios para las consultas. Véase Katz y Muñoz (1988).

⁵ Para una presentación detallada del proceso de descentralización hospitalaria en Argentina consultar Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997).

Antes de la devaluación del peso (fines de 2001) el gasto por habitante presentaba valores más que aceptables en comparación con otros países que han alcanzado un nivel de cobertura aceptable (representaba aproximadamente 720 dólares por año), es necesario tener en cuenta que existen niveles de cobertura muy diferentes y obedece a lógicas y motivaciones diversas. Buena parte del gasto es privado y se orienta según las preferencias y, básicamente, las posibilidades de cada individuo. Esta porción del gasto no se integra al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumple funciones redistributivas. Descontada esta parte, el gasto por habitante se reduce a 388 dólares anuales. Más de la mitad de ese monto está en manos de las obras sociales, que comprende un heterogéneo universo de instituciones “sin fines de lucro” que presentan motivaciones difusas y hasta hoy no reguladas. Finalmente, el gasto por persona del sector público (incluyendo todos los niveles de gobierno), alcanza apenas \$157 por año⁶.

A su vez, existe cierto grado de confusión sobre la población cubierta con diferentes tipos de servicio de salud. Como punto de partida, creemos conveniente presentar la información censal disponible para el año 1991 (cuadro 3)⁷. Allí se observa que la población con cobertura de salud por parte de la seguridad social (incluyendo los que tienen obra social y plan médico) habría sido de 18.8 millones de personas (57.6% de la población).

Cuadro 3. Cobertura en salud de acuerdo con datos censales (1991)

Tipo de cobertura	Censo Población 1991		Encuesta Condiciones de Vida 1997 (% del total)
	Población	% del total	
Población con obra social	18.799.240	57.6	63.7
Sólo obra social	13.153.473	40.3	50.2
Obra social y plan médico	4.520.546	13.9	4.2
Ignora plan médico	1.125.221	3.4	--
Población con plan médico solamente	1.500.963	4.6	9.2
Ni obra social ni plan médico	11.867.945	36.4	36.3
Ignorado	447.380	1.4	--
Total	32.615.528	100.0	100.0

Fuente: INDEC (1991) y Secretaría de Desarrollo Social (1999).

En el mismo cuadro hemos incorporado la información que surge de un último relevamiento sobre cobertura de salud incorporado en la Encuesta de Condiciones de Vida elaborada de manera conjunta por el SIEMPRO y el INDEC. Pese a que el crecimiento del desempleo hace suponer una reducción de la población cubierta por obra social, la comparación de los de ambas fuentes no confirma esa especulación; no obstante, no debe olvidarse la diferente metodología y cobertura de las mismas. En cambio, la encuesta ofrece una información adicional muy valiosa al presentar los datos de cobertura por quintil de ingresos. De allí surge que el porcentaje de población sin seguro (36.3%) surge de un promedio de situaciones muy heterogéneas que marcan la gravedad social del problema. Los porcentajes de población sin seguro por quintiles de ingresos (de menor a mayor) son:

⁶ En la sección final de este documento se presenta una estimación del gasto para el año 2002.

⁷ No se encuentra disponible aún la información correspondiente al Censo 2002.

64.9, 37.9, 26.0, 16.3 y 9.0⁸. Seguramente, la situación se ha visto agravada durante los últimos meses.

Sabiendo que alrededor del 35% de la población no tiene seguro de salud y que una parte importante de ella no lo usa o lo hace de manera parcial (por opción o por dificultad de acceso), la población cubierta por el sector público supera holgadamente el 40% de la total. Esta porción, además, incluye a los habitantes más pobres de las zonas urbanas marginales y de las áreas rurales de nuestras provincias más atrasadas. Sin embargo, la suma de los presupuestos de los diferentes niveles de gobierno escasamente alcanza la quinta parte del gasto en salud del país. Este es sólo un indicador de la seria iniquidad de la cobertura sanitaria en Argentina.

Los restantes cuatro quintos del gasto en salud resultan poco efectivos para la conformación de un sistema solidario de atención. En el subsector de la seguridad social se puede discriminar una docena de diferentes tipos de entidades, de acuerdo con su naturaleza institucional. De acuerdo con información elaborada por el ANSSAL, sobre la base de los registros de las propias obras sociales corregidos por las declaraciones juradas de los empleadores, 15.6 millones de personas estarían cubiertos por obras sociales del régimen de la Ley 22.269, de las cuales las obras sociales sindicales y las de administración mixta (fundamentalmente PAMI) cubrirían 13.4 millones (el 86% del total), según puede observarse en el cuadro 4⁹. Ese universo incluye 281 entidades, de las cuales 216 son obras sociales sindicales, 24 de personal de dirección, 6 de administración mixta y 35 de diferente naturaleza. Debe notarse que la población cubierta por obras sociales de acuerdo con estos registros sería superior a la obtenida mediante el Censo de 1991 (según éste esa población sería de 18.8 millones de personas). Para lograr una información comparable, al total del cuadro 3 hay que sumarle la correspondiente a las obras sociales excluidas de la citada ley¹⁰, que se estima entre 4 y 5 millones. En consecuencia la cobertura del subsector llegaría a los 20 millones de beneficiarios¹¹.

Cuadro 4. Población beneficiaria de las obras sociales por naturaleza institucional. Año 1996

Tipo institucional	Beneficiarios	% del total
Sindicales	9.397.069	60,3
Estatales	89.566	0,6
Por convenio	80.260	1,3
De dirección	1.138.303	7,3
Administración Mixta	4.018.917	25,8
Por adhesión	36.765	0,2
De empresas	23.611	0,2
De otra naturaleza	804.499	5,2
TOTAL	15.593.023	100,0

Fuente: ANSSAL.

⁸ Secretaría de Desarrollo Social (1999), p. 33.

⁹ Lamentablemente, la información censal no es coincidente con la proveniente de otras fuentes, por ejemplo el ANSSAL. Las deficiencias conocidas en materia de información básica han sido agravadas en el caso de las obras sociales por la existencia de una importante cantidad de casos de doble cobertura y dificultades para lograr información transparente por parte de esas instituciones.

¹⁰ Quedan fuera de la ley 22269 el Personal de las Fuerzas Armadas, Fuerzas de Seguridad, Policía Federal, Gendarmería y Prefectura, Poder Judicial y Congreso de la Nación, así como el correspondiente a las obras sociales Provinciales y al personal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

¹¹ Existen, además, otras estimaciones que ubican la población total cubierta en valores que difieren entre los 15 y los 22 millones de personas. En gran parte, las diferencias se deben al factor utilizado para expandir la información sobre titulares por su grupo familiar.

A principios de los años noventa, los recursos de las obras sociales provenían, en lo esencial, de aportes y contribuciones sobre el salario, que recaen sobre trabajadores y empleadores con porcentajes que a lo largo del tiempo habían ido en aumento. En ese entonces los valores eran de 3% a cargo del trabajador y 6% a cargo del empleador. Además de esa fuente de recursos, cabe considerar otras de carácter "extraordinario" para algunas obras sociales. Estos recursos que tradicionalmente han sido importantes para algunas obras sociales (Bancarios, Seguros y Tabaco, por ejemplo), han perdido significación en los últimos años. El grueso del financiamiento del PAMI, a su vez, provenía de una contribución de 2% sobre la masa salarial a cargo de los empleadores, y de 3% a cargo de los trabajadores activos. Como resultado, la seguridad social obtenía para salud los recursos correspondientes a 14% de cargas sobre los salarios más los ingresos extraordinarios.

Por último, en el cuadro 2 se pudo observar que casi la mitad del gasto total en salud que realiza en Argentina está a cargo de las familias. Ello incluye tanto la compra de medicamentos como el pago de copagos, coseguros, la adquisición de servicios en forma directa o la adhesión a algún tipo de plan privado de medicina prepaga. Estos incluyen la cobertura integral (con carencias y exclusiones), complementaria de algún seguro obligatorio o prestaciones específicas (emergencias, consulta con médico clínico generalista, odontológicas, etc.) y son provistos por un número incierto de empresas (diversas fuentes lo estiman en una brecha que va de 138 a 300 empresas, aunque sólo 70 estarían agrupadas en las cámaras respectivas¹²). Es un heterogéneo universo donde algunas pocas instituciones sin fines de lucro conviven con colegios médicos, intermediarios de diferente tipo y un gran número de entidades que tienen como finalidad la búsqueda de ganancias y actúan al margen de instancias públicas de control y fiscalización. Es difícil obtener información confiable actualizada sobre la población cubierta por los seguros de salud privados. De acuerdo con la información disponible del censo (incluyendo aquéllos que dijeron tener obra social y seguro privado) los afiliados a algún tipo de prepago privado llegarían a los seis millones de beneficiarios. Esta cifra, que parece excesiva, incluye seguros de diferente tipo y alcance, siendo una porción de la misma los cubiertos por planes globales.

3. La equidad en la organización del sistema de salud argentino

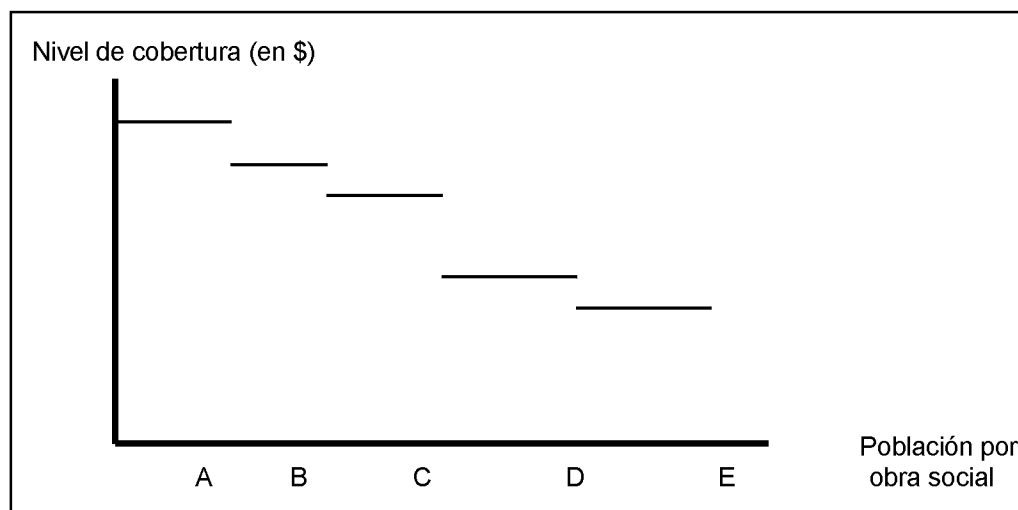
Centrando la atención sobre el criterio y mecanismo de redistribución implícito en la modalidad de financiamiento de la salud que ha prevalecido en Argentina desde principios de los años setenta, puede decirse que, en el subsistema de la seguridad social este esquema fragmentado estableció que cada trabajador realice aportes en función de su nivel salarial y obtenga servicios en función de los correspondientes al gremio en donde se desempeña, determinando que los niveles de cobertura de cada trabajador y su familia estén dados por el nivel de recursos por beneficiario de cada obra social¹³. Este, a

¹² Véase Lima Quintana, L., Levcovich, M. y Díaz Muñoz, A. R., Cobertura de servicios para el cuidado de la salud. Alcances del PMO, mimeo, AES, Buenos Aires, 1999.

