

**TRANSFORMACIONES
DEL SECTOR SALUD
EN LA ARGENTINA
ESTRUCTURA,
PROCESO Y TENDENCIAS
DE LA REFORMA
DEL SECTOR
ENTRE 1990 Y 1997**



48 1999



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana Regional
de la **Organización Mundial de la Salud**

Transformaciones del sector salud en la Argentina
estructura, proceso y tendencias
de la reforma del sector entre 1990 y 1997

Transformaciones del sector salud en la Argentina
estructura, proceso y tendencias
de la reforma del sector entre 1990 y 1997

Publicación N° 48
Buenos Aires
1998

Autores

Participaron en la investigación y elaboración del presente documento:

Coordinador general del trabajo:

DR. EDUARDO GUERRERO ESPINEL
Consultor en Servicios de Salud
Representación OPS/OMS en la Argentina

Investigadores:

LICENCIADAS: MÓNICA LEVCOVICH, LAURA LIMA QUINTANA, ILEANA SANTICH
Y LICENCIADO MARCOS JASÍN.

Consultores de la Representación OPS/OMS en Argentina:

LIC. ROSA MARÍA BORRELL, ING. PAULO CESAR PINTO,
DRA. GUADALUPE VERDEJO.

Índice general

Introducción.....	1
I. La estructura del sector salud y las principales propuestas de cambio institucional.....	2
Los ministerios de Salud.....	2
El sistema de obras sociales.....	5
Las aseguradoras de riesgos del trabajo.....	8
La reforma del sistema previsional.....	9
El subsector privado.....	10
El proceso normativo: organismos descentralizados de regulación y servicios.....	11
La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.....	12
El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).....	13
La Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal).....	14
La Superintendencia Nacional de Servicios de Salud.....	14
Normas de atención médica.....	16
Entidades especializadas.....	16
Los servicios de trasplante: el INCUCAI.....	17
Los servicios de laboratorio y hematología.....	18
Los servicios de salud mental y de rehabilitación física.....	20
Manejo de desastres.....	21
II. Los programas prioritarios y su financiación.....	22
El Programa Materno-Infantil y de Nutrición (ProMIN).....	23
El Proyecto de Reforma del Sector Salud (PReSSal)	25
El Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS).....	26
El Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud	29
El proyecto de Lucha contra el SIDA y las ETS (LuSIDA).....	29
El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).....	30
El programa de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA).....	32
El programa de Atención Primaria de la Salud (APS).....	34
III. Análisis del sistema de salud.....	36

El sistema de atención médica.....	36
La oferta institucional de servicios.....	37
IV. Los procesos de reforma del sector salud: legislación, instrumentos y dinámica institucional.....	42
El sistema de salud antes de 1989.....	42
La Reforma del Estado (1990).....	43
El marco de políticas institucionales de salud (1992).....	48
Decisiones normativas y acciones dispuestas en el sector salud (1991-1997).....	49
V. Análisis del proceso de reforma.....	53
Los procesos de regulación.....	59
La libertad de elección de obra social.....	62
Auditoría médica, calidad y facturación de servicios.....	65
El Nomenclador Nacional como instrumento regulador.....	67
El proceso de cambio y el mercado de trabajo.....	67
La gestión de personal.....	71
Capacitación.....	71
VI. Una aproximación a la evaluación de resultados	73
La equidad.....	73
Equidad en el estado de salud.....	75
Equidad en la cobertura.....	76
Equidad en el acceso.....	80
Cobertura y acceso efectivo por tipo de servicio asistencial.....	82
Equidad en los beneficios y en el uso de los recursos (cantidad y calidad de las prestaciones de las prestaciones incluidas)	83
Los cambios en la oferta, el mercado y la competencia.....	85
Equidad financiera.....	88
Financiamiento sectorial.....	92
Sustentabilidad financiera.....	96
Producción y eficiencia de los servicios.....	97
La calidad de los servicios.....	102
Certificación y acreditación; evaluación de tecnologías.....	104
La certificación y el ejercicio profesional.....	104
Evaluación de la eficiencia.....	106
Eficiencia global.....	106
Eficiencia en la gestión.....	107
La participación comunitaria.....	109

Evaluación de los procesos de reforma del sector salud.....	111
Evaluación de la dinámica de la reforma.....	116
VII. Observaciones, tendencias, desafíos y reflexiones finales.....	120
Características del proceso de reforma, 1991-1997	127
Anexc 1.Legislación.....	130
Anexo 2.Cuadros.....	148
Índice de siglas.....	165

Introducción

El presente trabajo intenta un análisis actualizado sobre el sistema de salud en la Argentina hasta fines de 1997, dirigido a quienes deseen conocer en forma sintética los orígenes y la evolución de un modelo único en las Américas, que a lo largo de su historia ha brindado cobertura y atención médica a millones de usuarios. Se brinda aquí información sobre la estructura del sistema, su proceso y sus resultados más significativos. Asimismo, en el capítulo final se ofrecen algunos comentarios sobre la reforma en curso, los cambios favorables y los desafíos del futuro.

Este trabajo parte de dos antecedentes:

1. La recopilación, síntesis y preparación del Capítulo de Argentina de “Salud en las Américas”. Edición de 1998. (publicación científica N° 569 de la OPS/OMS), realizada por el equipo de consultores de la Representación de la OPS/OMS de Argentina..
2. La preparación de los capítulos para el informe “Monitoreo de los procesos de reforma de salud”. En su preparación se utilizaron diferentes fuentes bibliográficas, entrevistas y la visión sistemática de los autores y de los colaboradores más directos, entre quienes destacamos particularmente a las licenciadas Mónica Levcovich, Laura Lima Quintana e Ileana Santich y al licenciado Marcos Jasin.

También queremos expresar aquí nuestro agradecimiento a las diversas instituciones del sector que de una u otra forma nos proporcionaron información básica actualizada, y en especial al doctor Jorge Daniel Lemus, de la Subsecretaría de Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación.

Dr. Henri Jouval
Representante en Argentina de OPS/OMS.

I. La estructura del sector salud y las principales propuestas de cambio institucional

Los entes de conducción y dirección (Ministerio de Salud de la Nación y de cada provincia), los hospitales públicos y los centros de primer nivel, las obras sociales, las clínicas y sanatorios privados, los organismos de regulación y los institutos especializados constituyen las entidades o instituciones cuya responsabilidad es velar por la salud y dar cobertura a los problemas de salud pública y atención curativa. A continuación se describen sucintamente la organización y las funciones de estas instituciones del sector salud, así como los principales cambios registrados en ellas.

Los ministerios de Salud

La máxima autoridad del Poder Ejecutivo Nacional en materia de salud corresponde al Ministerio de Salud de la Nación, que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto. Corresponde a cada Ministerio de Salud provincial la gerencia y la gestión política y técnica de las unidades o establecimientos del sistema, para el cumplimiento de los programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política.

Al Ministerio de Salud de la Nación le ha correspondido generalmente el papel de árbitro en la negociación intersectorial, así como el establecimiento de políticas públicas y marcos legales, la supervisión, la difusión de conocimientos e información sanitaria a la población general y a los sectores especializados, y otras funciones inherentes a su nivel central. Esto se ha logrado mejorando las áreas de planificación, estadísticas, análisis de información, bancos de datos, informática y comunicaciones entre las provincias y la Nación. Cabe mencionar el rediseño del Ministerio de Salud, la articulación con el Consejo Federal de Salud (CoFeSa) y, por último, el fortalecimiento del control y la regulación, cuya expresión máxima es la creación de la ANMAT.

Como parte de la segunda reforma del Estado, en diciembre de 1996 se realizó una reestructuración del Ministerio, que quedó constituido por: (a) la Secretaría de Políticas y Regulación de Salud, integrada por la Subsecretaría de Políticas de Salud y Relaciones Institucionales, la Subsecretaría de Regulación y Fiscalización y la Subsecretaría de Administración; (b) la Secretaría de Programas

de Salud, integrada por la Subsecretaría de Atención Médica y la Subsecretaría de Atención Comunitaria.¹

El Ministerio de Salud de la Nación ha centrado su esfuerzo y su trabajo en “lograr la plena vigencia del derecho a la salud para toda la población”, en el marco de un “modelo de salud democrático, participativo y solidario”. Se ha preocupado por atender las necesidades más urgentes de la población y ha realizado un esfuerzo constante por “humanizar y mejorar la equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad de los servicios de salud del país”, promoviendo un enfoque ético en el proceso de toma de decisiones y el uso racional de los recursos disponibles”, para evitar los riesgos de enfermar y morir.²

Al Ministerio de Salud se le plantea la demanda de resolver un sinnúmero de problemas de un sistema complejo, diverso, especializado y de múltiples intereses. Además de atender los programas permanentes de maternidad e infancia, salud comunitaria y servicios de salud, diariamente enfrenta situaciones de emergencia tales como las derivadas de la atención de pacientes de SIDA o de hantavirus y las originadas en la pobreza en áreas de frontera y en poblaciones de riesgo biopsicosocial. El Ministerio mantiene una estrecha relación con cada Ministerio de Salud provincial. El CoFeSa es un instrumento de gestión y administración que vincula política y operativamente las distintas iniciativas y programas de las provincias y de la Nación. En tal sentido, se asegura “la plena vigencia del federalismo y el diálogo con los gobiernos provinciales y municipales como un medio para acercarse a la realidad”. A través de este organismo el gobierno nacional encara los problemas y orienta la conducción y administración del sector salud. Entre otras acciones del Ministerio de Salud de la Nación cabe destacar las siguientes:

- Creación de la Comisión Nacional Coordinadora de la Participación de Organizaciones No Gubernamentales y de Entidades vinculadas con la Promoción de la Salud.
- Puesta en marcha del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).
- Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSal) relacionado con la reforma del sector.
- Desarrollo del Hospital Público de Autogestión (HPA).
- Reconversión del sistema de obras sociales.

¹ *Boletín Oficial* N° 28425 de fecha 28/6/96, Buenos Aires.

² Ministerio de Salud y Acción Social (1996). *Informe de Programas de Salud*, Buenos Aires.

- Reconversión del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).
- Creación del Sistema Nacional de Alimentos para asegurar el cumplimiento del Código Sanitario Argentino.
- Consolidación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y los Programas de Inmunización.
- Fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud materno-infantil con las actividades desarrolladas por el ProMIN (Programa Materno-Infantil y de Nutrición).

El sistema de obras sociales

Se ha identificado como factor relevante la presencia activa del sindicalismo argentino en el sistema de obras sociales. Los sindicatos de cada rama productiva administran su seguro de salud y pactan con el gobierno las condiciones de trabajo. Esto les ha otorgado una capacidad y poder de negociación poco comunes. En el período 1989-1996, las obras sociales se han convertido en el principal tema de negociación relacionada con el proyecto de sistema de salud impulsado por el gobierno nacional.

Las obras sociales están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio que se financia con aportes de los trabajadores y de los empleadores. Muchas de ellas no proveen servicios directamente pero subcontratan con el subsector privado. Existen alrededor de trescientas entidades: obras sociales sindicales y del personal de dirección. Con aproximadamente el diez por ciento del total de las contribuciones se ha integrado el Fondo de Redistribución, controlado por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal), que subsidia a las entidades que cuentan con menores aportes.

Las obras sociales tienen la siguiente composición y clasificación: 74% son sindicales, 8% son de dirección, 4,2% de administración y 2,6% estatales. Según la DGI (base: abril de 1996), funcionaba un total de 283 obras sociales y 26 de ellas concentraban entre el 70 y el 80 por ciento de los trabajadores del país. La Obra Social de los Empleados de Comercio concentra el 14,24% de la recaudación y un 15,53% de los beneficiarios del sistema. Siguen en magnitud de beneficiarios las obras sociales de los trabajadores de la construcción, de los obreros metalúrgicos, los estibadores, los trabajadores rurales y afines, los de sanidad, los del transporte colectivo, los empleados bancarios, los de actividades gastronómicas y los docentes. Todos estos representan el 50% de las obras sociales de los trabajadores organizados, que indirectamente reflejan la composición de la actividad productiva del país. Por magnitud de la recaudación el orden es distinto, y a los empleados de comercio siguen los bancarios, los metalúrgicos; los trabaja-

dores de la construcción, los de sanidad, los docentes, los del transporte y los trabajadores rurales.

En 1994 las obras sociales manejaban un total de 2500 millones de dólares.³ Hoy, la tendencia del proyecto de reforma que promueve el gobierno nacional se orienta a propiciar los procesos de fusión de las obras sociales. Se espera que al final de la reforma queden funcionando no más de ochenta obras sociales que hayan aceptado y cumplido los procesos de modernización institucional.

El gobierno nacional está impulsando la desregulación del sector para facilitar la competencia de las obras sociales entre sí y con las compañías de salud privadas (las denominadas *prepagas*), estimulando la elección por parte de los afiliados de la obra social y garantizando que todas las entidades brinden una cobertura obligatoria (PMO: Plan Médico Obligatorio) que incluye las principales prestaciones, diagnósticos y tratamientos. Para ello, cada obra social debe presentar un plan de modernización que cumpla las normas de desregulación, de actualización del padrón de afiliados y los modernos criterios de gestión, y que asimismo garantice el PMO. Tales planes están siendo elaborados por consultoras privadas mixtas (internacionales asociadas con nacionales) con el financiamiento del Banco Mundial. Al mismo tiempo se ha emprendido la transformación de la ANSSal en una Superintendencia de Regulación y Control de las Obras Sociales.⁴

En 1993 se transfirieron a la Dirección General Impositiva (DGI), y se centralizaron en ella, las funciones de aplicación, recaudación y ejecución judicial de los recursos de la seguridad social, entre los que se encuentran los aportes y contribuciones con destino al régimen de las obras sociales (decreto n° 507/93 del Poder Ejecutivo Nacional). Desde fines de 1996 la DGI, la ANSeS y la ANSSal colaboraron en confeccionar un padrón de afiliados que actualmente acompaña la ejecución de esos planes. La ley 24.013, Ley Nacional de Empleo, creó en el ámbito del MTySS el Sistema Único de Registro Laboral (SURL), para “concentrar los registros vinculados con la actividad laboral [...] lograr la desaparición del empleo clandestino, al potenciar la posibilidad de los controles cruzados entre los distintos organismos de la seguridad social”. En el SURL se registrarán: las inscripciones del empleador y del trabajador en la ANSeS y en la obra social correspondiente; los contratos de trabajo promovidos por la ley 24.013 (por tiempo indeterminado como fomento de empleo, por tiempo determinado por lanzamiento de actividad, de práctica laboral para jóvenes, y de formación); los contratos de trabajo especiales y de aprendizaje: los beneficiarios del sistema integrado de

³ *The Economist Intelligence Unit's Country Analysis (1995)*. Argentina 1995-1996. Country Profile, Londres.

⁴ Institute for International Research S.A. (1997). *Presentaciones sobre el Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS-PMO)*. Buenos Aires, marzo.

prestaciones de desempleo. Se establece un código único de identificación laboral (CUIL) y se dispone un censo de empleadores, una declaración jurada de los trabajadores en relación de dependencia y un censo de obras sociales. En ese sistema no se incluyen: la medicina prepaga, las obras sociales provinciales, las del personal militar y las obras sociales de los legisladores nacionales.

Las aseguradoras de riesgos del trabajo

Entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo. La situación era conflictiva, especialmente para las pequeñas y medianas empresas, y afectaba negativamente al desarrollo de las relaciones laborales. La despreocupación con la prevención estaba vinculada, sin duda, con la falta de incentivos y causaba un desvío de los recursos hacia la llamada “industria del litigio” y no a la prevención. El nuevo sistema se basa en el funcionamiento de operadores privados, encargados de gestionar y atender las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. La expectativa es disminuir la vulnerabilidad del antiguo sistema basado en la responsabilidad individual del empleador. El nuevo sistema cambió totalmente las normas existentes al poner en funcionamiento un conjunto de regulaciones, disposiciones y mecanismos que permitieron su estructuración en poco tiempo, con cuarenta y tres aseguradoras de riesgos del trabajo (ART) que cuentan con 380.000 empresas afiliadas que emplean a alrededor de 3,5 millones de trabajadores. Así es como más de 24.000 trabajadores vienen recibiendo mensualmente las prestaciones que fija la legislación.

El sistema está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTySS), y se encamina hacia un marco regulador completo y la extensión de la cobertura más allá del mercado formal de trabajo. Se mejora, asimismo, el sistema de información de siniestros y se difunde la base de toda la iniciativa, que es la prevención y la obligatoriedad de los planes de mejoría de las condiciones y ambientes de trabajo. La SRT está iniciando un programa integral de prevención de riesgos del trabajo cuyos componentes básicos son: divulgación; capacitación y asistencia técnica; modernización del marco regulador vinculado con la salud y la seguridad en el trabajo, así como de los entes de fiscalización y control.⁵

⁵ Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1996). *Boletín Mensual*, Año 1, Nos. 1, 2 y 3, Buenos Aires.

La reforma del sistema previsional

Antes de analizar los cambios en el sector salud propiamente dicho, debe mencionarse la reforma de la previsión social, que crea un sistema mixto, con dos componentes: el obligatorio y el voluntario. El obligatorio presenta dos modalidades: a) administración por el Estado con objetivos de redistribución y seguro, que garantiza un beneficio mínimo uniforme y se financia mediante impuestos (régimen de reparto); y b) administración privada con objetivos de ahorro y seguro, ya sea mediante un plan de ahorro individual en el que solo contribuye el asegurado, o bien un plan auspiciado por una empresa en el que contribuyen tanto el asegurado como el empleador, con capitalización plena e individual y regulado por el Estado (régimen de capitalización). El componente voluntario es similar en todos los demás aspectos al de régimen obligatorio, pero funciona con contribuciones del asegurado exclusivamente.

La transición de un sistema de reparto a un régimen basado en cotizaciones definidas y cuyos beneficios dependen de la capitalización individual podría afectar la equidad por su componente de transferencias y sus consecuencias en la eficiencia dinámica de la economía.⁶

El subsector privado

Está compuesto por dos grandes grupos: los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepaga y los establecimientos asistenciales contratados por aquellas, pero incluye también a las entidades sin fines de lucro. En los últimos años, grandes proveedores de servicios se unieron y muchas pequeñas firmas desaparecieron por la imposibilidad de alcanzar economías de escala. Esto explica que los proveedores privados estén concentrados principalmente en las grandes ciudades. La privatización de los sistemas de retiro por medio de los fondos de pensión (AFJP) también impulsó el desarrollo de servicios relacionados, vinculando así salud, retiro y seguros de vida.

En la Argentina hay más de doscientas empresas prepagas de medicina privada, cuyo número es difícil de conocer dado que actualmente no existe la obligación de registrarlas como tales. Se estima que cuentan con dos millones de beneficiarios. Los decretos de desregulación de las obras sociales y control de la medicina prepaga firmados en octubre de 1996 permiten a las empresas de medicina privada funcionar como obras sociales. En consecuencia, deberán tener el

⁶ Naciones Unidas - CEPAL (1997). *La brecha de la equidad. América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. Naciones Unidas - CEPAL.

mismo tipo de control que aquellas, contar con solvencia económica y financiera, y reunir requisitos de atención médica.

El proceso normativo: organismos descentralizados de regulación y servicios

A fin de asegurar a todos el derecho a la atención médica, el Estado ha buscado potenciar sus recursos para reorganizar el sector. El actual proceso de reformas ha implicado el desarrollo de numerosas normativas orientadas a la organización, regulación, fiscalización y control del sector.

En efecto, se han dictado normas (leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas, etc.) relacionadas con: la aprobación de las políticas de salud; las modificaciones de la estructura del Ministerio de Salud; la creación de organismos a cargo de nuevos programas o funciones de supervisión, fiscalización y control (Dirección de Programas Especiales, ANMAT, Superintendencia de Servicios de Salud, ANLIS, PNGCAM); el funcionamiento de las distintas organizaciones del sector salud (HPA, obras sociales, INSSJyP y el subsector privado); el régimen de medicamentos y alimentos y el control del medio ambiente. Tales normativas plantean en algunos casos dificultades por, entre otras causas, falta de reglamentación, dispersión de las estructuras de aplicación, y responsabilidad compartida con otros niveles jurisdiccionales con coordinación solo incipiente, ya que, por la organización federal del país, las normas y procedimientos originados en el nivel nacional pueden ser adoptados o no por las provincias.

Los organismos descentralizados dependientes de la Secretaría de Política y Regulación de Salud son: la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) y la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud.

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

El control de la calidad de los medicamentos, los alimentos y la tecnología médica ha sido encomendado a una institución autárquica, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), institución que servirá de referente nacional y centro de formación de recursos humanos especializados (decreto del PEN n° 1490/92). La creación y el funcionamiento de esta institución han promovido cambios en el control de rutina de los medicamentos y alimentos en el país. La ANMAT tiene competencia en todo lo referido al control y fiscalización de la sanidad y la calidad de todo producto que pueda afectar la salud humana. Esto comprende las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tec-

nologías médicas, alimentos acondicionados –incluyendo los insumos específicos, aditivos, edulcorantes y otros ingredientes utilizados en la alimentación humana–, y también los productos de uso doméstico y los materiales en contacto con los medicamentos, así como los productos de higiene, tocador y cosmética humana, y las drogas y otras materias primas que los componen.

El programa de vigilancia de los productos ya aprobados cuenta con soporte informático, y el Sistema Nacional está incorporado al Centro Internacional de Monitoreo de Drogas de la Organización Mundial de la Salud, pues en 1993 se inauguró el Sistema Nacional de Farmacovigilancia. Asimismo, se ha desarrollado un sistema de fiscalización alimentaria mediante una estrategia basada en la acción conjunta de centros hospitalarios y otras instituciones, por una parte, y del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, por otra. En cuanto a la tecnología médica, la ANMAT ya ha comenzado a organizar las tareas de fiscalización, control y tecnovigilancia.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) es la institución más grande de la seguridad social argentina, pues atiende aproximadamente a cuatro millones de personas entre afiliados y beneficiarios. El INSSJyP se creó en 1971 mediante la ley 19.032 y se halla actualmente en proceso de reconversión institucional para lograr sustentabilidad financiera y mejorar su eficiencia. El gobierno nacional se ha comprometido a financiar sus pasivos y a lograr acuerdos con los proveedores de servicios para estabilizar las prestaciones a los beneficiarios.

El INSSJyP-PAMI, dedicado a la cobertura de servicios de salud para los jubilados y sus familias, fue incorporado en 1995 al presupuesto nacional mediante la designación de un interventor normalizador, y se pidió la autorización del Ministerio de Economía para disponer de los recursos necesarios que permitieran responder a los compromisos adquiridos por la institución con los prestadores.