¹³ Desde otra visión, también podría señalarse la diferencia entre equidad horizontal y vertical, tanto en relación con el financiamiento como con la provisión de salud. En el tema de la financiación, la equidad horizontal supone que todos los individuos que son iguales deben realizar pagos similares. La equidad vertical por su parte, supone que el pago de la asistencia sanitaria debe ser proporcional a los recursos de cada individuo o familia. En el tema de la provisión, la equidad horizontal supone que los individuos en igual condición o con igual necesidad

su vez depende del nivel salarial medio de la rama de actividad correspondiente¹⁴. Si los ingresos de cada obra social hubieran sido exclusivamente los provenientes de las cargas sobre la nómina salarial, aquellos serían equivalentes al 9% de la masa salarial del gremio¹⁵. En el gráfico 1 se ofrece una presentación abstracta y simplificada de este modelo en donde la población de cinco ramas de actividad diferentes se agrupa por nivel de cobertura (que en esta presentación se corresponde con el nivel de gasto por afiliado de cada obra social)¹⁶.

Gráfico 1
Nivel de cobertura en salud del sistema de seguridad social argentino



Para comprender la magnitud de la redistribución de recursos implícita en este esquema se debe atender al origen de los recursos. En efecto, ellos provienen, básicamente, de la carga sobre los salarios antes mencionada¹⁷. La dispersión salarial dentro de cada rama y el tamaño del grupo familiar de cada aportante definen la distancia entre el aporte de cada afiliado y el gasto medio de su obra social. En el gráfico 2 se puede apreciar que dentro de cada gremio hay diferentes niveles de carga por beneficiario que financian un nivel uniforme de cobertura hacia el interior de cada uno de ellos. Puesto que las capacidades financieras de las distintas obras sociales son muy disímiles, un Fondo de Redistribución fue diseñado para jugar una función compensatoria en dos direcciones: en primer lugar, canalizando recursos desde obras sociales superavitarias (con ingresos por afiliado superiores al promedio del sistema), hacia

deben ser provistos de iguales servicios de salud. La equidad vertical supone que aquellos más enfermos o más necesitados deberían recibir mayor atención.

¹⁴ En realidad ello supone que la totalidad de los ingresos de cada obra social es destinada a la salud, lo que no ha sido necesariamente cierto. Se debe considerar el peso de gastos administrativos, en turismo y otros.

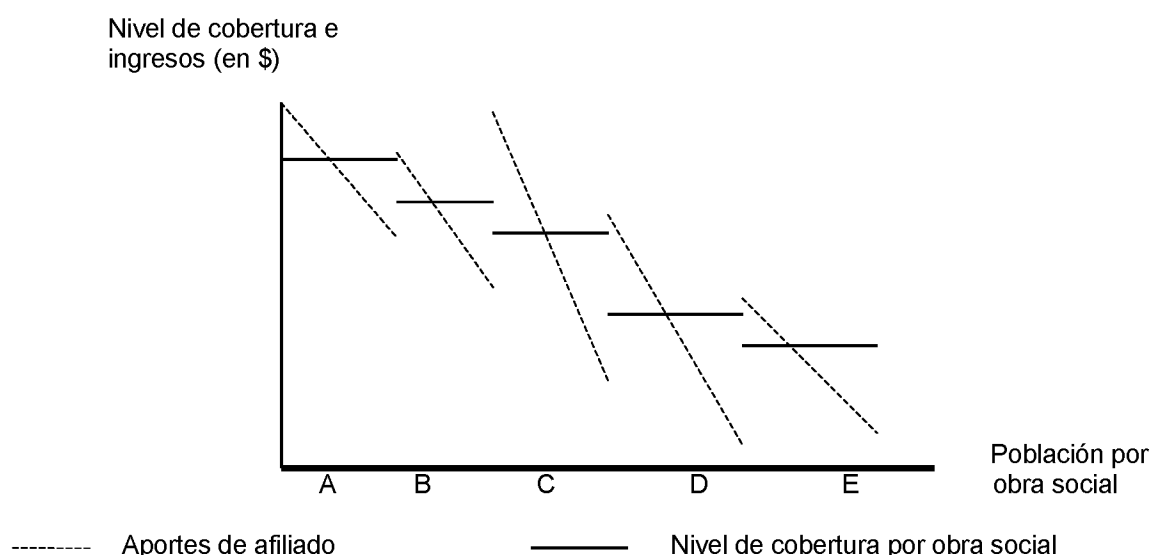
¹⁵ Este porcentaje fue posteriormente reducido y, en 2002, ha vuelto a ese nivel.

¹⁶ Para el año 1985 se cuenta con una muestra de entidades que representaban el 73% de la población beneficiaria de la ley 22.269, en donde se puede observar que el gasto mensual en salud por afiliado oscilaba entre 36 y 5 pesos de 1992. Entre las que más gastaban se encontraban bancarios, seguros, PAMI, ENTel y Economía; entre las de menor gasto, ISSARA, Vitivinícolas, Construcción, Ospia, UOM y Ospaga. Véase Cetrángolo y otros (1992), cuadro 8.

¹⁷ Existen además fuentes adicionales de recursos, como las cuotas de afiliados voluntarios y, en casi todas las obras sociales, coseguros o bonos moderadores del consumo a cargo de los beneficiarios. Si bien en la mayoría de los casos los coseguros se abonan directamente a los prestadores, a veces son cobrados e incorporados a la financiación de la obra social.

entidades con menor capacidad económica; en segundo lugar, redistribuyendo en favor de aquellas entidades con una población más necesitada de atención¹⁸. El Fondo debe recibir el 10% de la recaudación obtenida por las distintas obras sociales por aportes y contribuciones sobre el salario, y también el 50% de la recaudación proveniente de las fuentes especiales que se mencionaron más arriba. En el caso especial de las obras sociales para el personal de dirección, la contribución al Fondo de Redistribución se eleva al 15% de la recaudación que obtienen por aportes y contribuciones¹⁹.

Gráfico 2
Nivel de cobertura y aportes para la salud del sistema de seguridad social argentino



Si incorporamos al análisis la existencia del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, PAMI, se obtiene un sistema que, de manera abstracta, se muestra en el gráfico 3. Ese instituto era financiado fundamentalmente por una carga sobre la nómina salarial de los trabajadores activos y ofrecía una cobertura uniforme a toda la población pasiva, constituyéndose en la obra social más importante y con mayor volumen de erogaciones del sistema. Su nivel de cobertura por beneficiario, como se ve en ese gráfico, es superior al de las diferentes obras sociales. Es el resultado de contar con un financiamiento equivalente al 5%²⁰ de la nómina salarial para atender alrededor de 4 millones de beneficiarios, mientras que las restantes obras sociales cuentan con recursos equivalentes al 9% de la nómina salarial para dar cobertura a más de 11 millones de personas²¹.

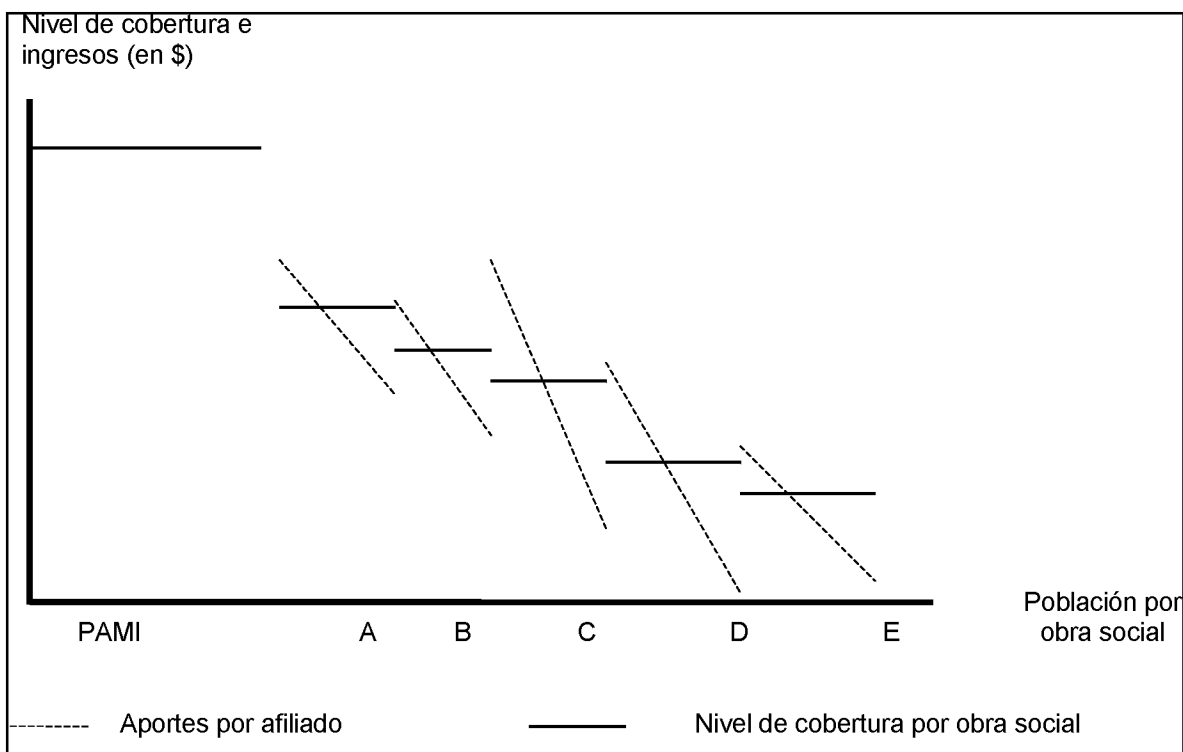
¹⁸ La operación de este fondo ha sido muy diferente a lo sugerido por la lógica que gobierna el diseño del sistema. Se ha podido comprobar que la distribución de los subsidios no se ha correlacionado significativamente con la situación financiera o con el ingreso por afiliado de las diferentes obras sociales. En general las obras sociales más beneficiadas han sido las más poderosas en lugar de las de menor ingreso por afiliado. Véase Cetrángolo y otros (1992), cuadros 10 y 11.