Por decreto del PEN n° 219 del 12 de marzo de 1997, el PAMI dio por concluida la intervención normalizadora del Instituto, con lo cual su conducción quedará en manos de sus exclusivos beneficiarios, los jubilados. Se iniciará así una nueva etapa con una obra social sin deudas (el Estado se hará cargo del pasivo), que tendrá recursos separados del presupuesto nacional, un directorio integrado por representantes de la tercera edad y todos los servicios funcionando. Hasta el momento del traspaso de la administración del PAMI al nuevo directorio normalizado se tomarán las medidas necesarias para el reordenamiento económico y financiero de la entidad y se agotarán las instancias conciliatorias para restablecer las prestaciones de salud que se encuentran interrumpidas.

La Administración Nacional del Seguro de Salud

La Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal) se creó con la misión de garantizar a los beneficiarios de las obras sociales la equidad en la cobertura integral médico-asistencial en todos los niveles de complejidad. Asegura para ello el cumplimiento de normativas y regulaciones y administra los subsidios del Fondo de Redistribución de las Obras Sociales.

Según la ley 23.660 en vigencia, se mantiene el criterio distributivo de los fondos especificado en la ley 18.610 de los años setenta, que obliga a las obras sociales a disponer del 70% de sus aportes para prestaciones médico-asistenciales. Este fondo de redistribución representa el 10% del ingreso de cada obra social. El 70% del Fondo debe repartirse automáticamente entre las entidades que registren menor ingreso por beneficiario; el resto se distribuye de acuerdo con el criterio de la autoridad de aplicación. Sin embargo, la ANSSal tropieza con serias dificultades para recopilar información, porque no dispone de un registro confiable del movimiento de fondos de los entes a los que supervisa. En el último año, 1996, el Ministerio de Economía asignó recursos y capacidades para solucionar este vacío estructural. La ANSSal destina recursos a los hospitales públicos por considerar que a estas instituciones acuden beneficiarios de las obras sociales. En 1993, con partidas del fondo de redistribución se subsidió la reparación y equipamiento de siete hospitales y se otorgaron subsidios a 71 hospitales de todo el país.

La Superintendencia Nacional de Servicios de Salud

Recientemente (31 de diciembre de 1996) se ha creado por decreto del PEN n° 1615/96 la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social, como organismo descentralizado, a partir de la fusión de la ANSSal (ley 23.661), el INOS (ley 18.610) y la DiNOS (ley 23.660). Este ente gozará de autarquía administrativa, económica y financiera y cumplirá las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

La Superintendencia Nacional de Servicios de Salud orientará su acción a:

- fiscalizar el Programa Médico Obligatorio (PMO);
- fiscalizar el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en los entes comprendidos en el sistema;
- controlar el cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 15 y 16 del decreto del PEN n° 578/93 en lo referido al hospital público de autogestión;
- supervisar el cumplimiento del derecho de opción de los beneficiarios para la libre elección de su obra social.

La Superintendencia de Servicios de Salud se financiará con los recursos pre-

vistos para los entes fusionados, los que unificarán sus respectivas áreas de apoyo, y estaba previsto presentar en mayo de 1997 la propuesta de estructura organizativa correspondiente al primer nivel operativo.

Asimismo, por el artículo 10 se crea la Dirección de Programas Especiales en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social, en jurisdicción de la Secretaría de Política y Regulación de Salud (Subsecretaría de Regulación y Fiscalización Sanitaria). Tendrá a su cargo la administración de los recursos afectados en el Plan Médico Obligatorio (PMO) a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del sistema de obras sociales.

Normas de atención médica

El Ministerio de Salud y Acción Social ha trabajado intensamente, en consulta con las asociaciones científicas, las organizaciones gremiales y los organismos gubernamentales, en la elaboración de un conjunto de normas de atención médica para regular la futura acreditación de instituciones de salud y los procesos de certificación y recertificación de profesionales. El Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP) propicia anualmente la capacitación de instituciones en materia de mejoramiento de la calidad. Asimismo, otorga anualmente el Premio Nacional de Calidad como un estímulo al esfuerzo y trabajo institucionales. Recientemente, el Instituto Tecnológico de Buenos Aires (ITBA) ha iniciado un posgrado en Gestión de Calidad en Instituciones de Salud. Esta propuesta educativa permite formar profesionales para el desempeño en distintos roles y funciones en organizaciones de salud, especialmente en centros asistenciales hospitalarios o sanatoriales, capacitándolos para gestionar en calidad todos los recursos disponibles. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud ha sido delegada hace poco para dar seguimiento a los procesos de garantía de calidad.

Entidades especializadas

De la Secretaría de Programas de Salud dependen los siguientes organismos descentralizados:

- la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos Malbrán (ANLIS), el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducación Social (CeNaReSo), el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad, el Hospital Nacional Baldomero Sommer, el Hospital Nacional Profesor A. Posadas, la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca;
- los servicios auxiliares de diagnóstico y los bancos de sangre.

Los servicios de trasplante: el INCUCAI

De los organismos descentralizados recién mencionados cabe destacar la creciente importancia que ha cobrado el INCUCAI, creado por la ley 24.193. Le competen la normativa y fiscalización de toda la actividad de trasplantes que se realiza en el país, la confección y administración de registros únicos de potenciales receptores (listas de espera) de órganos y tejidos, la realización de las operaciones de procuración, ablación, distribución y asignación de tejidos provenientes de donantes cadavéricos con fines de implante. Gracias a los protocolos de guardia operativa del INCUCAI se mantiene una base de datos que permite el conocimiento de sus actividades y servicios.⁷ En el período 1993-1995 se observa un incremento anual en la cantidad de órganos conseguidos. El análisis de procuración renal de 1993 muestra que se obtuvieron 270 y 497 en 1995. De ellos 27% corresponden a la Capital Federal y 37% a las provincias de la región pampeana. La procuración hepática se incrementó en el mismo período (de 35 a 85) con mayor participación de la Capital Federal y de las provincias pampeanas. Durante 1995 el INCUCAI realizó 801 operativos de procuración de órganos y tejidos, y 47,9% de ellos lograron su objetivo. Las causas de suspensión presentadas son: negativa de los familiares (66%), causas médicas (26%), causas legales y causas técnicas (8%). Las dos terceras partes de los donantes efectivos son hombres. La mayoría de los donantes, tanto hombres como mujeres, son mayores de cuarenta años. Las dos principales causas de muerte observadas en los donantes corresponden a accidentes cerebrovasculares (37,2%) y a traumatismos craneoencefálicos ocasionados por accidentes de tránsito y heridas de arma de fuego (34,5%). El 72% de los órganos procurados son riñones, 12% hígados, 12% corazones, y el resto corazón y pulmones. En 1995 se realizó un total de 605 implantes en 569 pacientes registrados en las listas de espera. El 69% de esos implantes fueron de riñón, 13% de hígado, 14% de corazón, y el resto (4%) de corazón y pulmones. La lista de espera al 31 de diciembre de 1995 contenía a 5235 pacientes, casi el 50% de ellos comprendido entre los 40 y 60 años). A pesar del incremento en procuración observado de 1993 a 1995, aún es insuficiente el esfuerzo en relación con la demanda. La lista de espera en la región pampeana (provincias de Buenos Aires y La Pampa) representa el 44% del total del país. El peso relativo de las denuncias efectivas entre los organismos no implantadores es mayor en el sector público (68%) que en el sector privado; y los organismos implantadores se distribuyen 53% en el sector público y 47% en el sector privado y otros. El INCUCAI ha aprobado protocolos integrados para las listas de espera de receptores de trans-

⁷ INCUCAI (1995), *Memoria de Trasplante de Órganos*, 1995.

plantes; procedimientos para la recepción y envío, así como para el cumplimiento de protocolos de ingreso, altas, bajas y modificaciones de las listas de espera de receptores y del registro de donantes. Se cuenta con valores por órgano perfundido y otras normas que regulan la actividad.

Los servicios de laboratorio y hematología

Entre los servicios auxiliares de diagnóstico se cuentan los servicios de laboratorio. Desde 1996 se está planificando la instalación de procedimientos de control de calidad y de optimización de los laboratorios, para conseguir equidad en la garantía de calidad del diagnóstico en la Argentina.⁸

La transmisión de enfermedades infecciosas por medio de la transfusión de sangre y hemocomponentes reviste creciente importancia sanitaria. Puesto que los esfuerzos destinados a controlar la sangre para transfusiones no se limitan a la prevención de infecciones, se requiere mayor precisión del sistema para que los servicios de hemoterapia y los bancos de sangre realicen su tarea con eficiencia. Desde 1984 el Instituto Nacional de Investigaciones Epidemiológicas de Chagas (INDIECh) ha organizado el control de calidad de procedimientos y reactivos. La articulación de los recursos de hemoterapia ha estado liderada por la Sociedad Argentina de Hemoterapia e Inmunoematología. La organización de la información y el control de la calidad de la serología y los reactivos fueron desarrollados paralelamente hasta 1992. Ese año, la iniciativa de la eliminación del *Triatoma infestans* y el control de la sangre para transfundir permitieron construir una base de datos de actualización continua, que abarca a instituciones públicas y privadas. A la fecha, consta de 776 (setecientos setenta y seis) servicios de hemoterapia o bancos de sangre registrados en el país, algunos de los cuales concentran las informaciones de varios centros. Se tienen así identificados 536 (quinientos treinta y seis) laboratorios que controlan sangre para transfundir y que también efectúan el control para diversas instituciones. Las determinaciones serológicas que se realizan abarcan: hepatitis B y C, *Trypanosoma Cruzi*, HIV y sífilis (véase SEGURA, PÉREZ, YADÓN (eds.), *Op. cit.*).

En 1996 se hallaban registrados 551 servicios de hemoterapia –cifra algo menor que en 1995 (594 servicios)–, de los cuales 362 pertenecían al subsector público y 189 al privado. Según el Departamento Red de Laboratorios de Salud, la cantidad de donantes en los bancos de sangre disminuyó en 1996 a un total aproximado de setecientos cincuenta mil. La proporción de donantes controlados es del 100%, tanto en el subsector público como en el privado.

⁸ Segura E., Pérez A., Yadón Z. (eds.), (1997). *Red Nacional de Laboratorios Argentinos en Salud*, Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos Malbrán.

Los servicios de salud mental y de rehabilitación física

En los establecimientos de **salud mental** se registran comportamientos diferenciales entre los subsectores. En correspondencia con el tamaño de los establecimientos, se refleja el distinto abordaje de la cronicidad que caracteriza a cada subsector, además de las diferencias en las patologías atendidas por cada uno, así como las diferentes condiciones de vida y nivel de ingresos de los pacientes atendidos en cada subsector.⁹

El subsector público cuenta con cuarenta establecimientos de salud mental. La mayor parte (35 establecimientos) corresponden a internación crónica. La cantidad total de camas es 15.069 y la mayor proporción (98%) corresponde a los establecimientos con internación crónica. En el subsector privado hay 187 establecimientos (para internación aguda, crónicos, agudos y crónicos y sin plazo determinado). La mayoría de los establecimientos (139) atiende en la modalidad crónica, a la que está destinado el 80% de la capacidad de internación de este subsector, que en total cuenta con 9047 camas (véase MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL [1997], *Guía de Establecimientos Asistenciales de la Rep. Argentina, 1995*).

Estos datos indican que en el área de salud mental el subsector oficial concentra casi todos sus recursos en la atención de pacientes crónicos, así definidos según el tiempo de internación. Correlativamente, el promedio de camas por unidad es mucho más elevado que en las otras áreas y que en la misma área del subsector privado, que a su vez destina la mayor parte de sus recursos a los pacientes crónicos, pero con una capacidad media significativamente menor de internaciones por establecimiento. En el subsector oficial el establecimiento de salud mental con mayor capacidad de internación alcanza las 1735 camas y hay otros diez establecimientos de quinientas o más camas, mientras que casi todos los establecimientos del subsector privado registran menos de 250 camas (véase MSYAS, *Op. cit.*, 1997).

En el área de **rehabilitación física** hay 24 establecimientos con 953 camas, 532 en el sector público y 421 en el privado (véase MSYAS, *Op. cit.*, 1997).

Manejo de desastres

En 1996 se renovó todo el sistema de Defensa Civil al crearse en el Ministerio del Interior la Dirección Nacional de Planeamiento y Protección Civil en el ámbito de la Secretaría de Seguridad Interior. Esto permitió aglutinar diversos or-

⁹ Ministerio de Salud y Acción Social (1997). *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina*, 1995. Buenos Aires.

ganismos que tenían responsabilidad sobre aspectos parciales, a menudo con superposición de atribuciones. El Plan Nacional del Sector Salud para casos de desastre se halla actualmente en la fase de desarrollo y la principal dificultad que debe sortearse para su concreción radica en la articulación adecuada de todos los sectores intervinientes en virtud de la organización político-administrativa argentina, de carácter federal.^{10, 11}

¹⁰ Ministerio de Salud y Acción Social . Dirección de Emergencias Sanitarias, "Programa Nacional de Preparativos para Emergencias y Desastres", Informe 020, Buenos Aires.

¹¹ Dirección Nacional de Planeamiento y Protección Civil, Secretaría de Seguridad del Interior. Ministerio del Interior, *Breve reseña de las competencias y actividades de la Dirección Nacional de Planeamiento y Protección civil*. Buenos Aires.

II. Los programas prioritarios y su financiación

Las políticas de salud dispuestas en julio de 1992 (decreto del PEN n° 1269/92) plantean como líneas fundamentales: el derecho a la salud para la población, con la meta *salud para todos* basada en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad; el mejoramiento de la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica; el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud con criterios de enfoque poblacional; y procura también la redefinición y reorientación de los procesos de federalización y descentralización de las actividades que son de su incumbencia.

En este marco se ha llevado a cabo una serie de medidas destinadas a transformar el sistema de atención médica. De tal proceso han surgido líneas prioritarias como el Programa Materno-Infantil (ProMIN), el Proyecto de Reforma del Sector Salud (PReSSal), el Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS), el Programa de Rehabilitación de Infraestructura, el Programa de Lucha contra el SIDA y las ETS. Todos estos programas han recibido apoyo y financiamiento de los organismos financieros internacionales BID, BIRF, así como del Banco Mundial.

El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en el marco del desarrollo de políticas sustantivas orientadas a la reforma del sector salud, ha puesto en práctica los siguientes programas: el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), el Programa de Hospitales de Autogestión (HPA) y el Programa Médico Obligatorio (PMO), que replantean en forma integral el actual funcionamiento de los servicios de atención de la salud en todo el territorio nacional.^{12, 13} El Ministerio ha incorporado recientemente un programa para fortalecer la atención primaria en salud y el Plan Médico Obligatorio (PMO). Según la información brindada por el Ministerio, entre los principales proyectos de cooperación financiera externa figuran los siguientes.

¹² Organización Panamericana de la Salud (1996). *Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS, 1992-1996*. No publicado.

¹³ Ministerio de Salud y Acción Social (1996). *Hospital público de autogestión: Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*, Buenos Aires.

El Programa Materno-Infantil y de Nutrición (ProMIN)

El ProMIN, se orienta a atender las necesidades de los pobres estructurales, en el marco del proceso de transformación económica y social emprendido por el gobierno nacional. El ProMIN fue aprobado el 16 de marzo de 1993 por el decreto del PEN N° 443/93 que creó la Unidad Coordinadora del Programa (UCP) en la jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social. La población objetivo del programa es aquella correspondiente a los radios censales donde el 40% o más de los hogares tienen necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Tres son los componentes del programa: salud, nutrición y desarrollo infantil. Las estrategias para alcanzar los objetivos son: descentralización, capacitación y comunicación social. Además, está previsto el apoyo al fortalecimiento institucional y al desarrollo de los equipos locales de gestión. El programa asigna un papel estratégico al primer nivel de atención, a los centros de desarrollo infantil como nivel de referencia, y a la complementación dietario-nutricional y al fortalecimiento institucional de los sectores responsables de las actividades del proyecto. El ProMIN tiene por finalidades disminuir la tasa de morbilidad materno-infantil, promover el desarrollo psicosocial de los niños entre 2 y 5 años mejorando su dieta y su proceso de maduración y apoyando el desarrollo de comedores escolares.

Actualmente se hallan en ejecución en la provincia de Buenos Aires los subproyectos: Florencio Varela, Berazategui, Moreno, Merlo, José C. Paz, San Miguel y Malvinas Argentinas. En Tucumán, el Gran Tucumán; en Santa Fe, el Gran Rosario; en Entre Ríos, Paraná y Concordia; en Mendoza, el Gran Mendoza; en Formosa, la ciudad capital provincial homónima, y en Misiones, el subproyecto Posadas. Asimismo está próximo a iniciarse el subproyecto correspondiente a la capital de Jujuy. El presupuesto global alcanza a 160 millones de pesos, de los cuales cien millones son provistos por el BIRF con desembolsos previstos hasta 1999. El resto de los aportes los realizan la Nación (40 millones), las provincias y municipios participantes (en conjunto veinte millones de pesos). A julio de 1997 el total de recursos recibidos sumaba 64,7 millones de pesos, provenientes 73% del BIRF y 27% de aportes locales. El ProMIN tiene un plazo acordado de seis años a partir del 27 de octubre de 1993.

El Programa prevé la elaboración de diversos estudios entre los que se destacan los siguientes: la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, actualmente en fase de elaboración de nuevos términos de referencia para la apertura de un nuevo concurso; y un estudio de evaluación de impacto, por ahora en la fase de propuesta preliminar. La población que ya está recibiendo beneficios directos del ProMIN (cobertura obstétrica y pediátrica) en los cinco subproyectos en ejecución se estima en 137.900 personas. Se ha completado la readecuación o ampliación edilicia de 234 efectores, 3 hospitales, 16 centros de desarrollo infantil y 115 centros de salud; otros 98 efectores están en obra, y 103 efectores, en licitación.

Durante 1996 el programa regular de asistencia materno-infantil del Ministerio de Salud de la Nación transfirió a las provincias 44 millones de pesos que han beneficiado a 300.000 embarazadas, a 540.000 niños hasta de dos años y a 170.000 niños desnutridos menores de 5 años, mediante la provisión de medicamentos y suplementos alimentarios y el subsidio a la investigación y a la capacitación de cuadros en salud, así como al desarrollo de la red informática.

El Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSal)

A nivel nacional, el PRESSal tiene como marco institucional la Secretaría de Recursos y Programas de Salud y Acción Social de la Nación. A nivel provincial, el marco institucional está determinado por la máxima autoridad en materia de salud (ministerio, secretaría) de las provincias beneficiarias de la asistencia técnica y de las jurisdicciones correspondientes a Mendoza, la Ciudad de Buenos Aires, y el Conurbano Bonaerense.

El PRESSal tiene por objeto contribuir a la reforma del sector en los subsectores de obras sociales, público y privado, reformulando los mecanismos de ejecución e interrelación, promoviendo la complementaridad y competencia entre esos subsectores; y proporcionar herramientas para lograr eficiencia y equidad, asegurando la calidad. El proyecto tiene tres componentes: estudios nacionales relacionados con la reforma del sector salud, experiencias pilotos con hospitales públicos de autogestión (HPA), y difusión nacional de la reforma y capacitación. El componente HPA busca crear, poner en práctica y apoyar un nuevo modelo de hospital público que funcione como entidad autónoma en lo administrativo y lo financiero.

Las experiencias avanzan en la Capital Federal, en el Conurbano Bonaerense y en Mendoza mediante la elaboración de módulos de fortalecimiento institucional, sistemas de información, y el desarrollo de normativas jurisdiccionales. Además se ha creado un fondo de inversión en obras de infraestructura y en la dotación de equipamiento médico. El proyecto de capacitación prevé becas para estudios internacionales de posgrado en epidemiología y estadística, medicina sanitaria y economía de la salud. La asistencia técnica a las provincias está orientada a: mejorar los sistemas de financiamiento del sector público, la readecuación estructural de los ministerios de salud, la reforma legal del sector salud, la evaluación del tratamiento actual de los residuos patológicos, la redefinición de las redes de atención médica y el apoyo a la transformación de los hospitales públicos autogestionados.

El proyecto de reforma también incluye la elaboración de un catastro nacional de salud del total de los recursos disponibles en cada jurisdicción política, tanto públicos como privados y de las obras sociales que participan en la oferta de servicios de salud, determinando el equipamiento, los recursos humanos y los in-

dicadores de producción. El monto total del proyecto alcanza a 144.650.000 pesos y se lleva a cabo con el apoyo financiero del Banco Mundial.

El Programa de Reconversión de las Obras Sociales (PROS)

Con el objetivo de financiar un plan de reconversión y fortalecimiento institucional, se ha negociado un préstamo con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF). El Programa tiene los siguientes componentes: saneamiento financiero de las obras sociales y del INSSJyP; reconversión de la planta de personal para que adquiera los perfiles adecuados al cumplimiento de su misión institucional, y fortalecimiento de la institución para el desarrollo de sistemas eficientes de gerencia y operación, de información y comunicación, entre otros, dentro de un proceso de reorganización gradual.

El PROS ha definido diferentes etapas: una de convenios de adhesión de las obras sociales, otra de precalificación de las obras sociales con más de diez mil afiliados y una etapa de calificación que incluye la presentación de un plan de reconversión para el cual el PROS brindará asistencia técnica y financiera. Estos planes de reconversión incluirán aspectos institucionales, financieros y asistenciales. A las obras sociales que califiquen, el PROS ofrecerá préstamos hasta de un máximo de tres meses de recaudación, según el promedio de los últimos doce meses. El plazo de devolución será hasta de quince años, con tres de gracia. Cada cuota del préstamo será descontada automáticamente por la DGI. Hasta junio de 1997 se habían precalificado 44 obras sociales, de las cuales catorce, con 1.904.537 beneficiarios contaban con un plan de reconversión aprobado (préstamo máximo: 120.855.710 pesos); once, con 1.843.619 beneficiarios estaban en proceso de reformulación y evaluación (préstamo máximo: 116.985.202 pesos); otras once están en la etapa de preparación del plan de reconversión, y ocho se encuentran en proceso de concurso para la selección de consultora. La cantidad total de beneficiarios alcanza a 6 396 849 afiliados, es decir, casi una tercera parte de los beneficiarios potenciales del programa. El monto estimado del préstamo de capital por beneficiario asciende a 64 pesos, sin intereses (aporte medio de 21 pesos por mes). La reconversión de las obras sociales en el área de organización y gestión ha indicado el cumplimiento de lo dispuesto por la ley 23.660, en el sentido de destinar el 80% de los recursos al gasto de prestaciones asistenciales y un 8% a cubrir los costos administrativos.

El PROS cuenta con un préstamo de asistencia técnica por 8.222.000 dólares para el INSSJyP-PAMI en concepto de apoyo técnico, económico, financiero y legal. Esto incluye estudios sobre medicamentos, policlínicos propios (PAMI I y II de Rosario), modelo médico prestacional, plan estratégico del sistema de información, sistema administrativo financiero, sistema de control médico de las pres-

taciones, y padrón de beneficiarios. Otro préstamo del PROS ha sido aprobado por la suma de 90 millones de pesos, destinados a cancelar las deudas con proveedores y prestadores y a indemnizar las bajas de personal (20 millones de pesos). Hasta enero de 1998 se tienen previstos dos préstamos adicionales por valor de sesenta y cincuenta millones de pesos respectivamente. En total suman entonces 200 millones los préstamos denominados “de ajuste”, que equivalen a aproximadamente 10 pesos por beneficiario de las obras sociales.

Cabe destacar el plan estratégico de tecnología de información y de reingeniería organizacional para el INSSJyP-PAMI, para el cual se han contratado distintas firmas consultoras que adelantan los estudios de diagnóstico y las propuestas de cambio. Ese plan incluye las modificaciones de estructura y organización tendientes a establecer un sistema integrado de administración financiera y contable. El plan médico de prestaciones incluye: definición del modelo y alcance de la cobertura; definición de políticas, programas y normas en materia de prevención de enfermedades; elaboración de un modelo de compra de servicios y de acreditación y certificación de prestadores; establecimiento de un sistema de indicadores cualitativos y cuantitativos de la atención. Para la ejecución del proyecto se ha designado una unidad ejecutora.

El Programa cuenta con 150 millones de dólares provenientes del Banco Mundial y 210 millones de pesos como contrapartida nacional, aportados por la ANSSal, para constituir un monto total de 360 millones.

El Programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud

Este proyecto con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) tiene como principal objetivo la construcción de tres hospitales generales en las ciudades de Neuquén, Resistencia y Salta, y de un hospital de niños en la ciudad de Córdoba. Incluye asimismo un plan de fortalecimiento institucional basado en el desarrollo de un Sistema Provincial de Servicios de Salud que mejore la calidad de la atención y asegure cobertura universal. Luego de concluidas las obras básicas, se proseguirá con las adicionales, se adjudicará el equipamiento médico hospitalario y se extenderá el subprograma de fortalecimiento institucional a algunas provincias de la primera etapa que no hayan participado en él. El monto total del proyecto alcanza a 220.711.168 pesos.

El proyecto de Lucha contra el SIDA y las ETS (LuSIDA)

Como lo indica el título, este proyecto tiene por objetivo la lucha contra el SIDA y las ETS, para reducir la incidencia de la infección por HIV y las ETS en la Argentina. Será aplicado en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, y en la Capital Federal. El proyecto tiene cuatro componentes: prevención co-

munitaria; educación, SIDA y ETS; fortalecimiento del sector público dedicado al SIDA y a las ETS; y monitoreo y evaluación.

El primer componente, *prevención comunitaria*, cuenta con un fondo de asistencia para proyectos de las OSC (ONG, representantes de los distintos credos religiosos, sindicatos, empresas, organizaciones de base, universidades, escuelas, obras sociales, entre otros) con el que se financiarán proyectos de prevención y capacitación destinados a la población en general y, en particular, a los grupos de mayor vulnerabilidad de las jurisdicciones seleccionadas. Se prevé también un segundo subcomponente de comunicación social para instalar en forma sistemática y sostenida el tema del HIV y las ETS en la sociedad.

El segundo componente, *educación, SIDA y ETS*, está orientado a las escuelas, con actividades de promoción de la salud tendientes a la adopción de medidas preventivas y a la formación de recursos humanos en las distintas jurisdicciones. El tercer componente, *fortalecimiento del sector público de salud*, se propone crear una red asistencial integral mediante el fortalecimiento institucional de los hospitales, los centros de salud y los programas sobre SIDA y ETS. Se apoyarán además los programas de gerencia y modernización institucional. El cuarto componente, *monitoreo y evaluación*, procura establecer un sistema de seguimiento de la gestión de proyectos mediante indicadores que permitan medir la ejecución y los resultados.

La ejecución del LuSIDA será centralizada por el Ministerio de Salud y Acción Social (Secretaría de Programas de Salud, en coordinación con el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y las ETS) con la puesta en marcha de la unidad ejecutora del proyecto. El Banco Mundial aprobó un proyecto por valor de 15 millones de dólares de préstamo, más 15 millones de pesos como aporte del país.

El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM)

El papel regulador del Estado se instrumenta mediante el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), creado por la resolución secretarial N° 432/1992, y los procesos en curso tendientes a mejorar la certificación y recertificación de los profesionales de la salud. En ambos casos la participación de las sociedades científicas y de diversas comisiones técnicas ha favorecido la elaboración de una propuesta orientada a la regulación y el control cualitativo de la atención. El Programa agrupa todas las actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar el mejor nivel de calidad posible, al menor costo económico y social, así como las acciones destinadas a actualizar y adecuar la norma legal vigente.¹⁴

¹⁴ Ministerio de Salud y Acción Social. *Resolución 432/92 y Resolución 149/93*. Bs. As.

El PNGCAM considera diversos aspectos referidos a los siguientes temas básicos: (a) habilitación y categorización de los establecimientos asistenciales; (b) ejercicio profesional de todos los integrantes del equipo de salud; (c) normalización de la atención médica en materia de organización, funcionamiento, procedimientos, diagnóstico y tratamiento; (d) fiscalización y control sanitario indelegables por el Estado, al que le incumbe asegurar el cumplimiento de las normas vigentes; (e) evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios de salud; (f) asesoramiento y cooperación técnica con los distintos niveles jurisdiccionales para el cumplimiento de las actividades mencionadas (véanse las resoluciones ministeriales citadas: 432/92 y 149/93).

En resumen, se aprecian esfuerzos significativos por modernizar la conducción y gestión de los ministerios de Salud de la Nación y de las provincias al tiempo que se desarrolla y aplica una serie de cambios enmarcados en la llamada segunda reforma del Estado.

El PNGCAM, elaborado en el Ministerio de Salud de la Nación, promueve particularmente la uniformidad normativa, la descentralización operativa, la programación a nivel local, la participación institucional, el asesoramiento y la cooperación con las provincias. Por los decretos del PEN n^{os} 9/93; 578/93 y 855/93, el PNGCAM es de aplicación obligatoria en los hospitales públicos de autogestión, en las obras sociales pertenecientes a la ANSeS y en las instituciones que adhieran voluntariamente al sistema. Actualmente se está trabajando en la elaboración de normas uniformes sobre: categorización y habilitación de establecimientos; ejercicio profesional por parte de todos los integrantes del equipo de salud; organización y funcionamiento; protocolos de atención médica; manuales de procedimiento y de tecnología médica; estándares básicos de producción y rendimiento; derechos y responsabilidades de los pacientes; guías de evaluación de satisfacción del usuario; auditoría de estructura, proceso y resultado, así como sobre la evaluación de servicios, incluida la acreditación. Hasta la fecha han adherido formalmente al Programa 151 entidades académicas, se han constituido 35 comisiones asesoras y se han aprobado 66 normas.

El programa de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)

En la actualidad el hospital público presta atención a los indigentes no protegidos, presta servicios a los beneficiarios de las obras sociales con un retorno financiero, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad de pago atraídos por el prestigio institucional, cubre lo relativo a emergencias y accidentes, todo ello al tiempo que ejerce funciones de escuela médica. El decreto 578/93 del PEN estableció un marco normativo para el desarrollo del hospital público de autogestión (HPA) e invitó a las provincias a adherir a esa propuesta, que propende a lograr la descentralización funcional de los hospitales públicos, incrementar

su capacidad de gestión institucional, elevar su nivel de eficiencia y mejorar su nivel de autofinanciamiento. Entre los aspectos principales del régimen previsto en el decreto 578/93 se destacan:

- libertad de incorporación para los hospitales públicos de cada jurisdicción, a requerimiento de las autoridades;
- los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud quedan obligados al pago automático de las prestaciones que reciban sus afiliados, garantizándose la libertad de contratación entre dichos agentes y los HPA;
- para encuadrarse dentro de este régimen, los HPA deberán cumplir con los requisitos y condiciones de carácter general, y las normas de actuación serán establecidas por cada provincia.

Los HPA dispondrán de las atribuciones establecidas por este régimen y estarán sujetos al cumplimiento de ciertas obligaciones, entre ellas, por ejemplo, la atención igualitaria e indiferenciada a toda la población, proveyendo la atención requerida por las personas que carezcan de cobertura y de recursos económicos. El HPA constituye así un modelo de hospital descentralizado en materia de dependencia jurisdiccional y con gestión estratégica delegada. Su objetivo es la mejora permanente de la salud de la población asegurando gratuidad.

El decreto mencionado creó el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión. A fines de 1996 se tenían registrados voluntariamente “902 establecimientos nacionales, provinciales, municipales y universitarios con un total de 64.384 camas”. El Ministerio de Salud de la Nación estimó que durante 1996 se quintuplicaron los ingresos genuinos provenientes del *débito automático*. Casi el 76,6% de las camas públicas del país están incorporadas al programa.

Paulatinamente se tiene la intención de ir reemplazando el criterio de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda (art. 10). Se establece para los agentes del sistema de seguro de salud la obligatoriedad de pagar los servicios facturados por el HPA dentro de los 30 días de presentada la factura; transcurrido este plazo y de no haber acuerdo entre las partes, se podrá solicitar el pago a la ANSSal, que procederá al débito automático. Los ingresos percibidos son administrados directamente por la institución, y se distribuirá: una parte al fondo de redistribución solidaria, otra para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del hospital, y otra para distribución mensual entre todo el personal del hospital, sin distinción de categorías y funciones y sobre la base de criterios de productividad y eficiencia.¹⁵

Se espera convertir el presupuesto hospitalario en una herramienta e instrumento de análisis económico y de gestión, para lo cual es necesario especificar

¹⁵ Ministerio de Salud y Acción Social (1996). *Hospital público de autogestión: Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*, Buenos Aires.

las actividades a desarrollar, el producto que se desea alcanzar y las unidades de gestión intervinientes en cada caso. Se intenta aplicar una metodología de presupuesto por resultados. Se espera que el HPA ha de desarrollar y fortalecer esquemas de gestión económica que le permitan funcionar autónomamente y desempeñarse en el sector prestador de servicios como una verdadera empresa, procurándose así el autofinanciamiento del hospital público.

El programa de Atención Primaria de la Salud (APS)

El Ministerio de Salud y Acción Social, en respuesta a la solicitud del CoFeSa (Reunión de La Pampa, 1996, MSAS/OPS), ha presentado recientemente un proyecto orientado al mejoramiento del sistema de salud, tanto en eficiencia como en calidad de prestaciones, para desarrollar en forma sustentable la estrategia de atención primaria de la salud. El proyecto está dirigido a la formación de recursos humanos para el primer nivel de atención y, en su caso, a la reconversión de médicos generales o de familia, de manera tal que estos profesionales se constituyan en la puerta de ingreso a un sistema de servicios de salud de complejidad creciente. Se pretende difundir conceptos de educación sanitaria, incentivar y motivar a los profesionales para integrar equipos interdisciplinarios en *centros de salud* y otros efectores comunitarios. Además se busca el mejoramiento de los indicadores de salud por captación temprana de patologías, mejorar la eficiencia, y estimular el sentido de pertenencia de la comunidad y del médico. Este proyecto fue presentado al Banco Interamericano de Desarrollo por un monto de cien millones de dólares.

III. Análisis del sistema de salud

El sistema de atención médica¹⁶

En la Argentina se identifica un modelo público, con financiación y provisión públicas; un modelo de seguridad social, cuyo sistema de obras sociales nacionales es actualmente objeto de decisiones políticas, y un sistema de seguro voluntario prepago que se organiza según los cálculos de riesgo actuarial. Tal sistema de servicios de salud está orientado a la atención médica reparadora de la enfermedad y centrada en la institución hospitalaria.

En la mayoría de las jurisdicciones en las que se impulsó el desarrollo de la estrategia de la *atención primaria de la salud* (APS), se organizó como “programas” del primer nivel de atención. No obstante, tanto la política nacional como la de las provincias y los municipios mantienen la definición de la APS como estrategia básica (véase MSyAS, *Hospital público de autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos*, Bs. As., 1996).

El subsector público provee los servicios a través de la red pública. El proceso de descentralización hospitalaria, que es de larga data, culmina en 1991. Se descentraliza la gestión hospitalaria y se confiere flexibilidad administrativa a los directores. Las autoridades locales han privatizado actividades de servicios (alimentación, limpieza, etc.) y la autogestión les ha permitido cobrar a las obras sociales por los servicios brindados a sus afiliados o a los individuos con capacidad de pago. En cuanto a la reestructuración del sector hacia la federalización y la descentralización, el MSyAS ha procedido efectivamente a transferir los servicios de atención médica que aún permanecían en su jurisdicción a las provincias y municipios.

La oferta institucional de servicios

En 1995, la OPS/OMS colaboró directamente con el Programa Nacional de Estadística (PNES) del Ministerio de Salud y Acción Social para efectuar una actualización de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argen -*

¹⁶ OPS/OMS: *Salud en las Américas*. Edición de 1998. Publicación Científica N° 569.

tina. La nueva guía se publicó en abril de 1997 y presentó los resultados del relevamiento realizado durante el primer trimestre de 1995 en todos los establecimientos: oficiales, privados y de obras sociales. Brinda información sobre la identificación de los establecimientos, la localización geográfica, la dependencia administrativa, la modalidad de atención y prestación, las especialidades que ofrecen y el número de camas disponibles. Los resultados de este trabajo permiten compararlos con el Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud efectuado en 1980. La actualización de la guía obedece al cumplimiento de una de las disposiciones emanadas del CoFeSa en 1994.¹⁷

La comparación se realiza entre los años 1980 y 1995, período particularmente largo si se tienen en cuenta los cambios operados en todos los sectores productivos y en la estructura general del gobierno, así como los registrados específicamente en el sector salud. Cabría inferir que las variables extrasectoriales, que influyeron en un crecimiento del sector privado en las distintas esferas económicas, actuaron también en el mismo sentido en el sector salud. Pero todo indica que el comportamiento no ha sido homogéneo en todos los sectores a lo largo de los años y que el incremento en el número de establecimientos y camas se concretó entre 1980 y 1990 pero tendió a estancarse a partir de entonces.

Durante 1995 el MSyAS efectuó el relevamiento de los establecimientos asistenciales en operación. Los resultados obtenidos brindan información sobre la identificación de los establecimientos, la localización geográfica, la dependencia administrativa, la modalidad de atención y prestación, las especialidades que brindan y el número de camas disponibles en el caso de tratarse de establecimientos con internación.¹⁸ Como resultados más significativos de ese relevamiento pueden señalarse:

La cantidad total de establecimientos asistenciales aumentó de 9051 unidades registradas en 1980 a 16086 en 1995. Este aumento es más acentuado entre *los establecimientos sin internación*, cuya cantidad se eleva a más del doble. El incremento de los *establecimientos con internación* se acerca al 10%.

¹⁷ Ministerio de Salud y Acción Social (1997). *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina*, 1995. Buenos Aires. Los establecimientos relevados son los que reúnen las siguientes condiciones: cuentan con un grupo de médicos u otros profesionales vinculados a la atención de la salud, habilitados para ejercer su actividad en forma independiente: bioquímicos, odontólogos, radiólogos, kinesiólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos y psicólogos. Además efectúan prestaciones asistenciales a pacientes, internados o no, y organizan los servicios prestados a través de una administración única, pudiendo facturarlos directa o indirectamente.

¹⁸ Ministerio de Salud y Acción Social (1997). *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina*, 1995. Buenos Aires.

Los *establecimientos sin internación* crecen por los *centros primarios de atención* del subsector oficial, y por las *unidades de diagnóstico* del subsector privado. Los *establecimientos con internación* aumentan en ambos subsectores, pero más pronunciadamente en el subsector privado.

También aumenta la cantidad de camas disponibles, que pasan de 145.690 registradas en 1980 a 155.749 en 1995. Este aumento es consecuencia de la conjunción de dos tendencias: por un lado se reduce la cantidad de camas disponibles en el subsector oficial y de obras sociales, y por el otro, aumenta la del subsector privado superando ampliamente la disminución de aquellos.

Aparecen nuevas modalidades de atención y prestación: los denominados *servicios de traslados sanitarios*, que atienden las urgencias en la vía pública y a domicilio; el *hospital de día* y la *internación breve*, que introducen variantes en el concepto de internación; y los *vacunatorios*, en los que una práctica de tratamiento que hacia 1980 se realizaba casi exclusivamente en los servicios de los establecimientos (con internación o sin ella) ahora aparece en forma exclusiva o combinada con otras modalidades.

Se observa una serie de fenómenos nuevos como:

- la acentuada fragmentación del recurso físico, a través de establecimientos de una misma razón social emplazados en espacios diferentes, o bien de distintas razones sociales en un mismo recurso físico;
- la aparición de al menos dos formas complementarias de la atención entre lo público y lo privado. Una de ellas se entrelaza con la ya mencionada fragmentación y se verifica particularmente por medio de la presencia de establecimientos privados de diagnóstico en establecimientos públicos con internación. La otra complementariedad detectada es la presencia de centros del primer nivel de atención dependientes del subsector oficial funcionando en edificios pertenecientes a sociedades de fomento, asociaciones vecinales, etcétera.

En las provincias, las variaciones registradas en la cantidad de establecimientos muestran distintas tendencias según el tipo de unidad y el subsector del que dependan. Del mismo relevamiento surge que el total de establecimientos asistenciales es de 16 085, de ellos 3310 con internación y 12.775 sin internación (que incluye los *establecimientos de internación breve / hospital de día*). El 43,3% del total de establecimientos pertenecen al subsector oficial, 1,4% al subsector de obras sociales, 55,2% al subsector privado, y a mixtos el 0,1%.

En comparación con la estructura registrada en 1980, se puede señalar primeramente la mayor participación del subsector privado (44,6% en 1980) y como contrapartida la reducción de los otros dos subsectores. En segundo lugar, se comprueba la aparición de establecimientos de doble dependencia: oficial y privada, que han sido agrupados en la categoría mixtos.

En 1995 el total de camas disponibles era 155.749, y había 4,55 camas disponibles por cada mil habitantes. Este último indicador ha decrecido respecto de 1980, es decir que la disponibilidad de camas crece a menor velocidad que la población. En relación con los habitantes de cada jurisdicción, la disponibilidad de camas varía considerablemente: no en todas las provincias ha disminuido la disponibilidad por cada mil habitantes respecto de 1980. El porcentaje de camas disponibles según su dependencia administrativa para todo el país fue en 1995 del 54% en el subsector oficial (62,5% en 1980), 2,8% en el subsector de obras sociales (5,5% en 1980), 43,1% en el subsector privado (32,0% en 1980) y 0,1% en la categoría mixtas (que no existía en 1980).

Entre los establecimientos sin internación registrados en 1995 se encuentra una gran cantidad que ofrece una variada gama de nuevos servicios tales como las atenciones domiciliarias, los traslados y los centros de vacunación, todos ellos pertenecientes al sector privado. También se destaca la expansión de laboratorios de análisis clínicos, consultorios de radiología y centros de diagnóstico. El análisis de los datos por dependencia administrativa muestra una reducción en el sector público y de obras sociales (entre ambos totalizan 10.610), y un aumento en el sector privado, con 20.587 establecimientos.

Los establecimientos sin internación aumentaron en todas las jurisdicciones, tanto en el sector oficial como en el privado. Buenos Aires y Entre Ríos son las únicas provincias en las que el incremento de los establecimientos oficiales fue superior al de los privados.

Los establecimientos con internación presentan dos tendencias contrapuestas: decrecen en Corrientes, La Pampa, Neuquén, Salta, Río Negro, Salta, Santa Fe y Tucumán (en algunas de estas provincias decrecen en todos los subsectores y en otras cambia su participación relativa disminuyendo más en algún sector que en otro y hasta se incrementan en alguno pero sin compensar la disminución). Hay provincias en las que se observa un fuerte crecimiento, como Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Córdoba, Formosa Misiones, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

IV. Los procesos de reforma del sector salud: legislación, instrumentos y dinámica institucional

El sistema de salud antes de 1989

Podría decirse que el sistema de salud no obedece a una sola orientación política y doctrinaria ni a una sola estrategia intersectorial integral, ni se origina como fruto de una planificación, como tampoco su construcción ha sido obra de algún gobierno en particular, sino que es el resultado de un conjunto de decisiones y acciones realizadas por diversos actores (públicos, sindicales, sociales y privados) que han ido sucediendo en distintas etapas.

En cuanto a lo asistencial, primero la acción estuvo reducida al ámbito estatal nacional. Luego se incorporaron paulatinamente las actividades que fueron asumiendo las provincias. Surgieron también las sociedades de beneficencia, mutualidades y otras entidades intermedias que brindaban servicios asistenciales a sus comunidades o asociados.

En la décadas de 1951-1960 y 1961-1970 surgen las obras sociales como entidades prestadoras dependientes de los sindicatos obreros que se habían expandido y fortalecido en el primero de esos períodos, consolidando su participación en el sistema a partir de los aportes de seguro obligatorios. A fines de los años sesenta y principios de los setenta se agregan al sistema los seguros privados de salud, organizados a partir de los aportes voluntarios de los asociados y de las empresas para su personal de dirección. De ese modo se completó básicamente la constitución del sistema asegurador, financiero y prestador de la salud.

Durante el período 1983-1989 se procuró aplicar un esquema integrador con la propuesta de un *sistema único de seguridad social*. Esta propuesta, al igual que los intentos de reforma de los años setenta orientados a un *sistema único de salud*, no avanzó. Los distintos actores sociales intervinientes han preferido un sistema no regulado, libre de pactos corporativos y con una mínima intervención o regulación del Estado. En efecto, todas esas propuestas no pudieron superar las presiones del poder sindical, que defendieron la autonomía del subsistema de la seguridad social dentro del sistema general. Sumado ello a la escasa participación de las provincias en el proceso de decisión, redundó en beneficio de la medicina privada.

Al cabo de las negociaciones que requirió la aprobación de la nueva normativa, se arribó a los textos definitivos de las leyes 23.660 y 23.661, que a partir de

ese momento (fines de los ochenta) regularon el sistema nacional de salud. Tal era el esquema preexistente en 1990, cuando se puso en marcha la llamada Reforma del Estado.