¹⁹ Como se verá, esos porcentajes fueron modificados durante los últimos años.

²⁰ Este porcentaje fue reducido transitoriamente al 3.84 y establecido en el 4.84 a partir de mayo de 2002.

²¹ Se refiere a obras sociales comprendidas en la ley 22.269, las restantes, incluidas las provinciales y municipales, reciben diferentes niveles de carga salarial.

Gráfico 3. Nivel de cobertura y aportes para la salud del sistema de seguridad social argentino, incluyendo al PAMI



La complejidad del sistema es mucho mayor que lo mostrado en el gráfico 3. En primer lugar, el carácter híbrido de la organización de la salud recibe, en nuestro país, la participación de la salud pública que asegura el acceso a un nivel mínimo y garantizado de salud (como se incorpora en el gráfico 4). Este subsector se hace cargo en forma prácticamente exclusiva de las tareas relacionadas a la prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica, infecto-contagiosos, quemados, etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencias y atención básica, cubriendo geográficamente todo el país. El hospital público es, aún hoy, en muchos lugares, el único servicio accesible -geográfica y/o económicamente- para determinados sectores de población. El subsector público concentra una proporción importante de los recursos de atención en los niveles provincial y municipal de gobierno.

En segundo lugar, la cobertura que reciben los sectores excluidos de la seguridad social aumenta la fragmentación del sistema. Por un lado, los autónomos de mayor nivel de ingresos y rentistas, tienen la posibilidad de comprar salud en función de sus preferencias, sin mayores limitaciones financieras. Los que pertenecen a este grupo pueden acceder a una cobertura de salud mucho más amplia de lo que les brinda el hospital público; pueden hacerlo mediante gastos directos de bolsillo, compra de sistemas de medicina prepaga²² u otros a los que tienen acceso los sectores de mayor capacidad contributiva. Por otro lado, en el otro extremo, los más pobres, sin relación de dependencia, tienen solamente acceso

²² Estos ofrecen planes de cobertura médico-asistencial. No necesariamente cuentan con infraestructura propia y en esos casos operan subcontratando con otros efectores privados.

al subsistema de salud pública. En algunos casos pueden llegar a comprar algún medicamento o pagar alguna prestación marginal.

En resumen, el gráfico 4 muestra que la característica distintiva del diseño del sistema de salud argentino, con un diagrama más emparentado con el sistema europeo que con el norteamericano²³, es que el sector que incluye a los trabajadores, sus familias y los pasivos tienen acceso a un nivel adicional de salud asegurada por el estado, que es ofrecido por el subsistema de seguridad social. De esta manera, el sistema de salud argentino fue pensado de tal manera que el criterio de equidad que quería defender quedaba en manos de un sistema fragmentado.

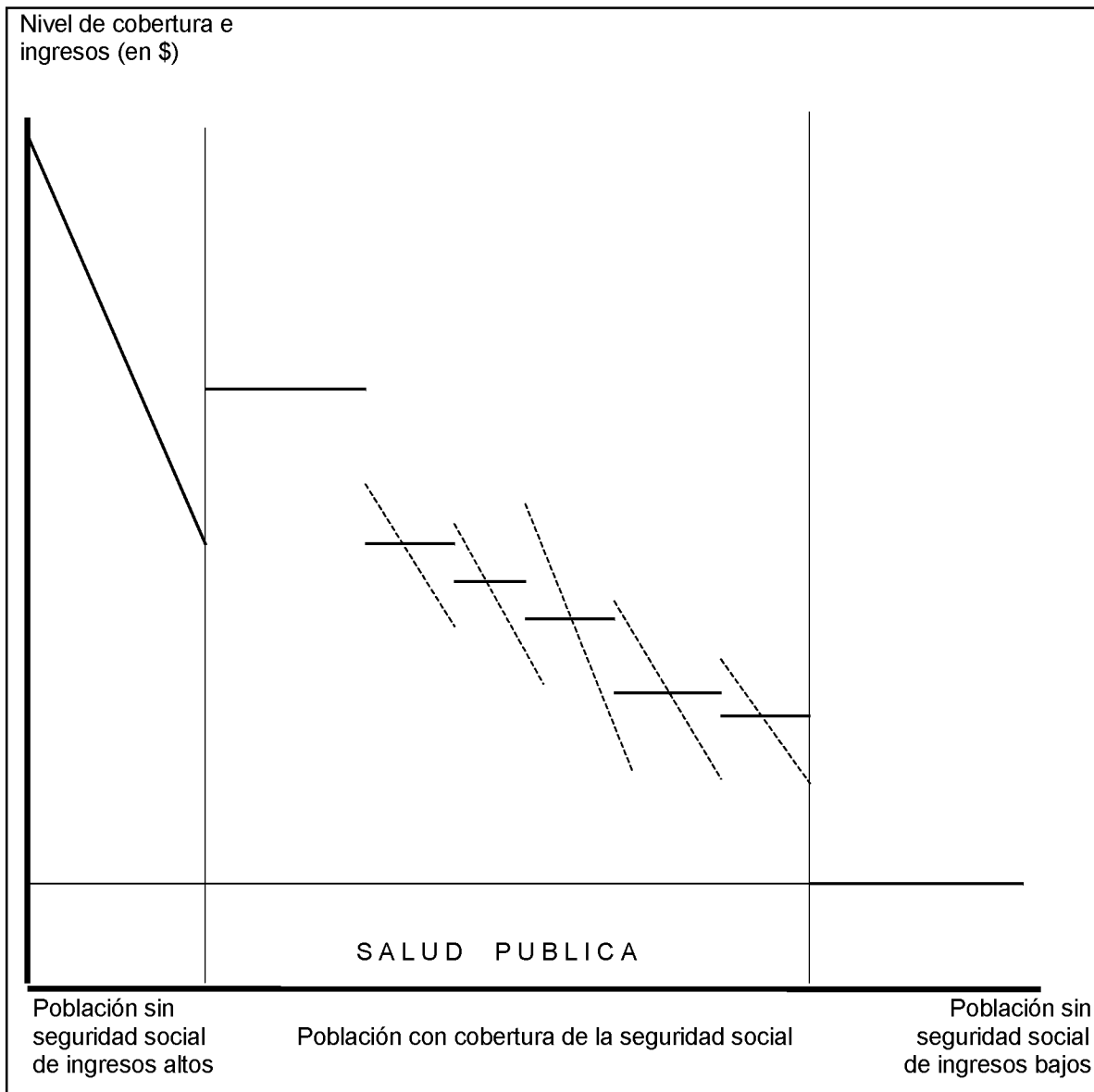
Una vez llevada a la práctica, esta concepción presentó varios inconvenientes. En materia de equidad: algo menos de la mitad de la población quedó excluido del subsistema de obras sociales. Adicionalmente, existen profundas diferencias de cobertura hacia el interior del mismo (el gráfico intenta reflejar estas diferencias). En relación con la seguridad social, es sabido que las fluctuaciones del empleo y los salarios afectan de manera directa el financiamiento del subsector de obras sociales e impacta sobre los dos restantes. En el caso de las fluctuaciones de los salarios, se produce un efecto perverso al desfinanciar las obras sociales pertenecientes a ramas de actividad que enfrentan caídas salariales. Esto hace depender la participación de cada institución en el gasto en salud en manera directa de las modificaciones en las remuneraciones relativas entre sectores²⁴. En materia de empleo, el crecimiento de las tasas de desocupación derivan en una caída en los aportantes de manera similar a la caída de beneficiarios. Ello podría no afectar seriamente las finanzas de las obras sociales pero sí implican un mayor requerimiento de atención en la salud pública, afectando las cuentas fiscales.

La presentación gráfica resulta útil para rescatar los atributos distintivos del sistema pero no alcanza a captar aceptablemente la complejidad de su operación. Quedan muchos elementos fuera de su análisis, entre los que se destacan la disparidad regional de la cobertura sanitaria y la existencia de múltiple cobertura. Con relación a este último aspecto, no eran excepcionales los casos en donde, cuando más de un miembro del grupo familiar se encontraba en relación de dependencia en diferentes ramas de actividad económica, la obligatoriedad de afiliación determinaba la doble cobertura de todos los integrantes del grupo. Más aún, además de utilizar algunos servicios del subsector públicos existen prestaciones que son contratadas al subsector privado (incluyendo la contratación de seguros de medicina prepaga).

²³ Los sistemas de salud europeos están organizados bajo la lógica de cobertura universal uniforme financiados, en la mayor parte de los casos, con rentas generales. En oposición a ello el modelo estadounidense, se basa en la capacidad de pago de cada grupo de beneficiarios (a excepción de los programas especiales para los pasivos y los carenciados); este tema es abordado en el Anexo 2. La cobertura de los asalariados junto con la presencia del sector público mostraban, desde principios de los setenta, un fuerte componente redistributivo.

²⁴ También afecta la participación relativa de cada obra social el diferente grado de evasión en cada actividad.

Gráfico 4. Fragmentación en la cobertura del sistema de salud argentino



La peculiar organización que ha adoptado la seguridad social argentina en materia de servicios de salud determina que sea difícil entender los problemas del sector sin estudiar la cuestión sindical. Muchos de los problemas que tuvo la historia de la salud argentina en las últimas tres décadas (desde que, en 1970, se concedió a los sindicatos la afiliación obligatoria a la obra social de cada rama) tienen que ver con historias de corrupción y las restricciones institucionales provenientes de la organización sindical. Un ejemplo de ello han sido los subsidios otorgados por el Fondo de Redistribución, que no se dirigieron, necesariamente, a las obras sociales más pobres sino, por lo general, a las más poderosas. Queda claro que no basta con pensar el criterio de equidad y la forma de atacar cuestiones de eficiencia que tiene un sistema de salud, también hay que ver qué marco institucional se genera. En Argentina se dio una forma institucional que a poco de andar

comenzó a presentar serios problemas. La ley de afiliación obligatoria a la obra social de la rama de cada uno, sumado a la peculiar tradición de sindicato único por rama, hizo que los trabajadores asalariados estuviesen obligados a aportar a una exclusiva obra social, siendo población cautiva de su sindicato.