La Reforma del Estado (1990)

A partir de 1989 el nuevo gobierno impulsó un acelerado proceso de transformación de las estructuras estatales y del conjunto de la economía argentina. (El detalle de las normas dictadas y los principales contenidos de cada una de ellas puede consultarse en el *Anexo 1: Legislación.*)

A casi una década del inicio del proceso de transformación del Estado, existen distintas percepciones sobre los resultados obtenidos de esa reforma. Sucinatamente, podrían referirse algunos puntos donde se aprecia una aceptación generalizada, a saber:

- la situación existente a fines de los ochenta en el aparato del Estado, en la administración de las políticas públicas y en los comportamientos de los actores económicos exigía adecuar una pronta revisión estructural y ejecutar con celeridad las acciones de reforma;
- existía una coincidencia bastante amplia con respecto al agotamiento del modelo del Estado intervencionista, y que este debía abandonar su papel de propietario y prestador de ciertos servicios públicos (comunicaciones, transportes, luz, gas y otros);
- la transformación ha impulsado un modelo económico basado en: estabilidad monetaria (convertibilidad), subsidiaridad del Estado en los procesos productivos y económicos, mantenimiento estatal de funciones esenciales (justicia, educación, salud, seguridad, regulación y control de los servicios públicos); apertura e integración regional de la economía, libertad de mercados y competencia, equilibrio fiscal de las finanzas públicas, privatización de los servicios públicos, eliminación de subsidios a la actividad privada;
- desde que se inició el proceso de transformación, los indicadores económicos marcan crecimiento de la economía, aunque también se registra una marcada concentración de la riqueza y de la distribución de los ingresos entre los sectores de mayor nivel adquisitivo;
- el hecho de que el partido gobernante haya ganado todas las elecciones nacionales desde 1989 hasta el presente indica que la mayoría de la sociedad ha dado su apoyo a la reforma;
- los cambios producidos en muchos sectores fueron profundos y acelerados, y esto ocasionó que algunas privatizaciones concluyeran en nuevos monopolios privados, o bien que los marcos regulatorios no sean considerados eficientes para proteger a los usuarios;

- los índices de desocupación, así como otros indicadores sociales, muestran que (a) el desarrollo o crecimiento económico logrado no aseguró por sí solo un aumento del bienestar para amplios sectores sociales, y (b) los sistemas y programas sociales aplicados hasta el momento no han sido suficientes para sustentar el proceso de transformación;
- los partidos opositores, si bien construyen discursos de confrontación o defienden posiciones políticas contrarias a la política oficial, no postulan cambiar el modelo vigente, sino más bien introducir rectificaciones orientadas básicamente a mejorar el producto social del sistema.

Hoy día prácticamente han concluido los megaprosesos de transformación, esto es, la estabilización monetaria, la privatización de empresas y la transferencia de servicios públicos, la desregulación, la apertura económica y la integración regional, todo ello englobado en la etapa denominada “Primera Reforma del Estado”. Desde 1996 se está desarrollando la “Segunda Reforma del Estado” y todo ello ha hecho surgir nuevos escenarios políticos, económicos y sociales donde los distintos sectores procuran mejorar su posición relativa.

Muchas áreas del Estado han desaparecido (como es el caso de la gran mayoría de las empresas públicas) o bien han cambiando notablemente el perfil público de intervención (Secretaría de Políticas y entes reguladores). En línea con el proceso de transformación en el orden nacional, las provincias y algunos grandes municipios comenzaron más tardíamente a encarar sus propios procesos de reforma.

Tanto a nivel provincial como municipal puede observarse que los tiempos requeridos por la reforma han sido mucho más prolongados, así como que los procesos de cambio y las soluciones dispuestas difieren en algunos casos de las fórmulas utilizadas por la Nación. Esto posiblemente marca que:

- el proceso de transformación nacional brindó las bases de apoyo para viabilizar las reformas a producirse en los otros niveles jurisdiccionales (provinciales y municipales);
- los cambios operados a nivel nacional, en virtud de su envergadura como del grado de expansión territorial, descomprimieron los conflictos y exigencias de las procesos de base provincial o municipal;
- tratándose de una escala más acotada, como lo son la provincial y la municipal, los factores en juego se hallan más próximos a los procesos de decisión, que demandan un mayor grado de consenso social, y por ende exigen períodos de tiempo más prolongados.
- los procesos de cambio continuarían hallando resistencias, en muchos casos debidas a que se observa con preocupación (a) la pérdida de poder por la reducción del aparato estatal, y (b) la probable desocupación resultante de la racionalización de las nuevas empresas.

- esto ha llevado a considerar otras formas alternativas para los procesos de privatización (empresas mixtas públicas y privadas, empresas con participación accionaria de las provincias o municipios, etcétera).
En 1994 tuvo lugar la reforma de la Constitución Nacional y se incorporaron al nuevo texto algunos elementos que vale la pena comentar, tales como:
- Un capítulo de “Nuevos Derechos y Garantías” en el que se establece que *“los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho [...] a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; [...] a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos [...] a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, [...] al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios”*.
- Respecto a las relaciones fiscales entre la Nación y las provincias, se determinó que *“[...] La distribución entre la Nación, las provincias y la ciudad de Buenos Aires, y entre estas, se efectuará en relación directa con las competencias, servicios y funciones de cada una de ellas, contemplando criterios objetivos de reparto; será equitativa, solidaria y dará prioridad al logro de un grado equivalente de desarrollo, calidad de vida e igualdad de oportunidades en todo el territorio nacional [...] No habrá transferencia de competencias, servicios o funciones sin la respectiva reasignación de recursos, aprobada por la ley del Congreso[...]”*
- Quedaron instituidos como órganos reguladores la Auditoría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo a cargo del *Ombudsman* (o defensor del pueblo). La Auditoría General de la Nación tendrá a su cargo *“el control de legalidad, gestión y auditoría de toda la actividad de la administración pública centralizada y descentralizada[...] Intervendrá necesariamente en el trámite de aprobación o rechazo de las cuentas de percepción e inversión de los fondos públicos”*. En cuanto a la Defensoría del Pueblo, se estipula que *“es un órgano independiente instituido en el ámbito del Congreso de la Nación, que actuará con plena autonomía funcional, sin recibir instrucciones de ninguna autoridad. Su misión es la defensa y protección de los derechos humanos y demás derechos, garantías e intereses tutelados en esta Constitución y las leyes, ante hechos, actos u omisiones de la Administración; y el control del ejercicio de las funciones administrativas públicas”*.

Con los puntos que se acaban de exponer se ha procurado marcar algunos de los aspectos del proceso de transformación experimentado a partir de 1990. Tales modificaciones son de referencia obligada como contexto de los cambios en el sector salud, sin pretender aquí juzgar sus aciertos o desaciertos, pues el propósito ha sido mostrar resumidamente la dirección de la reforma en curso.

El marco de políticas institucionales de salud (1992)

Dentro de este marco general de la reforma del Estado, a principios de 1992 el PEN definió las políticas de salud mediante el decreto 1269/92 que estableció cuatro políticas sustantivas:

- *lograr la plena vigencia del derecho a la salud para toda la población, con el fin de alcanzar la meta de salud para todos en el menor tiempo posible, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, constituyéndose así en un elemento fortalecedor esencial para la democracia;*
- *mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica, mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población, con acciones del mejor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social;*
- *disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones marginadas y de pobreza estructural, y en aquellas situaciones biopsicosociales consideradas potencialmente riesgosas;*
- *redefinir y orientar el rol del sector salud del Estado Nacional, para que cumpla la función rectora y protagónica en el marco político global y para que pueda cumplir eficientemente las funciones que le competen, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización actuando con certada y coordinadamente con las Provincias y con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.*

Asimismo se establecieron en ese decreto las estrategias a seguir dentro del sector para viabilizar esas políticas. También debe destacarse que en marzo de 1996 el gobierno nacional suscribió el proyecto *Reforma de las Obras Sociales; Carta de políticas*, en cuyo capítulo IV, “El sector salud”, se ratificaron como objetivos del sector los enunciados en el decreto del PEN 1269/92.

Decisiones normativas y acciones dispuestas en el sector salud (1991-1997)

Dentro del sector salud se han sancionado en los últimos años una serie de normativas y se han adoptado diversas decisiones políticas canalizadas en la ejecución de un conjunto de acciones. Seguidamente se mencionarán algunas de las decisiones y actividades más significativas, tomando las que han sido destacadas por las autoridades del sector en distintos documentos oficiales presentados, tales como el mencionado “Reforma de las Obras Sociales; Carta de políticas”, en diversos “documentos de proyectos” elevados al BID y al Banco Mundial, así co-

mo en los considerandos introductorios a los decretos del PEN y a las resoluciones del MSyAS. Entre esas acciones pueden mencionarse:

- La definición explícita de las “Políticas y Estrategias para el sector de Salud” por el decreto 1269/92 del PEN.
- El establecimiento de roles claramente diferenciados para la Nación y las provincias en materia de salud. Se asignan al Estado Nacional los deberes de planificar, fijar prioridades, regular, coordinar el sistema, asignar los recursos nacionales, prestar asistencia técnica, etc. Las provincias deben asumir la planificación local, la asignación de los recursos, la implementación de los programas y servicios de salud tanto preventivos como de atención médica y la administración de los establecimientos.
- La transferencia de los servicios asistenciales que aún se mantenían en jurisdicción nacional a las provincias y a la Ciudad de Buenos Aires, habiéndose casi concluido con el traspaso de la totalidad de los establecimientos a las jurisdicciones un proceso iniciado varios años antes, ayudando al traspaso con mayores recursos obtenidos de los llamados “fondos de coparticipación federal”.
- La reglamentación de las leyes de Obras Sociales y del Seguro Nacional de Salud, Nº 23 660 y 23 661, mediante los decretos 9/93 y 576/93, estableciendo, entre otros institutos de relieve: (1) la libertad de elección de la obra social para los afiliados del sistema; (2) la obligación de los agentes aseguradores de pagar los servicios que los hospitales públicos brinden a sus afiliados; (3) la prohibición de suscribir contratos de prestación con las entidades responsables de la matrícula profesional o asociaciones gremiales que agrupen tanto a profesionales como a prestadores institucionales.
- La modificación del régimen del seguro obligatorio (establecido por las leyes 23660 y 23661) mediante los decretos 292/95 y 492/95, que disponen:
 - a) la distribución automática de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución (*restringiendo la discrecionalidad en el otorgamiento de subsidios a las obras sociales*);
 - b) la eliminación de las coberturas múltiples y la unificación de los aportes a las obras sociales nacionales;
 - c) la libre elección por parte de los afiliados al INSSJyPentre dicho instituto y las obras sociales (*inscriptas en un registro especial*).
- La implementación operativa del régimen de libertad de elección para los afiliados a las obras sociales sindicales a partir de enero de 1997; y la unificación de los aportes familiares en un solo asegurador mediante los decretos 1141/96, 1142/96, 1560/96, 84/97 y 206/97 y las resoluciones del MSyAS nos 633/96 y 656/96.

- La creación de la Superintendencia de Servicios de Salud por el decreto del PEN 1615/96, que dispuso la fusión de la ANSSal, el INOS y la DiNOS, todas cuyas funciones y competencias asume la Superintendencia, para regular, controlar y fiscalizar a las aseguradoras que integran el Sistema Nacional del Seguro, y la cesión a la Secretaría de Salud de los fondos para atender los programas de subsidios que anteriormente administraba la ANSSal.
- La aprobación del *régimen de autogestión* para los hospitales públicos nacionales, dispuesto por el decreto 578/93 del PEN. Este régimen se orienta a fortalecer a los establecimientos en función de ampliar la cobertura de la población y cumplir con las funciones de asistencia, promoción de la salud, enseñanza e investigación. Todo hospital público adherido al régimen dispondrá de un mecanismo directo para cobrar las prestaciones efectuadas a los afiliados de las obras sociales de jurisdicción nacional.
- La puesta en marcha del PNGCAM, establecido por la resolución 432/92 del MSyAS, que tiene por objeto asegurar la calidad y seguridad de las prestaciones comprendidas en el PMO que brinden las entidades prestadoras del Sistema Nacional del Seguro.
- La aprobación del PMO, es decir, de una lista de prestaciones básicas obligatorias que deben brindar los aseguradores a todos los beneficiarios del sistema (leyes 23.660 y 23.661), tendiente a implantar un modelo que privilegia la atención médica familiar.
- Gestión de asistencia financiera: se obtuvo financiamiento del BID y del Banco Mundial para diversos programas de asistencia; entre ellos merece especial atención el destinado a la reforma de las obras sociales y del INSSJyP. También para el ProMIN destinado a apoyar los planes de cuidado materno-infantil, y para el PReSSal, para financiar la conversión de la infraestructura y el equipamiento de los hospitales provinciales.
- El desarrollo, por medio de la ANSeS, la ANSSal y la DGI, del padrón de afiliados comprendidos en el régimen nacional de seguro obligatorio (previsto en las leyes 23.660 y 23.661).
- El fortalecimiento de la prevención y la asistencia mediante acciones cumplidas en las áreas de:
 - atención materno-infantil,
 - mejora del sistema de control epidemiológico,
 - ampliación de los programas de vacunación,
 - lucha contra el SIDA.
- El establecimiento de regulaciones y controles en materia de medicamentos, alimentos y tecnología, a cargo de la ANMAT.

V. Análisis del proceso de reforma

La reforma del sector salud en la Argentina, como en la mayoría de los países, está vinculada con la inequidad de los sistemas, el aumento de los costos, las dificultades para pagar los gastos crecientes, y la insatisfacción de los usuarios. La ley 18.610 de obras sociales en 1970, la ley 20.746 sobre el SNIS, de 1973, y las leyes posteriores 23.660 y 23.661 de obras sociales y del Sistema Nacional del Seguro de Salud, son un antecedente de los procesos de reforma del sector en las décadas del setenta y del ochenta, originados como transformaciones internas de los sistemas de salud en un Estado benefactor. Por entonces se advertía la necesidad de incrementar los recursos del sector salud para la ampliación de la cobertura. La década del 70 corresponde al crecimiento de la oferta de servicios curativos en un sistema basado en la incorporación de tecnología y de especialización de la atención. La década del 80, en cambio, es el punto de inflexión del sistema de salud, cuando la crisis financiera impone la contención de costos, paralelamente a la necesidad de incrementar la cobertura y mejorar la productividad y la eficiencia.

La primera fase de reformas, la del 70, buscaba más cobertura; la segunda se concentró más en la contención de costos, la eficiencia y la racionalidad del sistema. Las reformas del sistema argentino no tienen un sentido único, con una sola filosofía, orientación, conceptos, metodologías e instrumentos. El carácter federal del país origina una diversidad de rumbos dentro de macro tendencias de cambio y reforma. Los factores demográficos, los niveles de ingreso y educación, y las condiciones ambientales, entre otras, se reflejan en la diversidad y heterogeneidad de situaciones.

Las actuales reformas en salud tienden a un objetivo macroeconómico que busca reducir los costos de producción. Hacia el interior del sector se están produciendo cambios microeconómicos profundos, por ejemplo la incorporación de nuevos actores (aseguradores) y la creciente aparición de nuevos intermediarios y formas de contratación, que redimensionan las relaciones con el sector privado.

En el pasado reciente los mecanismos de transferencia y redistribuciones consagrados han sido: a) prestaciones igualitarias y de aportes de porcentaje fijo sobre nómina salarial, b) Fondo de Redistribución, por el que se concurre en apoyo de instituciones por razones estructurales o coyunturales, y c) transferencia real por parte de los empleadores de aportes adicionales para cubrir los costos de los servicios de salud.

Por otro lado, la asignación de recursos en el sistema de obras sociales estaba vinculada a la relación contractual entre la organización financiadora y la institución representativa de la oferta, ya sea la gremial médica o la que agrupa a las clínicas y sanatorios privados. La relación contractual predominante ha sido definida por el pago por prestación o por acto médico ya realizado. Los precios relativos han sido regulados por la ANSSal mediante el *Nomenclador Nacional*, estableciendo valores ponderados por tipo de servicio. La entidad aseguraba así el cumplimiento de normativas y regulaciones, administrando los subsidios del Fondo de Redistribución de las obras sociales y también destinando recursos a los hospitales públicos, puesto que a estas instituciones acuden beneficiarios de las obras sociales.

Tal situación ha dado lugar a una conducta tendiente a eludir los mecanismos de regulación preestablecidos, valiéndose de la facturación de prácticas no realizadas, el aumento innecesario de la cantidad de prestaciones o el cobro de adicionales o diferencias a los usuarios. El pago por prestación y la insuficiente estructura de control de gestión por parte de las obras sociales, ha generado dentro del sistema una serie de incentivos en el cual la sobreprestación, la sobrefacturación, el desarrollo de subespecialidades y la incorporación de tecnología constituyeron una forma de organización del proceso de atención médica con una estructura asistencial curativa de costos crecientes.

El crecimiento del sector privado y la creciente introducción de tecnología, condujo a un estado de saturación en la oferta del sistema prestador de servicios, resultando casi imposible mantener financieramente la estructura prestadora en expansión. La crisis originó la necesidad de crear nuevas fuentes de financiamiento. Esta se tradujo en: pago creciente por parte del afiliado de las prestaciones de menor complejidad y costo, desarrollándose la modalidad de “prepagos” institucionales por parte de los propios prestadores sanatoriales.

A partir de 1993 se institucionaliza el traspaso de afiliados entre las obras sociales (decretos del PEN n° 9/93, sobre Libre elección de las Obras Sociales, y n°s 1141/96, 1142/96, 1560/96, y 206/97 y las resoluciones ministeriales 22/96, 633/96, 656/96, 885/96 y 84/97). El Programa de Reconversión de Obras Sociales y del INSSJyP, iniciado en 1995 (decretos del PEN 292/95 y 492/95), busca el saneamiento financiero de esas entidades para que puedan cancelar las deudas “elegibles” y establecer nuevas estrategias de contratación con otro modelo prestacional, garantizando su sustentabilidad y viabilidad, el equilibrio financiero y el repago de las obligaciones contraídas (véase OPS, *Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS al gobierno de la República Argentina, 1992-1995*, Representación en la Argentina, inédito).

El decreto 206/97 del PEN extiende el plazo para el ingreso de las obras sociales al PROS, estableciendo el 30 de abril de 1997 como plazo máximo y trasladando al 30 de agosto del mismo año la opción de cambio para los beneficia-

rios entre las obras sociales que hubieren presentado documentación precalificatoria y su propuesta de modernización institucional en el marco del PROS (véanse INSTITUTE FOR INTERNATIONAL RESEARCH S.A., *Presentaciones sobre el Programa de Reconversión de las Obras Sociales, PROS-PMO*, Bs. As., marzo 1997, y BIRF-PNUD, *Documentos sobre la reconversión del sistema de obras sociales*, Bs. As., 1996).

El Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP - PAMI), dedicado a la cobertura de servicios de salud de los jubilados y sus familias, fue incorporado en 1995 al presupuesto nacional al ser intervenido por el PEN, que en marzo de 1997 dio por concluida la intervención normalizadora (decreto 219/97). La conducción habrá de quedar en manos de sus exclusivos beneficiarios, los jubilados.

El proceso de reconversión de las obras sociales (decreto 492/95 del PEN) dio lugar a la elaboración del PMO. Para el desarrollo, negociación e implementación de esta propuesta se formó una comisión integrada por el Ministerio de Salud, la ANSSal y la CGT (véase OPS, *Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS al gobierno...*).

A fines de 1996, el PMO aprobado establece una libre elección cautiva entre las obras sociales. En enero de 1997 la ley 24.754 (normativa para el subsector privado), extendió la obligación del PMO a las entidades de seguro voluntario. La ley rige hoy por encima de los contratos vigentes y cualquier usuario podrá exigir las coberturas del PMO. El PMO obliga a las entidades de seguro voluntario a cubrir rubros como trasplantes, odontología, hemofilia, diálisis crónica y psicología. Recientemente, grupos de clínicas y empresarios de salud se aprestan a brindar servicios por paquete destinado a brindar la cobertura del PMO para las entidades aseguradoras privadas (véanse INST. FOR INTERNATIONAL RESEARCH, *Presentaciones sobre el Programa de Reconversión...*, 1997, y BIRF-PNUD, *Documentos sobre la reconversión del sistema...*, 1996).

Se excluyen de la competencia las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos descentralizados, las del Poder Judicial de la Nación, de las universidades nacionales, del personal directivo y de las asociaciones profesionales de empresarios, y del personal civil y militar de las fuerzas armadas y de seguridad.

Por otro lado, se dictaron normativas (decretos del PEN n^{os} 84/97 y 206/97, y Resolución Ministerial 656/96) que ampliaron el plazo para ejercer el derecho de cambio de obra social. En mayo de 1997 se registraron aproximadamente 150.000 pedidos de cambio entre obras sociales, según datos de la ANSeS.

En este marco los beneficiarios deberán pactar en forma individual condiciones de pago no cubiertas. Objetivamente, esto potencialmente crearía dos nuevas formas de diferenciación entre los que estarían o no, en capacidad de pagar lo requerido adicionalmente. En efecto, la libertad de elección y el PMO podrían es-

timular migraciones entre obras sociales y es previsible que las entidades que hoy poseen un bajo aporte medio y servicios deficientes, en corto plazo, salgan del mercado y se vean forzadas a la fusión. El PMO se considera la pieza clave del proceso de reforma del seguro obligatorio ya que define el producto por cuya oferta las obras sociales entrarán en competencia.¹⁹ (Véanse también BIRF-PNUD, *Documentos sobre la reconversión del sistema...*, 1996, y ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, *Quintas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. La economía de la salud en la reforma del sector*, Bs. As., 1996.)

El sector privado, en el último quinquenio, 1991-1995, se encuentra en un marco de sobreoferta de prestaciones, con problemas de liquidez, ante la caída del flujo de fondos del sistema de obras sociales. Por otro lado, se desarrolla un nuevo escenario para la distribución del riesgo financiero y económico en el sistema privado y de obras sociales, mediante el pago de prestaciones básicas basado en una cuota fija por afiliado/usuario. De un sistema de facturación, liquidación y pago por acto médico se pasa a un sistema por capitación, donde el riesgo se concentra en la organización prestadora de servicios médicos (véase ASOC. DE ECON. DE LA SALUD, *Quintas Jornadas...*, *loc. cit.*).

En resumen, el subsector privado ha aumentado su participación en la provisión de servicios de atención de la salud. La contribución del subsector público y de las obras sociales ha disminuido, debido a la contracción fiscal y a la disminución de los niveles de salarios decaídos al desempleo y a la disminución de los aportes patronales.

Recientemente (decreto 1615/96 del PEN) se ha creado la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud, como organismo descentralizado en jurisdicción del MSyAS, a partir de la fusión de la ANSSal con el INOS y con la DiNOS. La Superintendencia, que gozará de autarquía administrativa, económica y financiera, cumplirá las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, orientando su acción a la fiscalización del PMO y del PNGCAM en los entes comprendidos por el sistema, al control del cumplimiento de lo dispuesto en el decreto 578/93 del PEN en lo que atañe al HPA y a la supervisión del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios a la libre elección de su obra social.