A lo largo de su desarrollo, la seguridad social permitió alcanzar una amplia cobertura, reemplazando el papel del sector público. No obstante, la ausencia de mecanismos de control y las deficiencias propias de su diseño generaron serias iniquidades entre sus usuarios, mala asignación de recursos y la imposibilidad de articularse en un sistema tanto con otros componentes del sistema de obras sociales como con los restantes estamentos públicos y privados. Adicionalmente, las dificultades de la situación macroeconómica en general y del mercado de trabajo en particular, así como la dinámica adoptada por el proceso de reconversión económica derivaron en problemas adicionales para el financiamiento de las obras sociales. Debido a la profunda interrelación existente entre los tres subsectores prestadores de salud, la crisis también afecta seriamente el funcionamiento de los subsectores público y privado.

4. Reformas de salud durante la década de los noventa

4. 1. Descentralización y provisión pública de servicios de salud

Una parte de las falencias que presenta hoy la salud pública tiene su origen en el defectuoso proceso de transferencia de servicios a provincias y municipios. A diferencia de las recomendaciones habituales para este tipo de reformas, no se han buscado niveles crecientes de eficiencia y equidad; por el contrario, la descentralización del gasto social en Argentina ha obedecido a la presión ejercida por la Nación para modificar en su favor la relación financiera con los estados subnacionales (provincias y municipios).

Adicionalmente, la salud pública, al seguir un modelo basado casi exclusivamente en la actividad hospitalaria, destina casi todos sus recursos al nivel secundario (patologías más serias que requieren cuidados especiales o internación), al terciario (alta complejidad) y a las emergencias. Este tipo de asignación del presupuesto va en desmedro del desarrollo de programas de atención primaria, que son la puerta de entrada natural al sistema de atención médica y más costo- efectiva en el largo plazo. En cambio, el sistema presenta una expansión desmedida de algunos proveedores; un elevado número de médicos (en particular de especialistas), y con un exceso de equipamiento caro y subutilizado y de camas hospitalarias y sanatoriales.

Desde 1991, se sumó la introducción (con marchas y contramarchas) de un nuevo "modelo" microeconómico, conocido como Hospital de Autogestión, al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales. Desde el punto de vista de la equidad, la idea central consiste en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de población con capacidad de pago, con el objeto de ampliar la cobertura y mejorar la atención de pacientes de menores recursos. La experiencia, ciertamente no muy extensa ya que los principales hospitales ingresaron al sistema después de 1992, no ha logrado aún alcanzar resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales, en un proceso que tiene una clara incidencia sobre la equidad del sistema. Los recursos logrados provienen, en su mayor parte, del recupero de pagos por servicios prestados a las obras sociales, entidades semipúblicas sujetas también a problemas presupuestarios y cuya cobertura abarca estamentos de menores recursos

económicos. Es decir que el sistema no se nutre, al menos en sus primeros pasos, de recursos por prestaciones adicionales efectuadas a capas poblacionales de mayores recursos económicos. Por otra parte, en materia institucional la experiencia argentina en este campo dista mucho de haber superado el terreno de la formulación difusa de una estrategia que, llevada adelante sin el soporte técnico adecuado, genera frustraciones y desorientación en los recursos humanos afectados. No se ha encarado con seriedad el desarrollo de capacidades gerenciales, organizativas y de adaptación de recursos humanos necesario para que la reforma propuesta al hospital público brinde algún beneficio.

Sobre un escenario caracterizado por serias desigualdades territoriales, donde los indicadores sanitarios son altamente dependientes del desarrollo económico de cada región, el proceso de descentralización fiscal tiene como contrapartida, en el campo sanitario, una multiplicidad de respuestas locales, en lo referido tanto a la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. Como se observó en el cuadro 1, la brecha entre los indicadores de las diferentes regiones es excesivamente grande. Tal es así que la tasa de mortalidad infantil de la Argentina es superior a la de América Latina en su conjunto, pero surge de un promedio de provincias que cubren un extenso rango desde, algunas con una tasa similar a Portugal o Checoslovaquia (Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego, La Pampa) hasta otras comparables con Túnez, Ecuador, Argelia o Paraguay o Tailandia (Formosa, Chaco).

4.2. Desregulación de la seguridad social

En el subsector de la seguridad social, durante los años noventa, el gobierno nacional ha seguido una orientación que, desatendiendo las complejidades del sector, descansa sobre las supuestas ganancias de eficiencia derivadas de la incorporación de mecanismos de mercado (libre elección de obras sociales por parte de los usuarios). Es cierto que era necesaria una revisión del perverso mecanismo de incentivos implícito en la existencia de población cautiva de las obras sociales; no obstante, como se señaló anteriormente, sería ingenuo (y sumamente peligroso) sostener que la introducción de mecanismos de mercado será el instrumento que resolverá todos los problemas.

El antecedente para la desregulación del sistema de obras sociales fue la sanción de las leyes 23.660 y la 23.661 a fines de 1988 por las cuales se derogó la ley de Obras Sociales de 1970 y se creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud. Estas leyes constituyeron un esfuerzo de crear una red sanitaria nacional en la que prevaleciera un criterio de justicia distributiva comprendiendo al total de la población del país. Sin embargo, mediante una reglamentación bastante controvertida de estas leyes, se avanzó en la conformación de un sistema de salud alejado de los objetivos de esas leyes en materia de equidad y sin intentar la integración del sistema en su conjunto.

El primer intento de implementación de la reforma del subsistema de obras sociales durante el gobierno actual, a principios de 1992, fue el proyecto de creación de la OSAM (Organización Solidaria de Atención Médica). Este consistía en la introducción de subsidio a la demanda dentro del universo de la seguridad social, en donde la libre elección se ejercería con una Cuota Parte de Atención Médica (CUPAM) uniforme para todos los beneficiarios, resultante del cociente entre la recaudación total del sistema y el número de

beneficiarios²⁵. Este esquema es, en principio, sumamente redistributivo, pero descansa sobre la idea de que el ejercicio de la libre elección por parte de cada beneficiario lograría mejoras automáticas en la eficiencia, y que cada uno de los agentes que componen la oferta y la demanda del mercado de la salud se encuentran en igualdad de condiciones.

El proyecto de la OSAM nunca llegó a tener estado parlamentario, y los posteriores intentos de “desregulación del sector” fueron concebidos como parte de un particular proceso de reglamentación de las leyes 23.660 y 23.661 en el que el parlamento tuvo poco que ver. A partir de entonces, el camino de la reforma fue el resultado de sucesivos decretos que gradualmente fueron definiendo diversos aspectos del sistema, sin una definición de las características globales que adoptaría el mismo (por otra parte, las medidas propuestas para lograr mejoras en la asignación de recursos del sector no solucionan necesariamente los problemas que se pretendía abordar). La reforma de obras sociales profundizó la instalación de mecanismos de libre elección pero, como se verá, operando un giro de 180 grados en su concepción de la equidad. El mismo es el resultado de una interpretación bastante especial del marco regulatorio establecido por aquellas leyes, como se verá en esta sección.

En 1993 comenzaron a definirse los rasgos fundamentales de la reforma del sistema. Un verdadero quiebre en la trayectoria de las reformas lo constituye el decreto 9 de ese año, con el que se inicia la salida del esquema solidario que había prevalecido hasta entonces. Se instaló la libre elección, en principio restringida a los beneficiarios de las obras sociales²⁶, la cual se ejercería con los aportes y contribuciones del titular. Simultáneamente, este decreto reafirmó la obligación de las obras sociales de asegurar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema²⁷. En caso de que el monto de los aportes de un titular no llegara a cubrir el valor de las prestaciones básicas la ANSSAL sería la responsable de compensar a la obra social. Por lo tanto, este decreto introdujo importantes modificaciones. En primer lugar, el nivel medio de prestaciones de cada obra social pasa a depender de la capacidad de éstas para captar titulares con ingresos elevados y grupos familiares no muy extensos. En segundo lugar, el criterio redistributivo presente en el Fondo Solidario de Redistribución se desplaza de un mecanismo tendiente a disminuir las desigualdades del sistema en su conjunto a un mecanismo que asegure un mínimo de prestaciones para cada grupo familiar. Por último, la doble determinación de los recursos y las prestaciones del sistema no asegura la viabilidad del mismo. Mientras las obligaciones prestacionales están definidas, al menos en el mínimo, los ingresos del sistema varían de acuerdo con los niveles de actividad y salarial medio de la economía.

Ese mismo año se terminaron de definir los aspectos relacionados con la libre elección para el seguro nacional de salud en conjunto, mediante el decreto 576 que reglamentaba las leyes sancionadas en 1988. Por un lado, se incorporó a los pasivos dentro del conjunto de beneficiarios que puede optar por la obra social que desee, definiendo un plan de atención médica especial para este grupo²⁸, y se prohibió la doble afiliación de los

²⁵ En los términos de los gráficos presentados en la sección anterior, esto sería representado por un nivel de cobertura uniforme equivalente al 14% de la masa salarial correspondiente a los trabajadores formales dividido por la cantidad de afiliados al subsistema, como se verá en la parte final de esta sección.

²⁶ Se exceptúan a los beneficiarios de obras sociales de personal de dirección y de personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, etc. En 1990, se habían excluido de la ley de obras sociales a las dependientes del Poder Judicial y Universidades Nacionales.

²⁷ El Ministerio de Salud y Acción Social era el encargado de definir el valor y las prestaciones incluidas en esta canasta básica.

²⁸ El valor del Régimen de Atención Médica Especial para Pasivos debe ser propuesto por el Ministerio de Salud y aprobado bajo el acuerdo del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos y el Ministerio de

beneficiarios. Por otro lado, se introdujo la posibilidad de pactar entre empleados y obras sociales planes diferenciales de salud. Sobre la base de concebir a los aportes y contribuciones como salario diferido de los trabajadores, introdujo la posibilidad de pactar con el agente de salud sobre estos mismos aportes o sobre la posibilidad de aportes adicionales. Asimismo ratificó que el titular disponga del total de sus aportes y contribuciones para la libre elección del agente de salud que desee.

El decreto 576/93 es el primero que hizo referencia al Seguro Nacional de Salud en su totalidad, terminando de definir una “especial” interpretación del criterio de justicia distributiva prevaleciente en la ley 22.661. La extensión de la cobertura “mínima” asegurada (a ser definida por el Ministerio de Salud y Acción Social) a la totalidad de los beneficiarios del sistema se vio contrarrestada con la reducción del universo de beneficiarios. Los autónomos se incorporarían voluntariamente al sistema siempre que pudieran realizar un aporte mínimo equivalente al valor de la prestación básica más lo correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución. Por su parte, los carenciados se restringieron a aquellos comprendidos en el Programa de Asistencia a Carenciados y no se fijaron las condiciones de incorporación²⁹. Paralelamente, se fueron tomando medidas que intentarían definir aspectos necesarios para la instalación de la libre elección³⁰.