Asimismo, se creó la Dirección de Programas Especiales en el ámbito del MSyAS, que tendrá a su cargo la administración de los recursos afectados en el PMO para los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del sis-

¹⁹ INSTITUTE FOR INTERNATIONAL RESEARCH S.A. (1997). Presentaciones sobre el Programa de Reconversión de Obras Sociales PROS-PMO. Buenos Aires, marzo.

tema de obras sociales (véase INST. FOR INTERNATIONAL RESEARCH, *Presentaciones sobre el Programa de Reversión...*, 1997)²⁰

Los procesos de regulación

El análisis de la composición del sistema de salud en la Argentina permite hacer algunas observaciones sobre la naturaleza del proceso de regulación. Por un lado el nacimiento y crecimiento del actual sistema de obras sociales y de las mutualidades es el producto de la acción voluntaria de los trabajadores y de los ciudadanos. Estos integraron fondos solidarios por rama de producción o por grupo migratorio. Sus contribuciones fueron voluntarias y solidarias en la primera etapa. Casi hasta mediados de la década de los sesenta el sistema funcionó de esta forma. La primera acción iniciadora de la contribución obligatoria para las obras sociales se produce a finales de los sesenta y comienzos de los setenta como una respuesta de intervención y regulación por parte del Estado para mejorar y extender la cobertura de la seguridad social. Se constituyen así distintos fondos y entidades (obras sociales) que administran un recurso solidario para cubrir los gastos derivados del riesgo de enfermedad y favorecer otras necesidades, tales como la recreación del grupo familiar de los trabajadores.

La separación de funciones entre el manejo de la financiación y la prestación de servicios en la Argentina ocurre desde los inicios del sistema de seguridad social. En esta forma los trabajadores administran la financiación y contratan con la Confederación Médica y las clínicas y sanatorios la prestación de servicios de sus afiliados y beneficiarios. Esta relación en su primera etapa obedece a un acuerdo de los actores principales (sindicatos y profesionales) con una mínima intervención por parte del Estado. La relación establecida corresponde a un contrato privado entre los entes financieros (obras sociales) y los prestadores (CoMRA y ConfeCliSa). Las bases del contrato se dan sobre la libertad de elección del profesional por parte de los usuarios y el uso del nomenclador para el pago por tarifas del acto médico.²¹

El Estado, por intermedio del PEN, gestionó en diferentes momentos la intervención y regulación del sistema de salud. Dos corrientes de pensamiento pueden distinguirse a lo largo de su evolución: la primera, el pensamiento sanitario de extensión de la salud pública a través de los hospitales públicos y de los centros de atención de primer nivel; y la segunda, la extensión del modelo de segu-

²⁰ BIRF-PNUD (1996). Documentos sobre la reversión del sistema de obras sociales. Buenos Aires.

²¹ BELMARTINO, Susana, BLOCH, Carlos (1994). El Sector Salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos, 1960-1985. OPS, N° 40.

ridad social que optó por la acción privada tanto en lo financiero como en la prestación de servicios. Esta relación entre el sector público y privado está siempre presente en el desarrollo y forma de la respuesta social a la atención derivada de los problemas de salud. A los ministerios de Salud, de Economía y de Trabajo cupo la responsabilidad en la rama ejecutiva del gobierno de adelantar y avanzar en las distintas propuestas de reforma y contrarreforma de las instituciones de salud. Como protagonistas de la acción civil y corporativa están la CGT, la CoMRA y la ConfeCliSa. Tras arduos procesos de negociación, los poderes ejecutivo y legislativo nacionales y los actores corporativos han configurado y moldeado la realidad de la regulación por parte del Estado argentino en materia de salud. La tradición de los sectores corporativos ha sido la de dialogar con un Estado poco intervencionista, y este ha sido llamado a regular cuando se afectan intereses de la economía privada o se producen distorsiones en el mercado de la salud.

El INOS, la ANSSal y la actual Superintendencia de Servicios de Salud corresponden a la evolución de la regulación y funcionamiento de las obras sociales basada en lo siguiente: normas de funcionamiento para la administración de los fondos de las obras sociales; revisión y actualización del *Nomenclador Nacional* para el pago de servicios profesionales; auditoria de servicios médicos y funcionamiento del fondo de solidaridad para corregir inequidades entre las obras sociales. La actual legislación incorpora en la Superintendencia de Servicios de Salud lo referente a la regulación y control de la garantía de calidad por parte de los entes prestadores. En este momento las instituciones o entidades de servicios prepagos discuten con las autoridades políticas y económicas el carácter regulador que se gestiona a través de una propuesta de ley. Con esta se intenta ordenar el mercado de servicios prepagos y el cumplimiento del PMO, para posibilitar en el futuro una apertura del mercado. La regulación posiblemente tendrá en cuenta un límite de precio para el PMO, la selección adversa y un régimen de exclusiones, entre otras. Este proyecto de ley podría facilitar la apertura del mercado de las obras sociales de personal de dirección a la medicina prepaga. Actualmente funcionan 24 obras sociales de dirección con casi un millón de beneficiarios.

La regulación y control de las entidades de salud de servicio público es responsabilidad del Ministerio de Salud de cada jurisdicción, con el apoyo y la aplicación de normas nacionales; las entidades privadas (clínicas y sanatorios) deben cumplir con normas de habilitación para su funcionamiento. En cuanto a los recursos humanos, los colegios médicos y de profesionales han asumido la responsabilidad de los procesos de educación continua y de certificación y recertificación de profesionales. El MSyAS prepara actualmente una propuesta para racionalizar los procesos de inscripción, certificación y recertificación, que difieren de una jurisdicción provincial a otra. La ANMAT regula desde 1993 el registro y calidad de los productos farmacéuticos, y ejerce acciones de farmacovigilancia a través de modernos sistemas y redes de servicio. También ha iniciado acciones re-

lacionadas con la armonización normativa de Alimentos y Tecnología en actividades relacionadas con el MERCOSUR.

Hay esfuerzos significativos para modernizar la conducción y rectoría de los ministerios de Salud tanto de la Nación como de las provincias, y se están desarrollando y aplicando una serie de cambios en el marco de la “Segunda Reforma del Estado”. Algunos de los problemas a superar podrían resumirse así:

- desconocimiento de las dotaciones de personal;
- concentración de decisiones;
- ausencia de criterios para favorecer la división del trabajo;
- procesos de regionalización que obedecen más a criterios de distribución de la oferta médica que a las necesidades de la población;
- proliferación y dispersión de las unidades de apoyo;
- mecanismos de aprobación por decreto que rigidizan y hacen poco ágiles los • cambios;
- falta de información administrativa que limita el alcance de los programas de modernización;
- resistencia al cambio de los propios operadores de las reformas;
- diferencias salariales entre el personal bajo contrato y el personal regular de planta.

La libertad de elección de obra social

Un tema que merece especial atención es el de la libertad de elección de obra social, que se traduce en la modificación operada en el régimen de seguro obligatorio nacional (leyes 23.660 y 23.661) para otorgar a los trabajadores la posibilidad de elegir el agente asegurador al cual dirigir sus aportes obligatorios. El otorgamiento de esta opción, además de estar lógicamente vinculado al derecho individual del trabajador de elegir a la institución en la cual asegurarse con su familia, también apunta a introducir mecanismos de competencia entre las aseguradoras para retener a sus afiliados e inducir por esta vía la elevación de los niveles de eficiencia y calidad de los servicios.

Este aspecto fue resistido por los sindicatos, que pretendían mantener a los afiliados cautivos en las obras sociales sindicales, y recién pudo concretarse a principios de este año, no sin atravesar una innumerable variedad de conflictos de intereses por parte de distintos sectores. El ejercicio de esa libertad de elección ha sido regulado en los últimos años por infinidad de normas: los decretos del PEN N^{os} 9/93, 576/93, 292/95, 492/95, 1141/96, 1560/96, 84/97 y 206/97; la Resolución Conjunta de los ministerios de Salud, de Economía y de Trabajo N^o 320/93;

las resoluciones del Ministerio de Salud N^{os}. 330/92, 633/96 y 656/96; todo esto sin detallar las resoluciones administrativas aplicables al sistema dictadas por la ex ANSSal y la ANSSeS.

El sistema de pases de afiliados entre las obras sociales sindicales se ha producido recientemente. Si se consideran las limitaciones prestacionales de las obras sociales y la disconformidad de muchos de los afiliados, el bajo nivel de utilización de la opción de cambio puede atribuirse básicamente a la insuficiente información.

Con respecto a la situación planteada en torno a este punto, cabe puntualizar que:

- la incorporación del concepto de libertad de elección no implica por sí sola un aluvión de pases, ni tampoco modificará tan rápido la realidad prestacional;
- aún no han concluido las disputas de intereses entre los subsectores ni entre las instituciones que pertenecen a un mismo subsector, y ello plantea interrogantes sobre su evolución;
- de no superarse las limitaciones observadas, no habrá competencia genuina entre los aseguradores y, por ende, tampoco mejoras en los servicios;
- la falta de competencia retardará un proceso de selección natural en favor de las obras sociales más aptas, lo cual permitiría recomponer este subsector sobredimensionado mejorando su eficiencia y logrando economías de escala.

En cuanto al subsector privado, sobre todo como subsistema de seguro voluntario privado, ha incrementado considerablemente su participación en la asignación de recursos del sector. Esta situación podría explicarse por:

- a) limitaciones y deficiencias en las coberturas y prestaciones de los otros subsectores, es decir, el público y el de la seguridad social; y por otra parte
- b) el proceso de reforma seguido, la desregulación de los mercados, la apertura económica y el proceso de integración regional favorecieron la llegada de grupos económicos y empresas aseguradoras que han incrementado y mejorado la oferta para el seguro voluntario; y
- c) un mayor nivel adquisitivo de los sectores de ingresos medios-altos y altos, que demandan seguros con cobertura más amplia, de tipo abierto (con reintegros), servicios de mayor complejidad y hotelería de mejor calidad.

Apesar de que este subsector tiene asegurada a gran parte de la población, no ha sido aún objeto de regulación, ni tampoco tiene asignado un organismo de control. La ausencia de regulación y control para este sector podría explicarse por:

- (a) falta de definiciones sobre la estructuración y regulación del conjunto del sistema de salud; y/o
- (b) porque las obras sociales prefieren un subsector privado no regulado, no sometido al control estatal y de alto costo, para sostener la conveniencia de excluirlo de la competencia por la captación de aportes obligatorios de los trabajadores; y/o
- (c) el interés del propio subsector, que sin regulación tendría oportunidad de obtener ventajas.

Debe ponerse de manifiesto que los planes de los seguros privados, además de tener un costo mucho más elevado que el que resulta del promedio de las cotizaciones de los seguros obligatorios, presentan para los asegurados un conjunto de restricciones y exclusiones en función de acotar los riesgos empresarios y mejorar la rentabilidad. Esta situación es fuente permanente de conflictos entre las aseguradoras y los asegurados y estarían en camino de solución mediante el funcionamiento efectivo de la Superintendencia de Servicios de Salud. A ello deben agregarse las deficiencias en las prestaciones de sus efectores, al igual que las de los prestadores tanto del subsector público como de la seguridad social.

Auditoría médica, calidad y facturación de servicios

La larga tradición de separación de funciones entre entes financieros y entes prestadores desarrolló en la Argentina una amplia experiencia en auditoría médica basada en el modelo clínico y de control de gestión. Esta auditoría se divide en tres tipos: *una auditoría interna* que utiliza como instrumentos el nomenclador nacional y la declaración jurada de salud firmada por el beneficiario del sistema. Esta última es utilizada por los prepagos para establecer períodos de carencia o limitaciones a las coberturas de servicios. Generalmente se excluyen las patologías de alto consumo, tales como tumores, cirugías de alta complejidad, enfermedades crónicas y las enfermedades congénitas. Otros tipos de enfermedad pueden atenderse incrementando la cuota mensual. También la auditoría interna se encarga de las liquidaciones de planes por reintegro, según que el plan sea abierto o cerrado en cuanto a la elección del prestador.

Los *otros dos tipos* de auditoría son *externos*: *en la primera* de estas modalidades la institución (obra social u otra) envía un auditor para *la acreditación de servicios*; en esta se verifican las instalaciones, la infraestructura y la calidad de los servicios ofrecidos. Se revisan las habilitaciones de acuerdo con las normas vigentes y se solicita toda la documentación que acredita a los profesionales. Esta auditoría incluye una revisión de la aparatología (es decir, el equipamiento médico) y se revisan las historias clínicas. *El otro tipo de auditoría externa revisa la facturación*, comparando la factura con la documentación de apoyo (historia clí-

nica y exámenes solicitados). El proceso de auditoría compartida permite refacturar los servicios en caso necesario. Con la tendencia a contratar servicios modulares se simplifica el procedimiento anterior y se estimula la revisión de la calidad técnica y el resultado satisfactorio de lo contratado.

Con el correr del tiempo las instituciones adoptaron normas para establecer períodos de internación por tipo de patología (por ejemplo, para apendicectomía y parto normal, tres días). El auditor verifica que el paciente sea realmente afiliado y tenga derecho al servicio, si cuenta con autorización dada por entidad competente y revisa la historia clínica. Entre las observaciones más frecuentes tendrá en cuenta: internaciones no justificadas; historias clínicas incompletas; exceso de exámenes; larga estadía o internación; reingresos y complicaciones; doble facturación; y cobros indebidos al usuario. La auditoría es una forma de regulación de las obras sociales y de los sistemas prepagos, que suelen orientar su trabajo y su acción basándose en criterios clínicos e ignorando por ahora las acciones de prevención y promoción de la salud de carácter ambulatorio y anticipatorio de los problemas y complicaciones de cierto tipo de patologías, a la vez que descuidando la detección precoz de enfermedades y los controles ambulatorios. Es posible que aún no se cuente con suficientes estudios para demostrar la relación costo/beneficio de este tipo de intervenciones.²²

El Nomenclador Nacional como instrumento regulador

En 1968 se estableció un nomenclador de prestaciones, utilizado entre las obras sociales y las entidades intermediarias para contratar los servicios clínicos. En 1970, por la ley 18.912 y el decreto 3115/77 del PEN, el *Nomenclador Nacional* se convirtió en un instrumento obligatorio para regular la contratación de servicios. Desde ese momento han sido pocas las modificaciones establecidas en su estructura. Antes del *Nomenclador*, las liquidaciones de los prestadores se dificultaban por la ausencia de precios estandarizados para las prestaciones médicas. El *Nomenclador* se basa en una unidad arancelaria para cada tipo de profesional, con las denominaciones siguientes: galeno, bioquímico, odontológico, etc. Incluye prestaciones médicas, odontológicas y aranceles para exámenes o análisis (véase PAIZ, A., *Op. cit.*). Sin embargo, el *Nomenclador* en ningún momento estimuló las acciones ambulatorias de prevención y promoción de la salud, y de hecho limitó la ampliación de un mercado de trabajo en este sentido.

²² PAIZ, Alfredo (1995). Auditoría médica. Buenos Aires, Ediciones La Roca.

El proceso de cambio y el mercado de trabajo

Actualmente no se puede determinar con exactitud el tamaño de la fuerza laboral en salud debido a que no se realizaron estudios globales posteriores a 1980. Ese año el sector salud empleaba a un total de 210.000 personas (aproximadamente el 2,9% de la fuerza de trabajo del país). Estimaciones realizadas en 1985 basadas en el catastro de 1980 señalan que la fuerza laboral alcanzaba a casi 400 000 personas que constituían el 4% de la población económicamente activa.^{23, 24} La estructura de recursos humanos en salud presenta la forma de una pirámide invertida, en la que la participación relativa de las categorías profesionales resulta muy superior a las de las categorías técnicas y auxiliares.

En lo que respecta al personal de enfermería se han realizado estimaciones en 1988 y 1994, llegándose a la conclusión de que el país cuenta hoy con aproximadamente 85.000 agentes: 1000 licenciadas en enfermería (1,2%), 25.000 enfermeras de nivel terciario (29,4%), 49.000 auxiliares de enfermería (57,6%) y unas 10.000 personas (11,7%) con formación empírica en fase de conversión a auxiliares de enfermería. Durante los últimos cinco años se produjo un incremento significativo de auxiliares de enfermería y de enfermeras profesionales, debido a la política de conversión de personal de enfermería. Se ha duplicado el número de auxiliares y se prevé un incremento adicional de 10.000 enfermeras de nivel terciario para el año 2000.²⁵ En la actualidad el MSyAS está trabajando en dos proyectos de recolección de información que permitirán actualizar los datos relativos al número de recursos humanos en salud del país.^{26, 27}

En el sector privado continúa el crecimiento de profesionales de la salud en un mercado de trabajo saturado y con problemas de flujo financiero. El mercado de trabajo resulta cada día más difícil para los jóvenes profesionales, que durante buena parte de su tiempo asisten como concurrentes a las instituciones públi-

²³ ABRAMZON, M. (1993). *Recursos humanos en salud*. Inédito.

²⁴ ABRAMZON, M. (1996). *El panorama de las especialidades médicas en Argentina*. Inédito.

²⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LASALUD (1995). *Desarrollo de enfermería en Argentina, 1985-1995*. Publicación No. 42, Representación de Argentina, Buenos Aires.

²⁶ Ministerio de Salud y Acción Social (1996). *Sistema de información permanente de recursos y servicios de salud: lineamientos generales del sistema*. PRESSal. Dirección de Estadísticas de Salud, Buenos Aires.

²⁷ Ministerio de Salud y Acción Social (1996). *Proyecto de formación y capacitación de personal intermedio de salud*. Dirección de Recursos Humanos de Salud, Buenos Aires.

cas para adquirir experiencia y abonar el camino para su práctica privada. La sobreoferta de servicios lógicamente conlleva un uso excesivo y gastos innecesarios para el sistema. El empleo profesional está orientado al hospital público en menor escala y a la práctica privada ligada a las obras sociales y servicios prepagos. Hasta hace pocos años se estimuló el pago por acto médico y la libertad de elección de profesionales por parte de los usuarios. Hoy en día los intermediarios (obras sociales, entes privados y otros) prefieren nuevas formas de contratación de pago *per capita* vinculado con un paquete de beneficios, los cuales, a su vez, pueden favorecer la subutilización y las listas de espera.

En cuanto a la flexibilización laboral del personal de salud, habría que diferenciar entre lo que ocurre con el mercado de trabajo profesional y con los otros recursos humanos del sector. En el caso de los profesionales, la mayoría de los médicos han privilegiado el ejercicio liberal de su profesión y han sido poco partidarios del empleo médico bajo contratación laboral y pago por sueldo. La CoMRA estimuló la contratación de servicios mediante el pago de honorarios utilizando el *Nomenclador Nacional*. En las provincias, los hospitales públicos manejan el pago por salario, y en los últimos tiempos, con el hospital de autogestión, se crearon estímulos al desempeño en términos de productividad, eficiencia y calidad. El resto de profesionales también sigue un patrón de pago por actividad o por procedimiento (laboratorio, radiología, etc.).

El personal administrativo y de servicios generales es pagado por nómina con un salario fijo. También se ha incrementado la contratación de servicios de lavandería y de alimentación con empresas especializadas. Es difícil estimar la cifra de personal que trabaja en el sector público como concurrente o en pasantías sin recibir remuneración por su trabajo. Estos se vinculan en una relación docente asistencial ligada a programas académicos de diferente tipo y calidad, ofreciendo sus servicios profesionales por períodos de tres a cinco años hasta obtener un trabajo medianamente estable en el sector privada o vincularse a los ya escasos cargos con remuneración fija.

Si bien los conflictos laborales son frecuentes en Argentina, en el sector salud no hay evidencia o demostración activa de descontento. Las expresiones de conflicto podrían observarse en las corporaciones de profesionales, pero estas suelen reaccionar más activamente a los problemas de sobreoferta y de liquidez por el pago en mora de las cuentas adeudadas por clínicas y sanatorios. Esto se observó con más evidencia en la crisis del INSSJyP (PAMI) durante 1996, que tiende a normalizarse con las últimas medidas tomadas por las autoridades nacionales.

No hay cifras que muestren una reducción de personal en las instituciones públicas o privadas, a excepción de las estructuras administrativas de los ministerios de Salud, que por motivo de la "Segunda Reforma del Estado" han sufrido reducciones importantes de recursos humanos estimadas en una cifra aproximada de 500 personas. Sin embargo, cada día hay una mayor capacidad ociosa por

exceso de oferta y un mayor número de profesionales que terminan sus estudios de medicina y deciden no continuar la vía de especialización. Otro hecho relevante es que en la mayoría de las provincias el uso de servicios del sector público se ha incrementado ante el rechazo y disminución de cobertura real por las obras sociales.

La gran negociación laboral por parte de la CGT se centra en mantener las obras sociales bajo su eje de manejo directo y no abrir estas instituciones a la competencia del mercado asegurador. En estos cinco años, mientras se mantiene la negociación entre el gobierno y las corporaciones, se ha desatado una competencia interna entre las obras sociales para modernizar su gestión y no permitir la apertura del mercado asegurador, garantizando así el mantenimiento del perfil original y promoviendo solo la reconversión interna del sistema.

La gestión de personal

Uno de los cambios más significativos de esta década en la Argentina es la pérdida de poder de la CoMRA al desautorizarse por decreto su papel de intermediario en la contratación de los servicios profesionales requeridos por las obras sociales. Hoy están surgiendo nuevas formas de intermediación y de contratación a través de nuevas entidades (tanto médicas y prepagas sindicales como del sector privado, etc.). Esto posiblemente causará una mayor dispersión de la gestión de personal profesional en la seguridad social (obras sociales y prepagas). La tendencia es al pago *per capita* por paquete de beneficios.

Capacitación

El proceso de reforma del sector salud en la década de los noventa no contempla en forma explícita la capacitación y formación del personal. Ello no obstante, cabe mencionar que mediante los componentes de fortalecimiento institucional de los distintos proyectos del BID y del BM se han destinado importantes recursos para la capacitación y formación de recursos humanos en ese sector. Quizás habría que tener en cuenta lo contemplado en la reforma educativa y los cambios inherentes en cada universidad y en las facultades de Ciencias de la Salud, donde se observan algunas adaptaciones a los cambios realizados en el sector y señalados en el PMO, que orienta su acción a un modelo de salud integral y de medicina familiar con énfasis en la prevención y en la promoción de la salud. Además de la intencionalidad reflejada en el decreto respectivo, en varios foros y seminarios ha comenzado a debatirse la factibilidad de reconvertir el modelo excesivamente fragmentado, especializado y hospitalario en un sistema integrado, más ambulatorio, familiar y que fomente la prevención y la promoción de la salud.