El hecho de que el mayor traspaso de afiliados se haya dirigido hacia las obras sociales de empresas y la amenaza que representaba la entrada de empresas de medicina privada para el poder sindical argentino, impulsó a que el gobierno eliminara, a fines de 1997, a las obras sociales de empresas del régimen de desregulación de las obras sociales. La opción de libre elección, de esta manera, quedó restringida en 1998 a las obras sociales sindicales, mixtas, de la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados y de personal de dirección. De todas maneras, las empresas de medicina prepaga encontraron la forma de acceder al mercado a través de contratos con las mismas obras sociales sindicales. La posibilidad de pactar planes diferenciales de salud entre los beneficiarios y las obras sociales sirvió de medio para que esto ocurriera. A finales de los años noventa existieron fuertes presiones para revertir esta medida y continuar avanzando en el proceso de desregulación del sector, incorporando, también, a las empresas prepagas. Por otra parte, el gobierno hizo públicos distintos proyectos para incorporar a los contribuyentes autónomos al seguro de salud³¹.

Desde el año 2000 se han sucedido algunos intentos de incrementar el componente redistributivo de las contribuciones sobre el salario que financian las obras sociales, mediante el aumento de los porcentajes de esas contribuciones que se destinan al Fondo de Redistribución de Obras Sociales. El decreto 446 del año 2000 dispuso que esos porcentajes fueran variables según el nivel salarial y con independencia del tipo de

Trabajo. Provisoriamente, se fijó el valor del módulo en \$20. Al igual que para los activos la opción de elección es una vez por año y en un lapso de tiempo determinado.

²⁹ Por otra parte, mediante distintos decretos, ese mismo año se transfirieron algunos servicios del sistema a otros ámbitos estatales (el subsidio a la pobreza pasó a estar bajo jurisdicción del ANSeS y los servicios de turismo y recreación de la Secretaría de Turismo) y la cobertura de salud de los beneficiarios de pensiones no contributivas se traspasó a la Secretaría de Desarrollo Social. Al mismo tiempo, se decretó la obligación de las obras sociales de pagar a los hospitales de autogestión las prestaciones que sus beneficiarios demanden a estos últimos, la intervención de la ANSSAL en abril de 1993 y el nombramiento de la DGI como agente fiscalizador, recaudador y ejecutor de los aportes y contribuciones de empleados y empleadores.

³⁰ En FADE (1999) pueden revisarse las diferentes normas que modificaron el sistema durante este periodo.

³¹ En un comienzo, se pensó en incorporarlos mediante un aporte por grupo familiar igual al valor de la Prestación Médica Obligatoria más lo correspondiente para el Fondo Solidario de Redistribución. Luego, sólo se incluyeron los autónomos adheridos al Régimen Simplificado de Pequeños Contribuyentes.

institución, y los estableció en el 10 (para salarios brutos menores a \$700), 15 (entre 700 y 1500 pesos) y 20 (mayores de 1500 pesos) por ciento. Este decreto fue suspendido en marzo de 2001, pero, en el año 2002, la emergencia sanitaria dispuesta por Decreto 486 volvió a incrementar esos porcentajes de redistribución estableciéndolos entre el 10 y 20% pero con diferentes valores para las obras sociales de personal de dirección.

Durante el proceso de reforma, se había señalado la intención de crear un organismo que regule el funcionamiento del sector en su conjunto. En un intento de responder a este objetivo, el gobierno creó en abril de 1998 la Superintendencia de Servicios de la Salud. Este organismo se encargará de controlar el sistema de obras sociales absorbiendo entre sus funciones aquellas antes realizadas por la ANSSAL. Siguiendo los pasos de la reforma, se observa que mientras los objetivos de regulación son claros respecto a las obras sociales sigue sin definirse el marco regulatorio aplicable al sector de medicina privada y a la incorporación de los trabajadores autónomos. En el caso de PAMI, se introdujeron importantes modificaciones en su financiamiento. Este se redujo de manera significativa, primero por la transitoria reducción de las contribuciones patronales y, luego, por la caída de la base imponible.

Como puede observarse, las características del diseño del sistema de salud fueron definiéndose de manera desordenada y sin una articulación por parte del estado orientada a los objetivos perseguidos³². Queda claro que la introducción de la libre elección fue concebida como la solución para los problemas de eficiencia del sector. Por otra parte, la mayor presión sobre los recursos del sistema y del sector público en su conjunto, ha definido y puede definir importantes aspectos del sistema. A pesar de que estos sean los rasgos más visibles del proceso no debe desconocerse, como se verá luego, la profunda transformación que están transitando los rasgos solidarios del sistema.

4.3. Sector privado y provisión de medicamentos

Durante los últimos años no solo se presenció una despreocupación por corregir las dificultades en materia de eficiencia y equidad de nuestro sistema sino que, peor aún, se siguieron políticas fragmentadas que ahondaron aún más la heterogeneidad y las inequidades del sistema. En relación con el sector privado no sólo se siguió omitiendo la necesidad de establecer un marco regulatorio y la coordinación del mismo con el resto del sistema, sino que las políticas orientadas a los otros componentes del sistema dejaron más espacio para que actúe un sector donde el mercado no asegura la mejor asignación de los recursos ni mejoras en la equidad.

En ausencia de coordinación y de efectivo control por parte del Estado Nacional, se pretende que la “regulación” provenga exclusivamente de la lógica impuesta por el mercado. Este ha ido mutando de manera permanente, generando nuevas oportunidades de negocios y formas organizacionales, incorporando nuevos actores e intereses, transformando las alianzas dentro del sector y, en definitiva, introduciendo cambios en los mecanismos de contratación entre subsectores. Todo ello sin atender al impacto sobre la salud de la población.

³² Resulta llamativo que la racionalidad que se ofrece en algunos documentos oficiales y, en especial, en los actas de acuerdos entre el gobierno nacional y organismos internacionales de financiamiento responda a una construcción “ex post” de las medidas desordenadamente adoptadas y no de una definición previa de un camino de reformas a seguir.

Con especial atención debe considerarse la configuración del mercado de medicamentos y otros insumos del sector que reciben una proporción elevada del gasto en salud. Allí, el libre funcionamiento del mercado genera soluciones ineficientes que tienden a desequilibrar aún más el sistema, generando graves iniquidades. En el caso específico de los medicamentos, idénticos productos pero de distintas marcas tienen grandes diferencias de precios; los precios difieren sustancialmente de los costos y generan beneficios extraordinarios a los productores, y, por efecto del sistema publicitario (tanto abierto como hacia los prescriptores) los perfiles de consumo difieren de las necesidades reales. Ante la presión que esos precios ejercen sobre los presupuestos públicos, de las obras sociales y de entidades de medicina prepaga, muchas veces se intenta reducir la cobertura de los medicamentos, cargando el sobre-costeo al usuario. Pero si el tema es grave para quienes tienen ese tipo de cobertura, lo es más para aquellos que no están incluidos en sistema alguno, en este caso el costo recae totalmente sobre el paciente. Así, el sistema es particularmente perverso para quienes son los menos favorecidos socialmente.

5. Evaluación de las reformas de los noventa

En esta sección nos hemos propuesto realizar una evaluación de la orientación que está tomando la reforma del sistema de salud de la seguridad social, poniendo el acento sobre su impacto en la equidad de su provisión y financiamiento. El punto de partida del mismo ha sido la caracterización del sistema de salud previo a la última ola de reformas como un "sistema de solidaridad fragmentada". El sistema de obras sociales ofrece servicios de diferente alcance y calidad dependiendo de la rama de actividad en que se desempeñe el trabajador y los mecanismos de redistribución, habiendo podido sólo compensar en parte estas diferencias, las han acentuado. A ello se le suma el carácter fragmentado del resto de los componentes del sistema entre los que se cuentan que la cobertura que brinda el sector público es diferente según el lugar de residencia de cada persona; y, el desarrollo del subsector privado ha sido variable en cada localidad, dependiendo del funcionamiento de los otros dos subsectores. Adicionalmente, se ha visto que la conformación de este sistema de salud ha derivado en una utilización bastante ineficiente de los recursos, en donde la existencia de población cautiva de instituciones con motivaciones difusas ha jugado un papel central. El sistema que resultó, siendo fragmentado e ineficiente, derivó en serios problemas de equidad.

Hacia principios de los años noventa era muy evidente que el funcionamiento del sistema de obras sociales mostraba la existencia de importantes posibilidades de conseguir mejoras en la eficiencia. Tan serio es este problema en el subsector de la seguridad social que buena parte de las reformas al sistema de salud argentino, siguiendo un enfoque sumamente parcial, han pretendido lograr mejoras atacando solamente la cuestión de la población cautiva en las obras sociales sindicales, mediante la introducción de mecanismos de libre elección de los afiliados.

El camino efectivamente adoptado consistió en buscar que cada beneficiario eligiera donde atenderse, pero, a diferencia de la propuesta previa, esa elección la realiza llevándose consigo su propia carga salarial destinada al sistema de obras sociales. Si un trabajador de ingresos altos afiliado a una obra social correspondiente a un gremio de ingresos medios bajos no está conforme puede migrar hacia otra obra social con mejor atención que, posiblemente, sea de un gremio con ingresos medios altos. En este caso no se lleva consigo el aporte medio de su obra social original sino su propio aporte (el 7.2% de

su salario³³). Si todos los trabajadores de ingresos altos toman una actitud de este tipo la consecuencia será una fuerte concentración de los afiliados de salarios altos en pocas obras sociales (o en los planes más caros de cada obra social) y, simultáneamente, caerá aún más el financiamiento de las obras sociales más pobres, motivado por la fuga de los afiliados con mayores aportes. En el caso contrario, si es un afiliado de salario bajo quien decide emigrar a una obra social mejor financiada, ésta tiene fuertes incentivos para ejercer mecanismos de selección adversa. En este caso, es el propio régimen quien la habilita a hacerlo ya que el decreto 504 del 12 de mayo de 1998 la obliga a dar sólo las prestaciones comprendidas en el Programa Médico Obligatorio para estos casos, creando un plan diferencial (de menor cobertura) al de sus propios afiliados³⁴. Si bien es claro que este no será un fenómeno instantáneo, paulatinamente el sistema avanzará hacia un mayor grado de fragmentación y desigualdad. Al abrirse la posibilidad de crear planes diferenciales en cada obra social, esa mayor fragmentación podría darse dentro de cada institución.

Para compensar esta tendencia, el gobierno había definido esa cobertura mínima (PMO), al que se hizo referencia en el párrafo anterior. A ella acceden todos los afiliados (titulares y sus familias), de cualquier obra social. Para asegurar su financiamiento, el Estado Nacional garantiza que la cotización mensual de cada trabajador no quede por debajo de \$40³⁵. Si ello ocurre, el ANSSAL transfiere a la obra social correspondiente la diferencia entre ese monto y el aporte efectivo de cada titular. Así definido, el financiamiento efectivo para cada caso variará de acuerdo con el tamaño del grupo familiar. Significa \$10 pesos mensuales por cada uno de los integrantes de un grupo familiar de cuatro personas, y \$40 si es un trabajador soltero³⁶. En consecuencia, cualquier obra social, por cada trabajador que esté dentro de esa obra social y gane menos de \$ 500 (ya que la carga que financia las obras sociales es del 8% del salario, y el 8% de \$ 500 es \$ 40) recibe un subsidio estatal de lo que le falte para que el aporte sea de \$40.

Aquí no vamos a tratar el problema del financiamiento de este programa. Es una cuestión más compleja, relacionada con aspectos fiscales. Pero, de todos modos, queda claro que su financiamiento no está asegurado en el diseño del programa. No obstante, en la medida en que el sistema avance hacia un esquema en donde los más ricos eligen coberturas que cubran todo su aporte al sistema de salud (obra social o privado), y los más pobres queden en un sistema en donde quedan cubiertos por este programa estándar, tiende a desaparecer el rasgo solidario, aunque fragmentado, de la seguridad social (es decir, el criterio redistributivo entre asalariados dentro cada rama de actividad). Por otra parte, el hecho de que la provisión del programa obligatorio para “los pobres” esté garantizada por el estado, implica una mayor acentuación de las desigualdades dentro del sistema. Los gastos por sobre el nivel definido en ese programa deberán ser cubierto por el bolsillo de cada uno en el sistema privado. En consecuencia, y volviendo a la presentación

³³ Los restantes 0.8% de carga está destinado al Fondo Solidario de Redistribución.

³⁴ La idea de crear planes diferenciales ya estaba implícita en el Decreto 576 del 11 de abril de 1993. Este, al reglamentar el artículo 16 de la ley 23660 establecía que “Los trabajadores y empleadores de manera individual o colectivo, pueden pactar entre sí o con el Agente del Seguro, pues constituyen parte de su salario diferido y cubierto. Los trabajadores y empleadores de manera individual o colectiva, pueden pactar entre sí o con el Agente del Seguro respectivo un aporte adicional. Las obras sociales podrán recibir aportes y contribuciones voluntarias adicionales.”

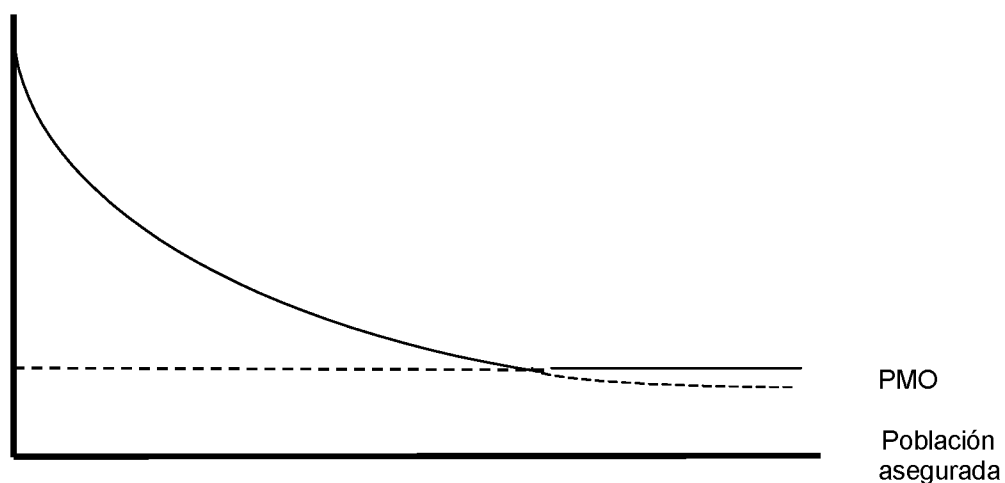
³⁵ Originalmente el monto garantizado era de \$30 por mes, de acuerdo con el decreto 372/95. Luego, la presión sindical logró aumentar ese monto a \$40.

³⁶ El Poder Ejecutivo sancionó el Decreto 1359/98 mediante el cual se intentaba solucionar esa discriminación en contra de las familias numerosas, redefiniendo el subsidio. Allí se establecía que la cotización mínima garantizada sería de \$22.40 por afiliado titular y \$11.50 por familiar a cargo. Inexplicablemente, esa medida fue dejada en suspenso mediante Decreto 60/99.

gráfica, el sistema podría derivar en un esquema como el que se observa en el gráfico 5. Obviamente, se trata de una especulación realizada sobre el conocimiento de los factores que han determinado el funcionamiento del sistema de salud argentino en los últimos años. No obstante, su desarrollo efectivo dependerá de una diversidad de elementos, entre las que se cuentan las eventuales medidas correctivas que, esperemos, sean incorporadas en el futuro. En términos del modelo antes presentado, queda por saldar, asimismo una discusión sobre el tipo de principio que se va a consolidar. De la observación gráfica, queda claro que la diferencia entre un modelo igualitario y uno libertario moderado descansa, en buena medida, sobre cuestiones de nivel. Hay un nivel de prestación básica que acerca el último modelo a uno diseñado de manera igualitaria.

Gráfico 5. Nivel de cobertura y aportes para la salud del sistema de seguridad social: tendencia implícita en las reformas de los noventa

Nivel de cobertura e ingresos (en \$)



Un aspecto especial a tener en cuenta es el riesgo que corre el PAMI de transformarse en un sistema asistencial destinado a las personas mayores de edad. Si ello llegara a suceder (en realidad ya sucede parcialmente) se quebraría el pacto intergeneracional que estableció que los activos sostienen la cobertura de salud de los pasivos bajo el acuerdo implícito de que los futuros activos darían el sostén financiero de su propia cobertura cuando pasen a engrosar la población pasiva. Adicionalmente, la decisión de reducir los recursos de asignación específica al PAMI pone en peligro el nivel de financiamiento del programa que atiende a la población con mayor riesgo de enfermarse. Con independencia del debate sobre cuál es la mejor manera de atender los gastos en salud de esta población, la política actual, consistente en desfinanciar el PAMI, no obedece a la resolución de ese tipo de debates sino, muy por el contrario, a la necesidad de reducir el costo laboral, afectando el financiamiento del sector de la salud. Más allá de esto, la perspectiva de restricciones fiscales cada vez mayores hacen evidente que el respaldo estatal es limitado.

Por otra parte, el impulso que se dio en 1999 a la licitación de las prestaciones del PAMI en "redes nacionales de atención" impondrá una responsabilidad precisa sobre los recursos que deberían transferirse al sector privado para la atención de los pasivos, en un

acuerdo, en el que la falta de capacidad de control del estado y la falta de preocupación por el desarrollo de mecanismos e incentivos de regulación, permitían prever que las contraprestaciones no serían las deseadas. La mayor parte de los argumentos que apoyan esta salida se basan en los beneficios de la libre competencia de las redes de atención. Es muy importante tener en cuenta la existencia de deficiencias significativas en la oferta de servicios de salud para conformar estas redes y las posiciones dominantes que generará el poder de contratación de estas redes. Es evidente que sin un estado con una clara capacidad de regulación sobre el sector privado, el libre juego de las fuerzas del mercado, no permitirá solucionar los problemas de calidad y cobertura de los servicios de salud que el importante nivel de recursos con el que se cuenta debieran permitir.

Los cambios en la seguridad social fueron acompañados, además, por una fuerte fragmentación en el nivel de atención asegurado por la salud pública. Las políticas de descentralización no fueron acompañadas de las medidas y los recursos necesarios, tendiendo a consolidar sistemas de salud autónomos sin coordinación a nivel nacional. La reforma de la seguridad social, de esta forma, se inserta en un contexto en el que tampoco es posible especular con la existencia de un nivel único básico de cobertura para todos los habitantes brindado por el sector público.

El sector privado, por su parte, ya había tenido en las últimas dos décadas un importante desarrollo, especialmente en los centros urbanos del país, como proveedor de las obras sociales y de los hospitales públicos. En los últimos años, los cambios en las modalidades de contratación de las obras sociales y los mayores incentivos generados por la libre elección basada en cápitas diferenciales, han determinado mayor espacio para la actividad privada con fines de lucro. El sector privado ha tomado una actitud ofensiva, tratando de captar porciones crecientes del mercado. La ausencia de instancias de regulación y coordinación del sector permite que el sector esté cambiando aceleradamente, con independencia de la instrumentación de las diversas reformas propuestas. Muchas obras sociales se están desprendiendo de sus responsabilidades de operadores del sistema de salud y realizan contratos de capitación con unidades transitorias de empresas o gerencadoras de servicios de salud a cambio de una porción de los ingresos. El sistema de seguridad social termina por resignar su función "social" y, ante la ausencia de una planificación pública de la salud, el sector privado va ocupando espacios que dejan los restantes subsectores y, atravesando fuertes cambios con la incorporación del capital financiero, organiza su provisión con el objetivo de conseguir una gran rentabilidad en un sector en donde encuentra grandes posibilidades de ganar eficiencia. En función de ello se han producido importantes mutaciones en las formas de contratación y la introducción en el mercado de la salud de nuevos grupos económicos, locales y extranjeros, con intereses que superan en mucho las fronteras del sector.

La diferencia con las reformas que se están haciendo en los sistemas de salud de países desarrollados (en especial de Europa y Canadá) es notable. En estos países, la introducción de nuevos sistemas de incentivos relacionados con la elección de los beneficiarios tiende a hacer más eficiente el sistema con el objeto de liberar recursos del presupuesto público para tener una mejor provisión de otros bienes sociales, o mejorar la calidad de la propia oferta de salud. Son políticas que benefician al consumidor en sistemas básicamente regulados y monitoreados por el estado³⁷, y, más aún, con una fuerte presencia de la provisión pública. En Argentina, en cambio, ante la ausencia de una clara

³⁷ Se debe llamar la atención, a su vez, sobre la gran diversidad de sistemas de salud existentes. Es por ello que Freire se preocupa por evitar el "contrabando de reformas" que consistiría en adoptar acríticamente propuestas cuyo mayor mérito es haber sido llevadas adelante en otro país. Véase Freire (1997), p. 10.

política sectorial, la pérdida de los componentes solidarios dentro de la seguridad social y el retiro de los componentes públicos, se produce una importante afluencia de capitales privados que llegan al sector atraídos por el incentivo de fuertes ganancias en la eficiencia que podrán apropiarse privadamente.