El obstáculo más difícil de superar para cambiar el modelo de práctica médica en el sector radica sin duda en la búsqueda de nuevas formas de organización y de remuneración orientadas conjuntamente a privilegiar la salud integral, con enfoques ambulatorio y familiar, la promoción de la salud y las acciones de prevención y detección precoz de enfermedades. Para ello se requerirá que los pactos de pago por paquete o grupo de beneficios estimulen este conjunto de actividades y se generen centros ambulatorios que las privilegien. Hasta el momento el sistema de salud argentino ha privilegiado con sus modalidades de remuneración un mercado de especialización y uso intensivo de tecnología para la atención de los casos complejos, especialmente en el manejo de las enfermedades crónicas. De igual forma, es escasa la orientación de acciones intersectoriales orientadas al manejo de problemas como el tabaquismo, los accidentes, la violencia, el SIDA y la drogadicción, que requieren nuevas formas de organización y remuneración para estimular a los profesionales hacia los servicios ambulatorios con participación de los usuarios. Quizá sea este el desafío más grande para el sistema de salud argentino, hoy aculturado por la especialización y la incorporación de tecnología. Un equilibrio entre lo curativo y lo preventivo-promocional es necesario para reorientar el modelo a los propósitos del PMO.

VI. Una aproximación a la evaluación de resultados

Los mandatos de los cuerpos directivos de la OPS/OMS y de la Reunión Cumbre de Presidentes en Miami recomendaron el seguimiento y monitoreo de los procesos de reforma en la región de las Américas, en relación con la estructura, proceso y resultado del sector salud. Para ello la división de Desarrollo de Servicios de Salud ha preparado una guía preliminar para iniciar el trabajo en los países. Este documento incorpora esta iniciativa e intenta con la información disponible ofrecer un análisis del proceso de reforma en la Argentina.

El sector salud ha incorporado recientemente un conjunto de medidas que influyen en forma variada. En el presente informe se consideran algunas de las variables que condicionan los objetivos de equidad y eficiencia del sistema y que pueden reflejar el alcance de las medidas vigentes. No se evalúa aquí el grado de cumplimiento de los objetivos mencionados. A partir de la información que se detalla es posible observar algunas de las tendencias en el comportamiento del sector e identificar las desigualdades más relevantes. El informe incluye apreciaciones sobre el proceso de reforma en la Argentina basadas en documentos de diversos autores que muestran la dinámica propia de la reforma.

La equidad

Promover la equidad en salud significa disminuir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas tanto en el estado de salud como en la atención y servicios dispensados a los pacientes y a la población en general. Existe un avance y consenso acerca de la definición de equidad en salud. Suele hablarse de equidad en el financiamiento, en la utilización de los servicios, en la oportunidad de los tratamientos y en la calidad de las prestaciones médicas.²⁸ En el presente trabajo se ha relevado información acerca de las condiciones básicas, propias del sector salud, que dan origen a las principales desigualdades. Estas condiciones son: la *cobertura*, los *beneficios* y la *accesibilidad*.

Es importante señalar que se utiliza el término *cobertura* tanto para referirse a las personas que cuentan con algún seguro, o son beneficiarias de un sistema

OPS/OMS (1997). Documento sobre la Reforma del Sector Salud.

que les garantiza la asistencia, como al conjunto de prestaciones incluidas en los seguros. Por esto es conveniente, en primer lugar, distinguir entre cobertura de seguros, cobertura asistencial y conjunto de prestaciones cubiertas. Los argentinos cuentan con seguros asistenciales de carácter obligatorio (obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y PAMI), seguros voluntarios (empresas privadas con y sin fines de lucro) y la posibilidad de ser asistidos en los hospitales públicos en virtud de la universalidad de sus programas asistenciales.

El segundo elemento por considerar, relacionado con la equidad del sistema, lo constituyen los *beneficios* comprendidos en los distintos seguros. Se observan importantes diferencias en el tipo y calidad de las prestaciones brindadas en los establecimientos públicos, en los planes asistenciales ofrecidos por las empresas de medicina prepaga y en el programa médico que ofrecen las distintas obras sociales. La determinación de un conjunto de prestaciones básicas (PMO) incluidas en los seguros puede favorecer la equidad del sistema al homogeneizar los servicios a prestar y al convertirse al mismo tiempo en un instrumento adecuado para incrementar la eficiencia global del sistema. Ahora bien, este pronóstico basado en el comportamiento teórico puede estar muy alejado del impacto real si se tiene en cuenta la dinámica del sector salud. Dada la reciente vigencia del PMO en el conjunto de las obras sociales nacionales, no es posible observar si la medida ha logrado disminuir la dispersión existente en los beneficios efectivamente brindados.

Otro aspecto relevante para el análisis de la equidad del sistema es la *accesibilidad* de los distintos servicios asistenciales por parte de la población. Se entiende por *accesibilidad* una cobertura integral de cuidados médicos desde los puntos de vista legal, económico, institucional y cultural. Esta accesibilidad debe referirse a todos los niveles de resolución que la sociedad está en condiciones de ofrecer, es decir, a los tratamientos adecuados y en el momento oportuno, independientemente de la capacidad de pago de los demandantes.

Equidad en el estado de salud

Existe preocupación por ciertos cambios sociosanitarios con tendencia creciente observados en algunas provincias argentinas. Estos cambios pueden indicar que está siendo afectada la calidad de vida de los habitantes más pobres, que viven en los barrios marginales del conurbano bonaerense y en las provincias más castigadas por el desempleo. Si bien se ha registrado una disminución global de la mortalidad infantil en la Argentina en el período 1992-1995, los índices más altos corresponden a las provincias del Chaco (donde bajó de 33,5 a 32,8 por mil), Formosa (de 32,3 a 30,5), Corrientes (de 27,7 a 27,3), Salta (de 32,8 a 26,8) y Jujuy (de 32,5 a 26,4). Las tasas de mortalidad tanto general como infantil disminuyeron en la Capital Federal (14,9 a 13,1) y en la Provincia de Buenos Aires

(23,5 a 22,2), pero se registraron incrementos en las provincias de Córdoba (de 19,6 a 20,5 por mil), Chubut (de 19,9 a 20,3), San Juan (de 23,7 a 25,2), Santa Cruz (de 20,6 a 21,9) y Tucumán (de 28,8 a 28,9).

En términos de inequidad y de diferenciales de salud, la mortalidad infantil señala indirectamente distintos niveles en la calidad de vida y en el acceso a servicios. Así, para 1995 las tasas de mortalidad infantil más bajas corresponden a Tierra del Fuego y la Ciudad de Buenos Aires: 11,1 y 13,1 por mil, respectivamente. Sin embargo, como indicamos más arriba, el Chaco y Formosa presentan el otro extremo del indicador, con 32,8 y 30,5, respectivamente. Tales diferencias o brechas señalan la necesidad de incrementar y reforzar las acciones para mejorar los resultados en esas provincias.

Otro indicador para revisar es la presencia de niños con bajo peso al nacer: para la Argentina la cifra promedio es de 6,77%. También las expectativas de vida al nacer para 1996 nos muestran las diferencias entre las provincias. El grupo más favorecido, con una expectativa de vida por encima de 72 años, se encuentra en la Capital Federal, Córdoba, Buenos Aires y Mendoza, las jurisdicciones con mejor calidad de vida y mejor acceso a servicios. En el otro extremo, con una expectativa de vida menor a 70 años, figuran el Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Santiago del Estero. Asimismo se observa marcada diferencia entre las expectativas de vida de cada género: 68,44 años para las mujeres y 75,59 para los hombres.

Equidad en la cobertura

Dada la superposición de categorías y la doble cobertura existente entre las obras sociales, los planes médicos o mutuales resulta difícil de estimar la cobertura en salud de la población. Sin embargo, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, alrededor del 62,2% de la población contaba con de algún tipo de cobertura. Este porcentaje varía según el área geográfica, alcanzando el 79,5% en la Capital Federal y disminuyendo a 42,1% en la provincia de Jujuy.²⁹

Según el Censo Nacional de Población de 1991, se estima que la población sin cobertura de obra social ni plan médico o mutual es de 36,39%. Los datos de la evolución del mercado laboral a partir de entonces hacen suponer que esa cifra se ha incrementado, aunque, por la falta de registros confiables, ello no es fácil de comprobar. Los porcentajes de población sin cobertura varían según la jurisdicción política, según los datos censales de 1991. En un extremo se encuentran Formosa (56,39%), Santiago del Estero (54,08%), el Chaco (51,23%), Misiones

²⁹ INDEC (1995). *Censo Nacional de Población y Vivienda 1991*. Buenos Aires.

(48,96%), Salta (41,83%) y Corrientes (47,53%), y en el otro extremo, se la Capital Federal (19,49%) y Santa Cruz (22,94%).

En la Capital Federal casi el 80% de su población está cubierta por algún sistema de seguro obligatorio o voluntario, y en la Provincia de Buenos Aires el 62,3% (casi igual al promedio nacional). Las cifras más bajas de cobertura se encuentran en el Chaco (47%), Formosa (42,1), Jujuy (55,3), Misiones (49,3), Salta (50,5) y Santiago del Estero (43,7). Estos datos marcan en forma indirecta las diferencias en la estructura productiva y el empleo; en cada caso, la posibilidad de estar afiliado a un seguro obligatorio o voluntario indica que existe relación laboral de dependencia y capacidad de pago para elegir un servicio voluntario. Así, en la Capital Federal y en la Provincia de Buenos Aires las oportunidades de trabajo y la capacidad adquisitiva de la población son bastante mejores que en las otras provincias.

Hay que anotar que la cobertura de las obras sociales registradas como de la Provincia de Buenos Aires en el territorio bonaerense y en la Capital Federal corresponde aproximadamente a un 10% del total de la población beneficiaria de algún sistema de seguro, mientras que en otras provincias el peso relativo de las respectivas obras sociales provinciales (sector público y trabajadores autónomos) es de una tercera parte para Mendoza, dos terceras partes para Formosa, 50% para el Chaco, y casi el 90% para Jujuy. Esta cobertura de la seguridad social provincial en el llamado "interior" del país indica el peso relativo de los seguros obligatorios (obras sociales provinciales) siendo la relación con el sector prestador (público y privado) muy distinta de la prevaleciente en la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires.

Esta diferencia de composición de las fuentes de financiación y origen de los recursos imprimen características peculiares a los sistemas de prestación, que inciden a su vez sobre el acceso a los servicios y la responsabilidad de la cobertura. Visto de esta forma, en las provincias más pobres el hospital público asume una carga y responsabilidad importantes para un creciente porcentaje de población carente de sistemas de seguridad social; en la mayoría de los casos también atiende a los afiliados de las obras sociales provinciales, especialmente en las patologías de mayor complejidad y costo.

Para 1992, se estimó que el número de aportantes a las obras sociales nucleadas en la ANSSal fue entre 3,3 y 4,2 millones, lo que llevaría el total de beneficiarios a una cifra entre 9,3 y 11 millones de personas. Información basada en fuentes del Ministerio de Economía de la Nación calcula en 3,3 millones los aportantes y en 7,8 millones los beneficiarios de este grupo de obras sociales para 1994. En ambos casos no es posible discriminar el nivel de duplicación de cobertura, ya sea por múltiple dependencia laboral o por haber más de un aportante titular en una familia. Para 1994, TAFANI (véase la siguiente nota al pie de página) presenta una cobertura de 19 millones de personas, distribuida de la siguiente ma-

nera: 8,5 millones en obras sociales nacionales; 5,2 millones en obras sociales provinciales; 4 millones en el INSSJyP-PAMI, y 2,3 millones en las prepagas. Estas cifras representan una cobertura de seguridad social del 58,40%, lo cual coincide con la idea de una disminución de la población beneficiaria debido a la reducción de titulares o afiliados. Se observa un incremento de la relación beneficiarios por titular, que ha pasado de 2,26 a 2,38, con la consiguiente pérdida de financiación relativa para el sistema.³⁰

Como la cobertura de seguridad social abarca aproximadamente a un 59% de la población total, queda casi un 41% sin cobertura. Cabe recordar que la falta de cobertura no se mantiene en la misma proporción para todos los grupos de edad, siendo los menos protegidos los de 1 a 29 años. El porcentaje de población cubierta ha variado en los últimos años: del 66,4% de la población total en 1980 pasó al 69,5% en 1993. Cabe destacar que según el “*Módulo de utilización y gastos en servicios de salud*” (EPH, 1989), la población afiliada a obras sociales representaba el 60% de la población urbana. Se estima que la cobertura es actualmente algo inferior: 57%. Las últimas normas y las exigencias para la confección del padrón de beneficiarios hacen suponer que en los próximos meses se contará con datos actualizados y confiables. Pero por el momento se verifican fuertes diferencias según la fuente de información.

Dos estudios efectuados por la ANSeS en 1992 señalan que:

- 34 obras sociales grandes agrupan un porcentaje cercano al 80% de los beneficiarios totales del sistema;
- las diez mayores obras sociales reúnan a la mitad de la población beneficiaria, las primeras treinta casi al 75%, y las primeras cuarenta al 80%;
- si se clasifican los niveles de aporte por beneficiario en alto (más de 16,50 pesos), medio (entre \$13,50 y \$16,50) y bajo (menos de 13,50), según datos de 1992, en el primer tramo está comprendido el 16% de la población beneficiaria, en el segundo el 17%, y en el tercero el 66%;
- el 80% de los beneficiarios se agrupaba en obras sociales cuyos salarios equivalen a menos del 40% de los grupos de mayor sueldo;
- tomando como referencia los datos de los censos nacionales de población de 1980 y 1991, la población con cobertura de seguros disminuyó.

El porcentaje de población cubierta difiere según nivel socioeconómico y región geográfica, entre otros condicionantes.³¹ La información más reciente corresponde a la EPH del INDEC. Los beneficiarios de las obras sociales provinciales se han incrementado notoriamente: en 1980 representaban el 15,52% de la pobla-

ción cubierta total, pasando a representar en 1993 el 20,59%, con una tendencia creciente hasta el momento (INDEC, *Censo Nacional de... 1991*). Dado que la condición de afiliación a algún seguro de salud condiciona el comportamiento de las personas en lo que atañe a su demanda de prestaciones médicas, se considera significativa esta variable para la medición de las desigualdades iniciales de las personas al momento de satisfacer sus demandas o necesidades de cuidados médicos.

EQUIDAD EN EL ACCESO

Una vía indirecta para evaluar el acceso de la población a las prestaciones médicas es el análisis de la oferta, identificando las correspondientes reglas de admisión de pacientes y midiendo la oportunidad de la atención. En principio, se reconocen diferencias en el acceso a las prestaciones si los pacientes son beneficiarios del seguro voluntario o se atienden directamente en los hospitales públicos.

En relación con los recursos disponibles, el diagnóstico generalmente aceptado es que el mercado de servicios asistenciales se encuentra saturado y esto implica un marcado desequilibrio entre la oferta y la demanda de estos bienes y servicios, que se traduce en un número excesivo de médicos y un número excesivo de camas. A modo de ejemplo, se detallan algunos datos que definían la situación anterior a la propuesta de reforma y que hasta el momento no se han revertido.

En 1988, en la Provincia de Buenos Aires había 395 habitantes por médico (INDEC, *Censo nacional de... 1991*), variando desde 120 habitantes por médico en La Plata (capital de la provincia) hasta más de 700 hab./médico en el Distrito V del Colegio Médico (General Sarmiento, Pilar, etc.), que es la zona más pobre del conurbano bonaerense. Estos valores resultan particularmente llamativos al compararlos con datos de otros países: Canadá 460 hab./médico, Alemania 356, Holanda 424, Reino Unido 729 y Estados Unidos 428 (véanse INDEC, *Anuario Estadístico de la República Argentina, 1993*, y *Anuario Estadístico de la República Argentina, 1995*, Buenos Aires).

Muchos de los aspectos relativos al mercado de trabajo requieren estudios particulares, para actualizar la información, pero también procesos de búsqueda de consenso. Por el momento pueden formularse las siguientes observaciones:

- La razón habitantes por médico era de 367 en el año 1992; en los puntos extremos de esta relación se hallan la Capital Federal, con 113 hab./médico, y la provincia de Formosa, con 911 (ABRAMZON, *Recursos humanos en salud*).
- La proporción de enfermeras por diez mil habitantes es 8, considerada insuficiente. Además, en la Argentina hay cuatro médicos por cada enfermera y 5,4 enfermeros por cada diez mil habitantes, con distribución desigual según las regiones (ABRAMZON, *Op. cit.*).

COBERTURA Y ACCESO EFECTIVO POR TIPO DE SERVICIO ASISTENCIAL

En el seguro obligatorio (esto es, en las obras sociales) se modificó en los últimos años el nivel de cobertura al demandar de sus beneficiarios distintas formas de pago en el momento de la demanda asistencial. Se han generalizado los coseguros y el cobro de aranceles con valores diferentes entre las obras sociales. Antes de la determinación del PMO, las obras sociales podían cubrir distintas prestaciones (según su capacidad financiera), y una forma de resolver los alcances de la cobertura real dependía de la existencia de bonos, chequeras y autorizaciones previas, además de los coseguros y copagos ya mencionados.

Es posible que las últimas resoluciones que determinan la distribución automática del Fondo de Redistribución de la ANSSal, para equilibrar el ingreso por titular beneficiario, tiendan a una mayor uniformidad en la cantidad y calidad de las prestaciones cubiertas por las distintas obras sociales. En principio, la determinación de las prestaciones de alta complejidad financiadas por el fondo de redistribución refuerza esta tendencia.

En los seguros voluntarios, la mayoría de las empresas de medicina prepaga incorporan en los contratos con sus afiliados una lista de carencias por tiempo limitado y de exclusiones de prestaciones, o establecen circunstancias en las que no se darán las prestaciones, y determinan los casos en los que rigen copagos, con sus correspondientes valores. También existen condiciones para el otorgamiento de los beneficios, tales como las autorizaciones previas y el cumplimiento del pago de la cuota. Este conjunto de medidas, aunque común en los seguros voluntarios, no es exactamente el mismo para todas las entidades y ello origina variaciones difíciles de medir y evaluar por los asegurados. Además, si el seguro voluntario no cuenta con una regulación específica, el cumplimiento de los contratos se convierte en un hecho incierto.

Por último, la producción de los hospitales públicos descansa fundamentalmente en la estructura física, su equipamiento, los recursos humanos especializados, el horario de atención y la accesibilidad geográfica de la población. Todo ello obliga al estudio específico de cada zona para establecer el grado de cobertura y el acceso efectivo de los usuarios a los hospitales públicos.

El porcentaje de parto institucional en la Argentina fue del 96,40% para 1994, lo que indica una amplia cobertura de atención de la madre en el momento del parto y contribuye en forma importante a reducir las tasas de mortalidad materna. Sin embargo, aún es posible reducir este riesgo si se incrementa la eficacia del control prenatal en las jurisdicciones que contribuyen con más casos.

EQUIDAD EN LOS BENEFICIOS Y EN EL USO DE LOS RECURSOS (CANTIDAD Y CALIDAD DE LAS PRESTACIONES INCLUIDAS)

En la actualidad son los servicios provinciales y municipales los que atienden a los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social, y a quienes padecen limitaciones de acceso o geográficas. Esos servicios constituyen

la infraestructura mayor y más extendida en el país. A pesar de la crisis que atraviesan, los servicios públicos gratuitos han debido afrontar la mayor demanda derivada del deterioro de la cobertura de muchas de las obras sociales, mediante un mecanismo de subsidio público a la seguridad social (véase OPS, *Evaluación conjunta de la cooperación técnica de la OPS/OMS al Gobierno de la República Argentina (período 1992-1995)*, Representación en la Argentina, 1996, inédito).

Diversas fuentes afirman que la determinación de las prestaciones incluidas en el PMO no ha sido estudiada rigurosamente y que es probable que se modifique a partir de nueva información más desagregada. El PMO establecido es amplio y poco preciso, sin exclusiones significativas y sin que se especifiquen límites a las cantidades de prestaciones incorporadas que pueden utilizar los beneficiarios. Es probable que este primer paso en la búsqueda de un seguro más homogéneo (y más competitivo) haya tendido a incrementar las obligaciones de las entidades que otorgaban menores prestaciones. Cabe esperar que en los próximos avances se contemplen las condiciones epidemiológicas de cada región, de suerte que al contar con una adecuada diferenciación por zona, riesgo y edad, se tenderá a una mejor asignación de recursos. Por estas razones, puede afirmarse que la utilidad de la determinación de los beneficios aumentará en la medida en que estos surjan de un análisis especializado y que se complementen con un sistema riguroso de control de su cumplimiento.

Los cuatro criterios aplicados en otros países para transferir los tipos de asistencia al paquete básico son:

- a) ¿Es necesaria la asistencia desde el punto de vista de la comunidad?
- b) ¿Se ha demostrado que sea efectiva?
- c) ¿Es eficiente?
- d) ¿Puede dejarse librada a la responsabilidad individual?

Estas preguntas sirven de tamiz que permite incorporar a la lista obligatoria los servicios sobre los que sean positivas las primeras tres respuestas y negativa la cuarta.³² Estos criterios, explícitos en el caso de Holanda, están implícitos en otros sistemas que dejan fuera del paquete obligatorio parte de la odontología y de la financiación de medicamentos en la atención ambulatoria, los servicios considerados poco eficaces (tales como los tratamientos psicoanalíticos largos y en algunos casos la homeopatía) y los suntuarios (cierta cirugía plástica).

Por otro lado, y en particular para el caso argentino, no puede omitirse la importancia de las condiciones de trabajo, del proceso de producción, que son las que en definitiva fijan los costos del paquete de prestaciones a incorporar en el seguro. Esas condiciones son las modalidades de pago, con sus correspondientes escalas de precios, y la tecnología tanto médica como organizativa disponibles.

LOS CAMBIOS EN LA OFERTA, EL MERCADO Y LA COMPETENCIA

La competencia es uno de los instrumentos para mejorar la eficiencia y la ca-

lidad de los servicios. Además actúa como regulador del mercado y de los precios. La reforma argentina ha privilegiado en primer lugar el ofrecimiento de una competencia entre las obras sociales para mejorar su eficiencia y evitar altos costos administrativos por la dispersión del sistema de oferta; en segundo lugar, entre los prestadores privados que ya no se encuentran tan protegidos por la entidad gremial que los representaba, y en tercer lugar, la participación de los proveedores públicos (hospitales de autogestión). El impacto de estos mecanismos de competencia no es lineal y automático, dada la dinámica del mercado de la salud, que tiende a una competencia por diferenciación del producto más que por precios, y que es sumamente dinámica en la incorporación de tecnología.