En este sentido, creemos que se desprende de los argumentos aquí presentados, que el sistema de salud de la seguridad social, generalmente calificado como altamente ineficiente, está transitando un riesgoso camino hacia la pérdida de sus componentes solidarios, sin que se asegure desde el estado que las ganancias de eficiencia se traduzcan en mejoras en la calidad y extensión de la cobertura. Es por ello que las reformas necesarias debieran comenzar por la definición de una política global del sector incluyendo en esa definición la modalidad buscada en materia de equidad y el modelo institucional que permita su instrumentación. Sabemos que la tarea no es sencilla e involucra aspectos de muy variada naturaleza, incluyendo la definición de la nueva ley de coparticipación de impuestos, que determinará el financiamiento de los sistemas provinciales de salud³⁸.

6. Reflexiones finales

Las reformas son la respuesta a profundos procesos de crisis que hacían inviable la continuidad de los sistemas previos. No obstante, no se ha dado solución a los graves problemas que padecían las obras sociales. Estas siguen presentando problemas de financiamiento, cobertura, eficiencia y corrupción. Teniendo en cuenta lo hasta aquí presentado introduciremos algunas reflexiones sobre las líneas de reforma más importantes que, a nuestro entender, debieran ser discutidas e instrumentadas en los próximos años.

En relación con las obras sociales, resulta obvio que no se pueden plantear propuestas de reforma exclusivas para este subsector proveedor de servicios de salud. Cuando se intenta dar una mirada de conjunto al funcionamiento del sector, a la distribución del financiamiento y a las diversas modalidades adoptadas por la población para sobrevivir en esta compleja trama, se concluye que Argentina tiene una atención sanitaria costosa e injustamente distribuida. La ineficiencia y la injusticia obedecen a razones profundas sobre las que es posible actuar si se cuenta con la voluntad política y la competencia para hacerlo. Asimismo, es obvio que las políticas de salud, por mejor diseño y esfuerzos en su aplicación, serán incapaces de morigerar, por sí solas, los efectos y las consecuencias de una distribución más regresiva del ingreso y de la exclusión social asociada con el desempleo y con la precarización laboral.

Será necesario revertir la desarticulación de la política de salud. El objetivo de mediano plazo de las reformas propuestas será la coordinación de un sistema de salud que integre las iniciativas de los diversos subsectores en el logro de un sistema equitativo de cobertura universal. Se deberá pasar de un sistema caracterizado por ineficiencias, corrupción, baja calidad e injusticias a otro donde la acción pública sea el eje de la política sanitaria, sin ser, necesariamente, el sector público su efector central. No se trata de una creación mágica destinada a resolver los serios problemas que afectan la salud de los argentinos. Se sugiere, en cambio, seguir un sendero de reformas que tiendan a la paulatina integración de los subsectores.

³⁸ Este tema es abordado en el Cetrángolo, O y Jimenez, J.P.(1996).

No obstante, es imposible ofrecer una reflexión sobre las falencias del sistema argentino de salud y propuestas de reforma con independencia de las dramáticas alternativas que están marcando la situación económica general. Argentina ha atravesado un largo período recesivo que, desde mediados de 2001, se ha convertido en una de las crisis más graves de la historia del país, afectando el funcionamiento del país en su conjunto. En las actuales circunstancias, aparecen urgencias de tal magnitud que estamos obligados a repensar las diferentes propuestas de reforma sectoriales.

En el campo de la salud, y como resultado de la espectacular devaluación de la moneda doméstica, a mediados de 2002 es necesario revisar el diagnóstico que establecía una cierta suficiencia del gasto en salud por habitante. En efecto, el cuadro 5 es por demás elocuente de las dificultades presentes y del impacto de la macroeconomía sobre la organización sectorial. Allí se comparan las últimas estimaciones oficiales de gasto en salud, correspondientes al año 2000, con proyecciones propias para el corriente año.

Aún cuando pueda mantenerse el nivel de gasto en relación con el producto, la nueva relación cambiaría define un nivel exiguo en términos de insumos importados, medicamentos y otro tipo de tecnología cuyos costos estén asociados al tipo de cambio. Sin duda esta crisis afecta con mayor fuerza a la seguridad social y al sector público. La primera por tener sus ingresos asociados al salario y el segundo por la grave crisis fiscal. De todos modos, también es de esperar una fuerte reducción del gasto privado real por parte de los sectores de mayores ingresos.

Cuadro 5 Gasto en salud en Argentina: 2000-2002

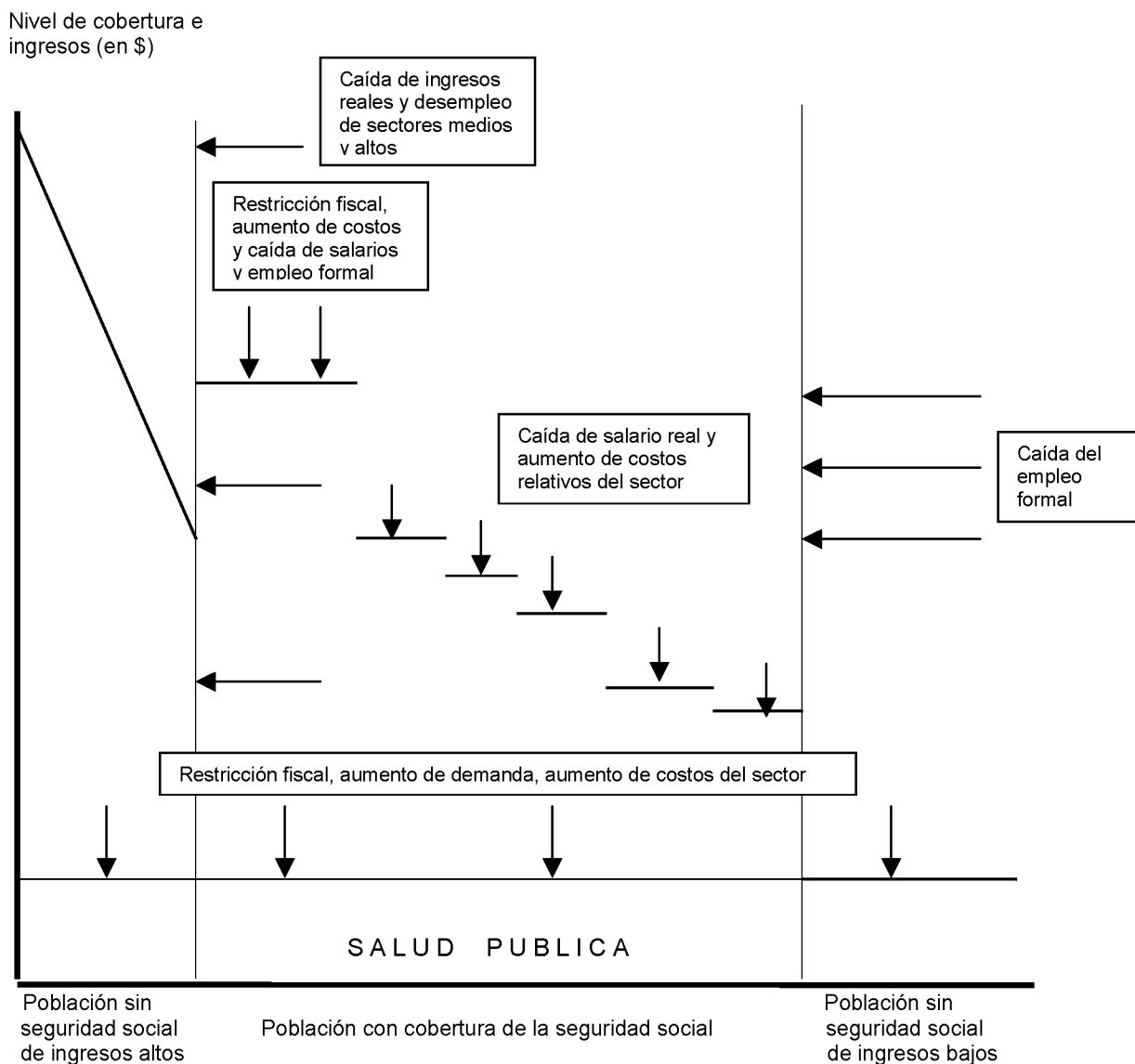
	(como % del PBI)		(u\$s por habitante)	
	2000	2002	2000	2002
Público	1.98	1.54	157	44
Seguridad social	2.09	2.92	231	59
Privado	4.24	4.08	335	115
TOTAL	9.14	7.71	723	218

El gobierno nacional ha recompuesto los niveles de carga sobre la nómina salarial que regían a principios de los noventa y ha tratado de paliar el incremento de los costos en medicamentos. En este sentido, a comienzos de 2002, el gobierno impulsó la adopción de los nombres genéricos de los medicamentos con el objeto de facilitar el acceso a los mismos. Esta medida está destinada a permitir la compra medicamentos a menores precios, y, por lo tanto, inducir una reducción del importante diferencial de precios existente en el mercado. A su vez, también debería atenuar el impacto de la devaluación en el sector. Para que este tipo de política sea efectiva debe ser complementada con un eficaz control de calidad. Por su parte, también se eliminaron los aranceles sobre la importación de insumos para la salud y redujo la presión impositiva sobre parte del sector al reducir el IVA sobre las compras importadas, medida, esta última, que beneficia a la seguridad social y al sector público, por estar exentos del IVA sobre sus ventas.

Como se trata de ilustrar en el gráfico 6, la crisis macroeconómica significará un serio deterioro tanto en el nivel como en la distribución de la cobertura de salud a la población. La caída en el empleo formal reduce la población cubierta por la seguridad social, que, a su vez, deberá reducir su nivel efectivo de cobertura como consecuencia de la caída de sus ingresos por beneficiario (producto de la caída en los salarios reales) así

como el incremento relativo de sus costos³⁹. Adicionalmente, la obra social de los jubilados y pensionados (PAMI) sufrirá como consecuencia de la menor disponibilidad de recursos por parte del sector público para atender sus necesidades. La caída en los ingresos reales y el mayor desempleo que afecte a los sectores de medianos y altos ingresos afectará, a su vez, la cobertura de la población que adquiere seguros voluntarios y genera un mayor gasto directo. Por último, la salud pública está sufriendo las consecuencias de una profunda crisis fiscal y financiera que reduce los presupuestos sectoriales para hacer frente a una cada vez mayor población que busca cobertura en los hospitales públicos de las diferentes regiones del país.

Gráfico 6. Impacto de la crisis económica sobre la cobertura del sistema de salud argentino



³⁹ En efecto, los precios relevantes para definir el financiamiento de la seguridad social son los relativos entre los salarios y los costos sectoriales, muy influidos, a su vez, por el precio de los insumos.

Retomando el argumento del documento, en los próximos años, los gobiernos deberán preocuparse por mejorar las condiciones de salud de la totalidad de la población, y por reducir drásticamente las diferencias de cobertura entre los habitantes. No es admisible que el acceso a niveles aceptables de atención dependa de la ubicación social o geográfica. La política deberá estar centrada en el desarrollo de los diferentes componentes de la atención primaria de la salud (en especial la medicina preventiva), que deberán llegar a todos los ciudadanos. Esto servirá para revertir las iniquidades y los problemas de alcance que presenta hoy la medicina preventiva derivados del excesivo peso que tiene el gasto hospitalario y la inexistencia de una adecuada articulación de las diferentes instituciones en redes de atención. Asimismo, la reforma de la salud pública, articulada sobre un programa de atención primaria, será el pilar sobre el que se asentará la integración del sector, por lo que deberá ser encarada, así como las restantes políticas de reforma, teniendo en mente los lineamientos del objetivo de largo plazo. Ciertamente, su efectiva consolidación dependerá de las capacidades institucionales, las relaciones entre los sectores, los recursos disponibles, y las reacciones de los diferentes actores.

Las serias debilidades que presenta la salud pública no pueden ser enfrentadas con los instrumentos incluidos en el exiguo Presupuesto de la Administración Nacional destinado a la salud y, como se señaló, una porción mínima del monto que los argentinos gastamos en salud se integra en una estrategia sanitaria nacional. En este sentido es necesario introducir en el diseño de la distribución de recursos coparticipados mecanismos que incentiven a adopción de políticas nacionales consensuadas en el consejo federal de salud y que tiendan a compensar las fuertes iniquidades regionales existentes. Debe tenerse en cuenta que la creciente importancia de un peculiar sistema de seguridad social, estrechamente ligado al sindicalismo y con fuertes resistencias al control; la existencia de un programa específico para la población pasiva; la ausencia de control y regulación de la medicina privada y, por último, la descentralización de la salud pública hacia provincias y municipios han quitado peso a la política nacional.

La historia del subsistema de obras sociales tiende a desalentar las expectativas de éxito de las iniciativas diseñadas para disciplinarlo en aras de los objetivos de una política de salud. Es por ello que, aún cuando los mecanismos de mercado no aseguren necesariamente mejoras en la asignación de recursos en este sector, creemos necesario seguir avanzando en la eliminación de barreras a la competencia con el objeto de limitar la apropiación privada de rentas asociadas a la peculiar estructura del subsector y encuadrarlo tras los objetivos de la política de salud.

Un aspecto que debe ser reformulado urgentemente es el diseño financiero que, durante los últimos años, ha acompañado el proceso de libre elección. Como se ha visto, el mecanismo elegido tiende bajo el diseño actual a la consolidación de un sistema muy poco solidario. Si bien en el año 2002 el gobierno estableció un incremento en el nivel de prestaciones mínimo al que tienen acceso todos los beneficiarios de sistema de seguridad social a través del incremento de los aportes al Fondo Solidario de Redistribución, se debe continuar aumentando ese nivel tendiendo a un sistema que permita la libre elección pero con una cápita uniforme que, como sucede en el caso colombiano, podría ser corregida por riesgo con el objeto de prevenir algún tipo de selección adversa. Debe ponerse especial énfasis en restringir la existencia de copagos y coseguros con el objeto de que los sectores con mayor disponibilidad de fondos no logren apropiarse privadamente del financiamiento colectivo al sistema. En el largo plazo, si se logra eliminar el financiamiento con cargas sobre la nómina y se avanza hacia un sistema financiado con recursos presupuestarios (al estilo inglés o canadiense) se podría arribar a

un esquema financiero más razonable. En el corto plazo, la fuerte restricción fiscal hace imposible transitar ese camino.

Sin duda, se requerirá extremar los esfuerzos para asegurar el logro de objetivos en el subsector, acordes con la política nacional de salud. Se deberá avanzar en dos frentes: afianzar la competencia por la cobertura a ser ofrecida con esas cargas puede ser un mecanismo para enfrentar la consolidación de población cautiva en cada institución, y concentrar las energías en la reformulación de las prácticas regulatorias del sector, en especial, atendiendo a la nueva configuración sectorial dominada por diferentes tipos de intermediarios.

Para ello, se deberá modificar drásticamente la operatoria de la actual Superintendencia de Salud para transformarla en un organismo básicamente técnico y ajeno a los intereses de los sectores o personas que conforman la oferta sectorial. Su personal deberá ser altamente calificado, bien remunerado e independiente de los intereses políticos y sectoriales. Aún cuando sea difícil avanzar en este sentido, y demande de una compleja negociación política, queda claro que será imposible mejorar la atención médica de la población trabajadora y sus familias y, asimismo, lograr la integración de este subsector en la política de salud, si no se reforma profundamente la citada superintendencia. Esta misma deberá ser la encargada de fiscalizar los contratos y gestión del PAMI. Para cumplir con estas metas deberán hacerse efectivos dos requisitos: la clara definición de la política sectorial y de las responsabilidades del subsector, y un fuerte fortalecimiento institucional para dotarlo del mejor nivel técnico.

De manera especial, debe ponerse particular cuidado en uno de los componentes de nuestro sistema de salud que demanda una urgente reforma: la atención de la población de la tercera edad. En su momento, la introducción del PAMI significó una innovación que posibilitó un importante desarrollo de la cobertura para los jubilados y pensionados. Hoy, se hacen evidentes las dificultades que presenta este tipo de cobertura como resultado de problemas institucionales internos y de la reducción de su financiamiento, y queda al desnudo la ausencia de una filosofía de protección para la tercera edad. Si no se modifica el rumbo, en el mediano plazo serán crecientes las falencias de cobertura para este sector como consecuencia de los problemas de empleo y el envejecimiento de la población. Una alternativa que debiera ser evaluada con suma cautela es la descentralización selectiva del PAMI hacia jurisdicciones que presenten una adecuada capacidad técnica y diseño institucional para brindar cobertura a la población anciana, mejorando la red de atención regional. No obstante, esta no puede ser una política de reforma generalizada a la totalidad de las jurisdicciones.

Si bien se requieren algunas medidas de emergencia en el corto plazo (asegurar su financiamiento, auditorías, redefinición de los mecanismos de contratación, tratamiento de la población menor a los 60 años⁴⁰), en el mediano plazo se deben buscar alternativas de reformas flexibles que logren cambiar los incentivos para el personal, fortalezcan los sistemas de control e incrementen la participación de los usuarios. En algunos, cuando el gobierno pueda asegurar la atención de los afiliados y su financiamiento, podrán ser atendidos en algunas obras sociales. Asimismo, y aunque sólo pueda ser llevado a cabo parcialmente y siguiendo un objetivo de largo plazo, se debe avanzar paulatinamente y con mucho cuidado hacia la descentralización de este programa, constituyendo

⁴⁰ El PAMI es la obra social con mayor cantidad de niños. Existen, asimismo, 500000 afiliados al PAMI menores de 20 años.

segmentos regionales con mayores posibilidades de control, y favoreciendo su articulación con las futuras redes provinciales de atención. En lugar de proponer la formación de redes de negocios que pujan por la apropiación de recursos equivalentes a medio punto porcentual del producto a costa de la atención de la población que requiere mayores cuidados, el desafío es lograr la integración de esas prestaciones a la red de un sistema de salud.

Antes de eso, y volviendo a hacer una referencia a la crítica situación actual, el gobierno deberá decidir hacia dónde deben ser destinados los exiguos fondos públicos disponibles. En ese sentido, las medidas que tiendan a mantener ciertos niveles aceptables de cobertura pública en todo el territorio del país e introducir reformas tendientes a fortalecer la atención primaria debieran ser consideradas prioritarias. Más allá de ello, mucho de lo que pase en el sector durante los próximos años dependerá de la evolución que presente la propia crisis macroeconómica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Banco Mundial (1993), *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*. Washington.

Bertomeu, M. y Vidiella, G. (1996), "Asistir o capacitar. En defensa de un derecho a la salud", *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, Año 1, No. 1, Primer Semestre, Buenos Aires.

Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997), "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina", Serie Reformas de Política Pública 47, CEPAL, Santiago de Chile.

Caines, E., y otros (1997), *Reformas sanitarias y equidad*, Fundación Argentaria, Madrid.

Cetrángolo, O., Damill, M., Katz, J., Lerner, L. y Ramos, S. (1992), "Desregulación y salud. Un análisis de la reforma del sistema de obras sociales", *Documento de Trabajo No. 2*, Instituto para el Desarrollo Industrial, Buenos Aires.

Cetrángolo, O. y Devoto, F. (1998), "Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad", *Serie Estudios No. 27*, CECE, Buenos Aires.

Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. (1996), "Apuntes para el diseño de un nuevo régimen de Coparticipación Federal de Impuestos", *Serie Estudios No. 13*, CECE, Buenos Aires.

Di Gropello, E. Y Cominetti, R. (compiladores) (1998), *La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, CEPAL, Santiago de Chile.

Dunlop, D. y Martins, J. M. (1995), *An International Assessment of Health Care Financing: lessons for developing countries*, Economic Development Institute of The World Bank, Washington.

Freire, J. M.(1997), "Introducción", en Caines, E., y otros.

FADE (1999), "La salud en Argentina. Un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuestas". *Documento de Trabajo No. 13*, Buenos Aires.

Hsiao, W. (1995), "A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance", en Dunlop, D. y Martins, J.

INDEC (1991 y 2001), *Censo Nacional de Población y Vivienda*, Buenos Aires.

Katz, J. y Muñoz, A. (1988), *Organización del sector salud. Pujas distributiva y equidad*, CEAL-CEPAL, Buenos Aires.

Lima Quintana, L., Levcovich, M. y Díaz Muñoz, A. R., *Cobertura de servicios para el cuidado de la salud. Alcances del PMO*, (mimeo), AES, Buenos Aires, 1999.

Musgrove, P. (1983), "La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, diciembre, OPS, Washington.

Saltman, R., "Equidad y justicia distributiva en la reforma europea de la sanidad", en Caines y otros (1997)

Secretaría de Desarrollo Social (1999), *Encuesta de Desarrollo Social SIEMPRO-INDEC Condiciones de vida y acceso a programas y servicios sociales*, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

Sen, A. (1992), *Inequality Reexamined*, Harvard University Press. Russel Sage Foundation, N. York.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. y Paci, P. (1989), "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons", en *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 5, No. 1, Oxford University Press, Oxford.