Estos factores podrían conducir a un incremento en la oferta de prestaciones complementarias al PMO con financiación voluntaria y a la concentración de proveedores para mejorar los niveles de rentabilidad. El conjunto de medidas impulsadas en el sector y las presiones originadas en otras esferas de la economía han tenido impacto en el comportamiento de las instituciones de salud, con resultados aún inciertos en relación con la equidad y la eficiencia del sistema. Los cambios más relevantes podrían sintetizarse en los siguientes párrafos.

Las obras sociales han ingresado paulatinamente al Programa de Reversión (PROS) y han aceptado el financiamiento ofrecido para su modernización. Ha sido notable el incremento de las entidades privadas de asistencia técnica ocupadas en elaborar los planes de cambio.

En 1997 se inició la posibilidad de elegir obra social por parte del afiliado o beneficiario. Los resultados de la primera etapa muestran que los beneficiarios del sistema tienen poca información sobre sus derechos y sus opciones, y tienen un alto grado de incertidumbre para decidir retirarse de un mecanismo que es copartícipe de la relación sindical y que en su opinión podría aún darle seguridad o estabilidad laboral en esta época de cambios y de flexibilización de las relaciones contractuales.

Las obras sociales y el INSSJyPhan incrementado los mecanismos de intermediación públicos y privados para la administración gerenciada de los servicios. Este fenómeno indica que se están configurando nuevas formas de intermediación entre las obras sociales y los entes prestadores, en reemplazo de los mecanismos gremiales tradicionales.

Hay una rápida transformación de los sistemas de pago a los profesionales y a las entidades prestadoras de servicios. Se utilizan sistemas de pago capitado, pago por acto médico para lo más especializado, nomencladores modulares, y están apareciendo nuevas ideas para estimular el pago de las prestaciones orientadas a las acciones de promoción y prevención de la salud.

La gerencia y la gestión de las instituciones tienen una creciente tendencia a la modernización y a la reingeniería del sistema. El impacto de estas acciones aún

no es posible evaluarlo; sin embargo, la orientación de la reforma privilegia la formación de redes de prestadores integrados y con un manejo de historia clínica única y sistemas de control de costos y facturación; se promueve la elaboración de padrones de beneficiarios del sistema para evitar duplicaciones, y se propicia la medición y evaluación de la producción de servicios. La tradición y la cultura de la no información, el elevado volumen de transacciones del sistema y los intereses subsectoriales transitan en contravía a los cambios deseados.

En el ambiente político del sector salud se avanza en las propuestas de regulación en materia de: garantía de calidad; regulación de los sistemas prepagos; regulación y control de la recaudación del sistema de obras sociales; mecanismos de certificación, recertificación y reglamentación de las profesiones y técnicas de la salud. Aún es notoria la presencia de instituciones efectoras sólidas para garantizar el cumplimiento de las normas convenidas. La Superintendencia de Servicios de Salud es la entidad facultada para cumplir el papel regulador del Estado bajo la dependencia del MSyAS.

En relación con el financiamiento, ha sido clara la tendencia a reducir las alícuotas de aporte al sistema de obras sociales para disminuir costos de producción y forzar al sistema a mejorar su eficiencia. Se ha fortalecido la distribución automática del fondo de redistribución y solidaridad para las prestaciones de alta complejidad. Este mecanismo es un instrumento de equidad y de redistribución de beneficios que aún no incorpora a los sistemas de medicina prepaga, como se hace en otros países.

La determinación del Plan Médico Obligatorio (PMO) es un instrumento que contribuye a la equidad de beneficios y prestaciones. Se establece un mínimo de coberturas a los que el afiliado al sistema de obras sociales y prepagos tiene derecho. En el futuro, con algunos ajustes y modificaciones, puede contribuir a favorecer un sistema de cobertura universal para todos los ciudadanos en un sistema mixto (aseguramiento público y privado) regulado para favorecer la equidad, la eficacia y la calidad.

El sector privado de la salud mantiene su tendencia a incrementar la oferta de prestaciones rentables con incorporación de alta tecnología. De hecho, en el período de estabilidad económica la compra y renovación de equipos y tecnología creció en forma notoria. Por otro lado la oferta de servicios ambulatorios y de diagnóstico está sobresaturada y con problemas de liquidez ocasionados por la deuda del sistema de obras sociales.

El sistema de medicina prepaga de afiliados voluntarios ha reducido su posibilidad de crecimiento ante la saturación de la demanda, y mantiene la atención en la posibilidad de competir abiertamente con las obras sociales para captar dichos recursos en el futuro. La posibilidad regulación por el Estado es una apertura para cumplir requisitos que lo faculten a una libre competencia. Las entidades

aseguradoras internacionales en época de globalización y de expansión presionan en este sentido. El progreso de las AFJP y las ART, su capitalización y su liquidez favorecerán hacia el futuro la solidez del sistema financiero.

Los cambios observados no tienden por sí mismos a mejorar la equidad y la eficiencia, puesto que no se han considerado *a priori* las desigualdades iniciales de la población. El problema de la distribución de los recursos subsiste en la medida en que no se avance hacia una mayor coordinación entre los distintos subsectores. Por otra parte, es posible que los cambios observados estén más asociados a las exigencias extrasectoriales que a los objetivos intrasectoriales de garantizar una asistencia integral a toda la población.

EQUIDAD FINANCIERA

En la Argentina se gastan casi veinte mil millones de dólares anuales en salud. Los hospitales públicos consumen 4000 millones de dólares; las obras sociales, incluido el PAMI, 6700 millones; la medicina privada, 3500 millones de dólares. En medicamentos se gastan aproximadamente 4000 millones de dólares por año. El grueso del gasto en salud lo financian el Estado y la seguridad social, esta última con aportes sobre los salarios.

Según datos del MSyAS, el **gasto sanitario público como porcentaje del PBI** en 1994 (incluye obras sociales) fue de 4,03%. Como **porcentaje del gasto público total** representó el **16,49%** (incluyendo las obras sociales). Ello equivale a un **gasto sanitario público por habitante de 388 pesos** para ese año (INDEC, *Anuario estadístico de la República Argentina, 1995*).

El **gasto público en salud consolidado** de la Argentina entre 1991 y 1994 aumentó de 7576 millones a 12.169 millones de pesos convertibles, es decir, **creció un 60%**. En relación con el producto bruto interno, se concluye que el gasto del subsector público en salud ha crecido de 3,64% en 1980 a 4,3% del PBI en 1994.

Como proporción del PBI, en 1995 el **gasto público social consolidado** representó el **18,41%**, y el **gasto público social consolidado del sector salud** el **1,75%** (véanse SUBSECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN ECONÓMICA DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS DE LA NACIÓN, *Argentina en crecimiento, 1995-1999. Proyecciones macroeconómicas*, Bs. As., 1995, y MSYAS, *Informe de programas de Salud*, Bs. As., 1996).

La evolución de la inversión en salud, educación y cultura en los últimos lustros en la Argentina muestra que no existe una correlación clara entre el nivel de generación de riqueza (PBI) y las erogaciones públicas en salud y educación. Se verifica que estos gastos responden a la dinámica de la restricción presupuestaria (véanse MSYAS, *Informe... de Salud*, 1996, y PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO - COMISIÓN DE ECOLOGÍA Y DESARROLLO HUMANO DEL HONORABLE SENADO DE LA NACIÓN, *Informe sobre desarrollo humano en la Pro -*

vincia de Buenos Aires, 1996, Bs. As., 1996).

El análisis del **gasto público en salud** entre 1980 y 1995 muestra que en ese lapso hubo una disminución de la participación de los recursos del presupuesto nacional, al tiempo que aumentó significativamente el papel de las provincias y se registró también el incremento de la participación de los municipios en la financiación de ese gasto. Para el período 1994-1995 ese incremento fue de un 35,8%. En parte respondió a la descentralización de algunos servicios por los gobiernos provinciales, en los que el gasto municipal representa unos 580 millones de pesos, equivalente al 0,23% del PBI.

El **gasto público en salud ha aumentado desde 1992, hasta alcanzar en 1995 a 12.248 millones de dólares**. En ese último año, según datos de la Secretaría de Programación Económica, de la Secretaría de Hacienda y del INSSJyP, la estructura porcentual del gasto público en salud fue la siguiente: Nación 4,8%, ANSSal 2,6%, INSSJyP 22,6%, transferencias de la Nación a las provincias 0,8%, provincias y municipalidades 36,1%, obras sociales nacionales 20,9% y obras sociales provinciales 12,2%.

Entre 1992 y 1995 habrá aumentado la participación del gobierno nacional y de las provincias y municipios en el gasto público en salud, mientras que se manifiesta una pronunciada caída de la participación del sistema de obras sociales nacionales, de 32,7% a 23,5%. Importa resaltar el peso que asume el INSSJyP, cuyo gasto resulta ser entre un quinto y una cuarta parte del total del gasto público.

Las obras sociales nacionales tienen un comportamiento expansivo en la década del ochenta y disminuyen en la presente década. Las obras sociales provinciales y el PAMI prácticamente duplicaron su gasto. El PAMI puede considerarse como una entidad reguladora del mercado de la salud.

El **gasto solidario en salud** (sector público y obras sociales) representó en 1994 el 4,44% (11.073 millones de pesos) del PBI y el 4,70% en 1995, según la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía. El peso del incremento se relaciona con el PAMI.

El **gasto privado** como participación del PBI tiende a disminuir de 4,5% en 1970 a 2,7% en 1993. Se considera que el escenario futuro será de restricción permanente y que el gasto crecerá al ritmo del crecimiento de la economía.

En cuanto a la composición del gasto individual, una encuesta realizada en noviembre de 1995 en la región metropolitana mostró que el medicamento es el primer rubro y representa el 34% del gasto de bolsillo. Le sigue con un 14% el gasto en afiliaciones a seguros privados; en la Capital Federal esta participación es de un 18%. El gasto en consulta médica se estima en un 10% y en pagos a otros profesionales de la salud y odontología en un 17% (Dirección de Estadísticas de Salud del MSyAS, Instituto de Investigaciones Gino Germani).

El índice de precios al consumidor (IPC) en relación con la salud aumentó entre diciembre de 1991 y diciembre de 1996 en más del doble que el nivel general del IPC (53,25% contra 25,50%). Entre mayo de 1991 y mayo 1995 el costo de los servicios (honorarios médicos, odontológicos, y cuotas de medicina pre-paga) creció casi 87% y el precio de medicamentos 59%.

Para 1994, según la Secretaría de Programación Económica del Ministerio de Economía, la distribución del gasto público consolidado como porcentaje del PBI fue el siguiente: educación 3,83%; salud, acción social y saneamiento 5,26%; vivienda 0,47%; seguridad social 6,84%; trabajo 0,76%, y otros servicios urbanos 0,88%, para un total de 18,04%.

El gasto en prevención y regulación a través de los ministerios de Salud de la Nación y las provincias y de las correspondientes secretarías municipales se estima en 800 millones, es decir, unos 23 pesos o dólares por persona. El aporte de rentas generales a los hospitales y centros de salud se calcula en 4000 millones de pesos, importe mayormente orientado a una tercera parte de la población no vinculada a un sistema de seguridad social público o privado. Sin embargo, una fracción de beneficiarios de la seguridad social hace uso del sistema público. Por este motivo en los últimos años se estimuló un sistema de recuperación de costos. El cobro por débito automático en hospitales de autogestión para el primer semestre de 1996 se estimó en apenas 6,8 millones de pesos en 824 hospitales registrados. Esta cifra de recaudación equivale aproximadamente al 1,5% de los recursos provenientes del sector público. Por otro lado, se estima que 80 millones de pesos de las obras sociales son destinados a la atención de los hospitales públicos (véanse: INSTITUTE FOR INTERNATIONAL RESEARCH S.A., *Presentaciones sobre el Programa de Reconversión de las Obras Sociales, PROS-PMO*, Bs. As., III-1997; BIRF-PNUD, *Documentos sobre la reconversión del sistema de obras sociales*, Bs. As., 1996; ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD, *Quintas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Tendencias económicas de los sistemas de salud*, Bs. As., 1993; ASOC. DE ECONOMÍA..., *Cuartas Jornadas... Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud*, 1995; ASOC. DE ECONOMÍA..., *Quintas Jornadas... La economía de la salud en la reforma del sector*, 1996).

Las clínicas y servicios privados reciben entre 2400 y 3600 millones de pesos de las prestaciones a beneficiarios del PAMI y de las obras sociales provinciales y nacionales. Esto equivale a que el sector público prestador capta 4080 millones y el sector privado entre 4100 y 5300 millones. La proximidad de esas cifras evidencia la importancia relativa de las instituciones públicas que comparten con el sector privado la atención a las personas (véanse: INST. FOR INTERNATIONAL RESEARCH..., *Op cit.*; BIRF-PNUD, *Op. cit.*; ASOC. DE ECONOMÍA DE LA SALUD, *Op. cit.*, 1993, 1995 y 1996).

FINANCIAMIENTO SECTORIAL

Las fuentes de financiación para la salud son: el Estado nacional (administración central y organismos descentralizados), que se nutre fundamentalmente de recursos del presupuesto nacional (a excepción de la ANSSal y el INSSJyP), los estados provinciales y la Ciudad de Buenos Aires (cuyos recursos provienen de la coparticipación federal de impuestos, la recaudación de tributos propios y transferencias del Estado nacional), los municipios (que poseen recursos de la coparticipación provincial y de tributos locales), las obras sociales nacionales (cuyos fondos provienen de aportes de los trabajadores y contribuciones patronales), las obras sociales provinciales (que poseen las mismas fuentes que las nacionales, más, en algunos casos, aportes de los gobiernos provinciales), el ISSJP (cuyos recursos se basan en aportes de los trabajadores activos y pasivos y contribuciones patronales), los ingresos hogareños que financian el gasto de bolsillo familiar destinado a la adquisición de seguros voluntarios y al pago de coseguros, copagos y compra directa de bienes y servicios. La participación relativa de cada fuente de financiación es la siguiente: subsector público 21,76% (gobierno nacional: 1,94%; gobiernos provinciales: 16,34%; gobierno municipal: 3,48%), seguridad social 36,34% (obras sociales nacionales: 15,17%; obras sociales para jubilados: 12,03%; obras sociales provinciales: 7,13%; otras obras sociales: 2,01%), subsector privado 41,9%: indirecto (prepagas, planes médicos y mutuales) 19,26% y directo (medicamentos, atención médica) 22,64% (véase MSyAS, *República Argentina. Evaluación de la aplicación de la estrategia de salud para todos en el año 2000*, 1997, inédito).

El subsector público nacional aporta recursos para la financiación del sistema de salud por medio de diversos organismos centralizados o descentralizados. Su participación en los gastos en salud es muy baja, pues representa entre el 0,22% y el 0,40% del PBI y equivale a un 5,4% al 9,0% del gasto público en salud (entre los años 1993 y 1996). El gasto del subsector público nacional según función, que en 1996, de acuerdo con datos de la Secretaría de Hacienda, fue de 1.197.499.497 dólares, presentaba la siguiente distribución: financiación 44,85% (537.116.708 dólares.), asistencia 31,57% (378.101.992 dólares.), inversión 5,92% (70.882.800 dólares.), prevención y asistencia 4,42% (52.983.223 dólares), gastos administrativos 3,95% (47.280.485 dólares.), prevención 2,88% (34.520.749 dólares.), capacitación de recursos humanos 2,47% (29.610.700 dólares.), investigación y producción 1,97% (23.586.648 dólares.), regulación, control y supervisión 1,63% (19.512.947 dólares.) y “normatización” 0,33% (3.903.245 dólares).

Corresponde señalar que, al efectuar análisis comparativos temporales y sobre el peso relativo del gasto en las distintas funciones, se debe tener en cuenta la metodología presupuestaria, que no asegura la identificación precisa del uso de los recursos según la categorización propuesta. En algunos casos se requeriría tra-

bajar con mayores niveles de desagregación de la información. Pero, no obstante estos recaudos, las dos funciones que resaltan en estas ejecuciones presupuestarias son las de asistencia y financiación. En esta última, además del fondo solidario de redistribución de la ANSSal, figuran los aportes al hospital Garrahan. Asimismo, se observa una disminución de los fondos destinados a la prevención. Por otra parte, lo que aparece como inversión son proyectos con financiación parcial de organismos multilaterales de crédito, que no están totalmente destinados a la incorporación o mejoramiento de infraestructura física o equipamiento (como se observa en la estructura del gasto por destino económico) sino que incorporan componentes de asistencia técnica y capacitación.

Si se analiza la variación temporal de los créditos ejecutados por funciones, resaltan los incrementos de fondos destinados a la financiación de residencias médicas y de otras profesiones y al rubro inversión, aunque su participación en el total no es significativa. El fuerte aumento del renglón financiación en 1996 se debe a la adquisición, merced a un préstamo español, de equipamiento médico que fue distribuido entre las distintas jurisdicciones.

La financiación de las obras sociales nacionales se basa en los aportes de los trabajadores y las contribuciones patronales. Entre 1993 y 1995 se modificó en tres oportunidades la alícuota sobre el salario destinada a esas contribuciones, con el objeto de disminuir el costo laboral. El decreto 492/95 fijó la alícuota en 5%, lo que representa casi un 17% de rebaja sobre el porcentaje dispuesto por la ley 23.660 acerca del Seguro Nacional de Salud, sancionada en 1989.

Si bien la ANSSal está incorporada al presupuesto del sector público nacional, su condición de ente regulador del seguro de salud y coordinador de la distribución del Fondo Solidario de Redistribución obliga a considerarla en conjunto con las obras sociales nacionales. De la recaudación del sistema de obras sociales nacionales en 1996, correspondieron a la ANSSal 340 millones de dólares y a las obras sociales 2592 millones, según datos de la Secretaría de Hacienda y la de Programación Económica, de la ANSSal, de las obras sociales y de la DGI. Entre 1993 y 1996 se registra un leve descenso en el total de lo recaudado, ya que para 1993 el monto fue de 3400 millones de dólares y en 1996 de 2932 millones.

El decreto 492/95 del PEN (modificatorio del régimen de la seguridad social), además de establecer una nueva alícuota para las contribuciones patronales, dispuso la distribución automática de parte del Fondo Solidario de Redistribución para asegurar un monto mínimo de 40 pesos por beneficiario titular de las obras sociales nacionales. Esta distribución automática alcanzó a 35,9 millones de pesos convertibles a dólares en el último trimestre de 1995 (12 millones de promedio mensual) y a 180,7 millones durante todo 1996 (15 millones mensuales).

El INSSJyP, que brinda cobertura médica y social a los beneficiarios del régimen nacional de previsión, se financia con aportes de los trabajadores activos

y pasivos y contribuciones patronales. Según información disponible de la ANSeS, sus recursos aumentaron entre 1992 y 1995 (pasaron de 1.758.150 dólares en 1992 a 2.602.700 dólares en 1995), pero decrecieron en 1996 (2.458.800). Mientras tanto, el gasto en atención médica dibuja una curva ascendente entre 1992 y 1994, para bajar en los siguientes dos años, cuando fue incorporado al presupuesto nacional. Sin embargo, este gasto, sumado al correspondiente a prestaciones sociales, superaba los recursos disponibles por recaudación generando una importante deuda con organismos públicos (Banco de la Nación, ANSeS y ANSal) y con los prestadores. El desequilibrio financiero dio origen a presiones que llevaron al proceso de racionalización del INSSJyP actualmente en curso.

SUSTENTABILIDAD FINANCIERA

El sistema de salud argentino podría considerarse como uno de los de mayor solidez financiera de la región de las Américas, pues de hecho la seguridad social logró extenderse al trabajador y a la familia con un sentido solidario. Esta extensión se hizo obligatoria a partir de los setenta y se financia con los aportes obligatorios ligados al salario.

La cobertura ofrecida por medio del INSSJyP-PAMI a los pensionados y jubilados, y que además incluye a sus beneficiarios dependientes, ha mostrado en los últimos tiempos de inestabilidad económica. Su deuda al sector prestacional, calculada en 200 a 300 millones de pesos fue asumida por el gobierno nacional y ha sido parte de las negociaciones con los organismos financieros internacionales. La inestabilidad del PAMI preocupa al conjunto de la sociedad, que en 1996 vio a los jubilados exigiendo mejores servicios y cumplimiento de los pagos en materia de jubilaciones. Hoy en día el PAMI es objeto de un proyecto de reingeniería para lograr su estabilidad financiera y mejorar los servicios.

El sector público ha logrado mantener y sostener su gasto en salud atendiendo a un mayor número de usuarios. El flujo de fondos se mantiene y los programas del hospital de autogestión pretenden mejorar la capacidad institucional de recaudar recursos de las obras sociales. También las llamadas cooperadoras, entidades comunitarias, son una fuente adicional de financiación que permite a las instituciones atender mejor las demandas de la población.

Sin embargo, el financiamiento de la salud pública muestra restricciones debidas al ajuste estructural, y en ocasiones los programas regulares ven limitada su capacidad de acción y respuesta ante las crecientes demandas, por ejemplo de medicamentos para el SIDA, antineoplásicos, medicamentos para diabéticos, insumos para programas de detección precoz de enfermedades, entre otros. Estos programas han recurrido al crédito internacional para complementar los recursos nacionales y viabilizar sus acciones para las poblaciones en mayor riesgo. En medicamentos se gasta casi el 20% del total de los recursos para la salud, pues los precios han experimentado alzas importantes desde que fueron liberados. Actual-

mente las instituciones y los ciudadanos pagan más dinero por menos medicamentos y esto afecta en especial a los enfermos crónicos.

En síntesis, se puede afirmar que la salud curativa cuenta con recursos suficientes pero que sería deseable que las áreas de prevención y promoción de la salud estudiases mecanismos alternativos de financiación para fortalecer un mercado de trabajo alrededor de la cultura de la salud.

Producción y eficiencia de los servicios

La información analizada de oferta de servicios muestra que los hospitales públicos constituyen la principal alternativa para la atención de los más pobres y son además los únicos oferentes de servicios en muchas localidades del país. Su participación es importante tanto en términos de recursos como de producción. Esto implica que para mejorar la accesibilidad de la población más vulnerable resulta imprescindible resolver las fuertes desigualdades regionales en la oferta asistencial pública y las deficiencias organizativas de la mayoría de los establecimientos.

En los hospitales públicos se atiende una mayor cantidad de pacientes con patologías crónicas, muchos de los cuales padecen, además de su enfermedad, una precaria situación económico-social. Por eso suelen permanecer internados aún después del alta médica, incrementando así el promedio de permanencia por egreso. Es probable que este tipo de asistencia se cubra con elevados costos que pueden reducirse con programas específicos de asistencia social, pero hasta tanto no se extiendan lo suficiente, desde el punto de vista de los gastos sociales resulta aceptable otorgar la asistencia básica.

En 1992 los establecimientos públicos brindaron 52 millones de consultas, es decir, 1,5 consulta por habitante por año. Para 1994, esas cifras se incrementaron a 63,6 millones y 1,9 consulta/hab./año. Este promedio podría duplicarse a 3,8 consultas/hab./año si se toma como valor de cobertura del sector público al 50% de la población argentina. Comparados estos valores con los de otros países muestran un acceso aceptable a los servicios ambulatorios. Sin embargo, no hay información suficiente para establecer oportunidad, integridad y continuidad de la atención. Una revisión de las diferencias de la magnitud de las consultas por jurisdicción puede mostrar inequidades de acceso en los servicios ambulatorios. Así, comparando la proporción de consultas del sector público en la Capital Federal, en la Provincia de Buenos Aires y en las demás provincias, observamos lo siguiente: en 1992 y en 1995 el 12% de las consultas correspondieron a la Capital, el 38% a la Provincia de Buenos Aires, y el 50% a las otras provincias.

Es difícil precisar el volumen de consultas ambulatorias del sector privado orientado a la población con cobertura de la seguridad social; sin embargo, si estimamos un promedio mínimo de 3,5 consultas/hab./año, tendríamos un volumen aproximado de 31 millones de consultas adicionales en la Capital Federal y en la

Provincia de Buenos Aires. Por otro lado, el sector público incrementó en un 22% las consultas ambulatorias en el período 1992-1995. Suele mencionarse que en los últimos años los hospitales públicos han atendido a más pacientes con cobertura de seguro, debido a la falta de respuesta asistencial de las obras sociales y a la existencia en ellas de copagos, pero no se cuenta con la documentación adecuada para un análisis más completo de esta índole. Por otro lado, de verificarse un incremento, este podría atribuirse a mejoras en el registro de los datos de cobertura con la intención de facturar las prestaciones. Al contar solo con la cantidad total de consultas y egresos y desconocer las características de los beneficiarios de estas prestaciones, no es posible verificar cambios en la composición de los demandantes. Se observa un aumento del 1% en los egresos hospitalarios, que han pasado de 1.720.059 a 1.882.808 hospitalizaciones; de estas, 9,8% corresponden a la Capital Federal, 32% a la Provincia de Buenos Aires, y 58,2% al resto del país. En este período 1992-1995, Córdoba muestra un descenso del 20% de los egresos (112.417 a 90.380) que sería interesante investigar y explicar.

Es posible afirmar que hay cambios y una nueva estructura en la oferta, puesto que, no obstante no disponerse de registros oficiales de la producción de los establecimientos privados, se acepta habitualmente que la cantidad de egresos anuales por cama del sector privado duplica la correspondiente al sector público. Si la tasa nacional de egresos hospitalarios fuera 100 por cada mil habitantes, cabría esperar aproximadamente 3.300.000 hospitalizaciones, de estas 1.882.808 correspondientes al sector público, es decir, 57% del total. Esta tasa de egresos indicaría que en un año el 10% de la población argentina se hospitaliza para algún tipo de procedimiento o patología, lo cual significa un acceso pleno a los servicios hospitalarios y una mínima tendencia al uso de servicios ambulatorios de diagnóstico y tratamiento. Otra posibilidad, en un sistema altamente fragmentado, es la duplicación de estudios y tratamientos entre lo ambulatorio y lo hospitalario, al no existir una red de servicios integral con sistemas de historia clínica única.

Hay evidencia de una mayor participación de patologías agudas en los egresos del sector privado, además de las modalidades de servicios que tienden a disminuir el promedio de permanencia por egreso en ese sector. En los hospitales públicos se atiende una mayor cantidad de pacientes con patologías crónicas, muchos de los cuales, como ya se ha señalado más arriba, además de su enfermedad padecen una precaria situación económico-social y suelen permanecer internados después del alta médica, incrementando así el promedio de permanencia por egreso.

Los principales problemas a superar en la gerencia y gestión hospitalarias son los siguientes: las áreas funcionales no se hallan claramente delimitadas o expresadas en un organograma y resultan por ende de difícil identificación; no existen

procesos o modalidades claras en cuanto a delegación de actividades, tareas, responsabilidad y autoridad; en casi todos los hospitales el rubro de personal absorbe más del 60% del gasto de funcionamiento; hay desconocimiento de la capacidad de facturación potencial y el nivel de cobranza es bajo; en la mayoría de las jurisdicciones los procesos de compra de insumos y materiales en general se realizan por el hospital hasta cierto monto, pasado el cual la decisión de compra la toman los niveles centrales, y los sistemas de información son deficientes.

En los hospitales provinciales hay gran dificultad para articularse con la seguridad social, los tiempos de internación son excesivamente prolongados, las historias clínicas y la información son insuficientes, la normalización diagnóstica y terapéutica están poco extendidas. A su vez, la inexistencia de padrones de afiliación impide a los establecimientos públicos identificar a la población que efectivamente tiene cobertura. La remuneración de los profesionales de la salud no es estimulante y no hay mecanismos de pago estables acordados con las entidades aseguradoras. La planificación y administración de los recursos humanos se mantienen centralizadas en cada provincia y aún son escasas las experiencias de administración de estos recursos en el nivel de los efectores hospitalarios.

En la búsqueda de eficiencia y de mejoramiento de la microeconomía se proponen distintos modelos para evaluar el funcionamiento hospitalario. Se considera que los indicadores globales de producción utilizados, tales como el costo por paciente o el costo por cama-día, varían de un hospital a otro, que son demasiado genéricos y están referidos al gasto por cama, el cual no contribuye por sí solo a determinar la composición, el origen y la interpretación del gasto. El hospital, considerado como una empresa productora de bienes y servicios relacionados con la salud, ha expresado tradicionalmente su actividad mediante variables imprecisas, tales como número de actividades, pero no mediante unidades de costos racionalmente homogéneas. Esta realidad implica la necesidad de encontrar una medida del producto hospitalario obtenido, para utilizarlo como instrumento de gestión; para ello se propone el presupuesto por programas que tenga en cuenta los costos fijos y variables para tener información de los costos unitarios.

En los hospitales se encuentran modelos y experiencias de coparticipación y cogestión en la administración descentralizada; de internación por cuidado progresivo del paciente; de atención ambulatoria según esquemas de riesgo; de recuperación de las capacidades clínicas generales para la administración y el cuidado del paciente internado. También se encuentran instituciones hospitalarias con procesos de mejoramiento continuo de la calidad y otras con modernos sistemas de información para la gestión de servicios.

Desde 1991 los hospitales han mejorado su estructura de cobros a las obras sociales y han incorporado mecanismos de incentivos para distribuir en forma periódica parte de esos recursos entre el personal. Las experiencias en relación con

el cobro a las obras sociales presentan las siguientes dificultades: subregistro en la detección de la cobertura, de las prestaciones realizadas, de los materiales descartables y medicamentos utilizados; la historia clínica que justifica la facturación se percibe como una sobrecarga de trabajo; y las estructuras administrativas suelen ser insuficientes para la gestión de cobro.

La calidad de los servicios

Existe un interés creciente por conocer los cambios inherentes a la calidad de los servicios. La medición y evaluación (en términos de comparación) de la calidad es particularmente difícil pues se trata de una variable endógena no observable fácilmente por el financiador. Pueden construirse indicadores indirectos de la calidad, pero su registro y procesamiento no solo resultan costosos, sino que para que sean de utilidad deben estar integrados a un proceso de seguimiento y control que tenga consecuencias si los resultados no fueran satisfactorios.

Algunos estudios presentan información actualizada sobre el tema. Tal el caso del INSSJyP-PAMI, sobre el que recientemente se completó un informe realizado por la COMISIÓN DE REINGENIERÍA ORGANIZACIONAL (CRO) DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE BUENOS AIRES (ITBA) con el título: *Estudio de Diagnóstico del INSSJyP-PAMI*, Buenos Aires, 1997, en el que se señalan las siguientes conclusiones:

- Inaccesibilidad, demoras, muy baja calidad en las prestaciones e insatisfacción de los usuarios acerca de los servicios a los que tienen derecho.
- Desinformación del usuario sobre los beneficios, y ausencia de un mecanismo de quejas y reclamos.
- Ausencia de políticas de promoción y prevención en las instituciones efectoras públicas y privadas.
- Ausencia de normas, procedimientos, manuales y registros estadísticos por parte de los prestadores de servicios.
- Incumplimiento de normas de bioseguridad.
- Excesiva intermediación entre el ente financiador y los efectores de servicios.
- En los sistemas por capitación, se observa tendencia a la subprestación de servicios.
- En los lugares donde rige un convenio por día o contrato por cama, hay tendencia a la cronificación de la internación: se observan estadías hospitalarias prolongadas y algunas de ellas corresponden a mecanismos indirectos de contención social.
- Hay diferencias entre las estadísticas suministradas por varios prestadores y lo realmente observado *in situ*.

- Déficit notorio en la forma de llenar las historias clínicas.

El estudio mencionado recomienda lo siguiente al INSSJyP-PAMI: fortalecer

la **medicina preventiva y la promoción de la salud; concientizar a la población de sus derechos** como usuarios o afiliados; fomentar los **estudios epidemiológicos**, estadísticos, y sobre **tasas de uso**; **disminuir la intermediación** financiera; **revisar los sistemas per capita** con alto grado de **subprestación**; establecer un **mecanismo de competencia y acreditación entre prestadores**; implementar **sistemas de auditoría, control de calidad y costos**; establecer **sistemas de auditoría externa**; desarrollar una **base de datos de prestadores**; establecer un **sistema único de información estandarizada para las historias clínicas**; organizar el **sistema de codificación de prestaciones (nomenclador)** para el rápido control de la asignación de recursos; establecer con los prestadores **sistemas de registro de consultas, emergencias, internaciones, traslados, derivaciones y prestaciones de alta complejidad**; apoyar la **capacitación y desarrollo en los prestadores**; implementar un **sistema de “tarjeta inteligente” para el control del uso** de servicios **por persona**.

Certificación y acreditación; evaluación de tecnologías

En el marco del PNGCAM, se ha convocado a participar en la elaboración de las normas sobre los aspectos diagnósticos, terapéuticos, de procedimientos, organización y funcionamiento de los servicios de salud a entidades académicas, científicas, universitarias, de profesionales, así como a prestadores de servicios de salud. Las normas elaboradas se ofrecen tanto en soporte magnético como en diversos tipos de publicaciones (globales y por norma). En este programa se cumplieron metas importantes relacionadas con la elaboración y adopción de normas uniformes, como lo acredita la aprobación de 37 comisiones, la aprobación de 8 normas de organización y funcionamiento, 17 de procedimientos y 16 de diagnóstico y tratamiento (véase MSyAS, *Informe de programas de salud*, Bs. As., 1996).

La certificación y el ejercicio profesional

En el marco de los proyectos de regulación resulta vital la búsqueda consensuada de los aspectos relacionados con la acreditación de especialidades, la certificación y recertificación de los profesionales, la homologación de los títulos, y los acuerdos interinstitucionales requeridos para rediseñar los programas académicos y de educación en servicios, que permitan la unificación de objetivos, la definición de criterios mínimos de aprendizaje y la unificación de los programas educativos con troncos comunes y perfiles educativos laterales complementarios. El componente de Control del Ejercicio Profesional del PNGCAM está relacionado con el desempeño profesional de todo el equipo de salud: implica la especialización, matriculación, certificación y recertificación profesional.

Con el sentido de proveer insumos para tales procesos, el MSyAS ha trabajado juntamente con la Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina (AFaCiMeRA), la Academia Nacional de Medicina (ANM), la Asociación Médica Argentina (AMA), la Confederación Médica de la República

Argentina (CoMRA), el Ministerio de Educación de y Cultura de la Nación, los colegios médicos y las sociedades científicas en la adecuación del proceso de desarrollo de los recursos humanos integrantes del equipo de salud. También la Comisión Nacional de Recursos Humanos Médicos del MSyAS ha venido trabajando en la revisión de los procesos de acreditación, habilitación, certificación y recertificación médica. Asimismo, la Comisión Nacional Coordinadora de los Recursos Humanos Farmacéuticos y Bioquímicos analizó una propuesta sobre perfiles, alcances e incumbencias de las especialidades bioquímicas así como el tema de la certificación de títulos de farmacéuticos presentado por la Confederación Farmacéutica Argentina (véase MSyAS, *Informe de programas de salud*, Bs. As., 1996).

En relación con la odontología, las facultades de esta disciplina médica se encuentran trabajando, con distintos grados de avance, para definir los criterios de certificación y recertificación de las especialidades y para elaborar la documentación que posibilite establecer las reglamentaciones pertinentes.

Evaluación de la eficiencia

EFICIENCIA GLOBAL

La medición de la eficiencia presenta dificultades y existe una utilización confusa del término que engloba distintas categorías de análisis. La economía de la salud suele hablar de la eficiencia en términos paretianos;³³ este criterio es una característica de la negociación y distribución fundamentada en la optimización. Otra categoría analítica es la vinculada con la eficiencia de tipo empresarial en la gestión de los recursos, que implica eliminar deficiencias en la gestión o en el proceso productivo logrando mejores resultados a un mismo costo o iguales resultados a un costo menor.

El problema fundamental para el análisis de la eficiencia estriba en la dificultad de medir adecuadamente la producción de salud y su distribución. En el caso de la Argentina esto se debe a la relativa falta de información en las instituciones efectoras, especialmente las del sector privado. Como ya se ha visto, este sector tiene un peso importante en la operación y resultados globales del sistema de salud. En la actualidad es creciente la conciencia de iniciar un proceso de modernización y de reingeniería que supere esa barrera para lograr una gerencia y gestión adecuadas en las instituciones.

El camino habitual consiste en analizar la producción de prestaciones médicas como producto intermedio, y el estado de salud como producto final (objetivo prioritario de los sistemas asistenciales). Este esquema plantea una nueva dificultad que radica en que no se sabe cómo pueden asociarse (es decir, ponderarse) las prestaciones asistenciales con los logros en el estado de salud, ya que se acepta que este último no es forzosamente un resultado directo de las acciones asistenciales.

EFICIENCIA EN LA GESTIÓN

En el análisis de la gestión se busca conocer la organización institucional, las normas internas, su flexibilidad o rigidez, y la existencia de incentivos económicos adecuados o perversos para la producción de bienes y servicios asistenciales. Dentro de esta categoría pueden observarse cambios importantes en el comportamiento institucional tendientes a incrementar la eficiencia en la gestión. Entre estas modificaciones pueden mencionarse las modalidades de contratación y pago. En los últimos años se ha avanzado en las contrataciones por capitación en detrimento de los pagos por prestación, con múltiples ventajas y desventajas. También se han concentrado proveedores, ya sea por coordinación directa de las instituciones o por la proliferación de entidades administradoras o gerenciadoras de los fondos de seguros.

Los problemas de gestión no se limitan a las deficiencias en las modalidades contractuales, sino que se extienden a la cantidad y calidad de los productos resultantes y al correspondiente costo unitario de producción. En el sector público

existe una fuerte preocupación por modernizar la gestión, independientemente de la descentralización, agilizando los procesos administrativos, capacitando al personal para encarar nuevas tareas, incorporando sistemas informáticos que faciliten, entre otras actividades, las de facturación y cobranza de las prestaciones.

Además de estos lineamientos, puede destacarse el intento –que es parte de la reforma del Estado– por hacer más racional el proceso presupuestario. En tal sentido cabe mencionar la nueva normativa para la formulación de presupuestos por programa. A pesar de ello, se presentan con frecuencia las siguientes dificultades, que bien pueden ser interpretadas como indicadores de la eficiencia/ineficiencia en la gestión: falta de coordinación entre las áreas de administración y presupuesto del MSyAS, que impide alcanzar la ejecución presupuestaria adecuada; desconexión entre los niveles técnicos y profesionales que dificulta los procesos de compras de insumos específicos, la distribución regional y las transferencias de fondos a las provincias; escasa información para la planificación de las actividades y su evaluación; indeterminación de las unidades de producto previstas en los programas de actividades, y registro y análisis deficitarios para el estudio de costos correspondiente a la evaluación de los programas.

Los cambios impulsados durante los últimos años se orientan principalmente a mejorar la eficiencia en la gestión de los servicios, y en este marco los instrumentos seleccionados han sido la descentralización y la competencia. La eficiencia podría medirse revisando la cobertura de las instituciones (centros de salud y hospitales) que han logrado hasta la fecha: cambios orientados al uso de medidas estandarizadas; capacidad de facturación de servicios; hospitales con servicios mixtos “mezcla público-privada”; instituciones con modalidades de pago por actividad o servicios. Por otro lado, podrían revisarse las instituciones públicas y privadas que han reorientado sus servicios hacia la prevención y detección precoz de enfermedades, especialmente de tipo crónico; a la prevención de accidentes y violencias; estableciendo servicios integrales para adolescentes, servicios y redes sociales de contención para los pacientes con SIDA, los discapacitados y los enfermos con problemas mentales.

Las instituciones argentinas de salud tienen un largo camino por recorrer en materia de eficiencia en la gestión: los esfuerzos son aún parciales, y la modalidad del hospital de autogestión no es suficiente. El gran reto y cambio se dará en el futuro con la interacción de los centros de atención primaria y la práctica hospitalaria. Las instituciones tendrían que construir propuestas novedosas, estimular un mercado de trabajo con una creciente conciencia sobre los costos, la facturación y el delicado equilibrio entre las acciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación.

La participación comunitaria

La participación comunitaria ha de entenderse como la posibilidad de que la

población general y los distintos agentes del sector intervengan en la planificación, la gestión, la provisión y la evaluación de los sistemas y servicios de salud y de los resultados de esa intervención.³⁴

En la Argentina, en el ámbito del Congreso de la Nación (el Senado y la Cámara de Diputados) funciona la Comisión Nacional de Salud, que se ocupa de analizar todas las iniciativas de ley y reglamentación relacionadas con la salud. El Consejo Federal de Salud es el organismo máximo que permite concertar acuerdos y orientaciones políticas y operativas del sistema de salud en todos los ámbitos nacionales y provinciales. En él participan los ministros o secretarios de Salud de cada jurisdicción política. Con frecuencia los Ministerios de Salud y de Economía de la Nación, la CGT, las empresas aseguradoras y prepagas, la CoMRA, la ConfeCliSa y los legisladores nacionales se reúnen para analizar y estudiar los proyectos e iniciativas relacionadas con la reforma y las modificaciones del sector salud, especialmente en lo referido a las obras sociales.

La participación en la gestión, tanto a nivel primario como en los hospitales, es una práctica aún poco difundida. El nivel primario ha comenzado en los últimos años a privilegiar la participación social en el análisis y resolución de los problemas. Hay experiencias interesantes en algunas provincias que han hecho hincapié en los mecanismos de participación social. Desde el MSyAS se ha estimulado la participación por medio de comisiones nacionales asesoras y de planificación, por ejemplo: la Comisión Nacional para la Promoción de la Salud, la de Recursos Humanos, la de Prevención del Cáncer del Cuello Uterino, la de Bioética, las comisiones del PNGCAM, la de Educación para la Salud, la de Diabetes, la de Lucha Antitabáquica, y otras. En cada una de estas comisiones participan el nivel político de dirección, los representantes o funcionarios técnicos de los programas, los referentes académicos o especialistas de las universidades e instituciones científicas y las ONG. Realizan reuniones periódicas y acuerdan temas relevantes para ser tratados y favorecer las acciones normativas en el orden nacional.

En un futuro sería interesante contar con un proceso de reingeniería organizacional que permita y propicie acciones integrales orientadas a toda la población. El MSyAS analiza actualmente esta posibilidad con la puesta en marcha de proyectos integrados para enfermedades crónicas no transmisibles. Es conocido que cuando distintas poblaciones comparten factores de riesgo comunes, ello favorece la integración de acciones tanto preventivas como curativas, y se evita la duplicación de recursos y comisiones.

En cuanto a la consolidación de una cultura de la evaluación y la participación ciudadana en este proceso, cabe decir que es aún incipiente y que tiene un largo camino por recorrer en la Argentina en el sector de la salud. Por un lado, la tradición de la evaluación periódica no arraigó por diversas razones en los entes

financiadores (las obras sociales); por su parte, los prestadores privados en su gran mayoría crecieron sin una cultura de registro de actividades; y el sector público, por su tamaño y complejidad, así como por las particularidades inherentes a la organización federal del país, no ha logrado un sistema de estadística y registro que permita la actualización permanente. En otras palabras, la alta complejidad estructural del sistema, la diversidad, la multiplicidad de organismos y la ausencia de una cultura institucional de evaluación para la toma de decisiones ha dificultado el avance en tal sentido.

En general, los sistemas de información se han modernizado para facilitar la labor de los analistas y la evaluación del sistema. Por su parte, el MSyAS ha intentado resolver este déficit por medio de los distintos proyectos de reconversión y de reforma, y las iniciativas de fortalecimiento institucional y asesoría técnica. Para ello se ha orientado en tal sentido una parte de los préstamos internacionales y de los recursos nacionales, aunque se ha privilegiado el eje de facturación y solo ahora se intenta apoyar las acciones de atención primaria de la salud.

En algunos terrenos comienza a hacerse sentir la actividad del *Ombudsman*, o defensor del ciudadano, pero en el caso de la salud hace falta un mayor conocimiento de la utilidad y beneficios potenciales que pueden derivarse de su accionar. Las ligas de amas de casa y las organizaciones de mujeres que apoyan los programas sociales son otra cara de la participación ciudadana, que puede traer muchas satisfacciones a un sector de salud abierto al trabajo comunitario. Sin embargo, la dinámica del mercado de trabajo y las deficiencias organizativas y de financiación influyen negativamente sobre la actividad de los voluntarios interesados en mejorar la respuesta sanitaria.

Evaluación de los procesos de reforma del sector salud

Los procesos de reforma son fenómenos complejos en los que intervienen muy diversos actores sociales y que se desarrollan en distintos contextos políticos, sociales y económicos. La evaluación de contenidos según la propuesta de OPS/OMS tendría en cuenta por lo menos los siguientes aspectos: conducción y políticas; derecho a la salud y aseguramiento; descentralización y redefinición de misiones y metas; modelos de atención; grupos vulnerables; cambios en la financiación; separación de funciones; oferta de servicios; marco jurídico de los establecimientos; y certificación, acreditación y evaluación de tecnologías.

A continuación se describen las características más relevantes observadas en el sistema de salud argentino. Históricamente se privilegió a las corporaciones médicas y sindicales en la conducción y políticas del sistema de obras sociales (la seguridad social), así como una fuerte intervención de los servicios de atención médica privados. El sector público interviene directamente por medio de los centros de salud, los hospitales conducidos y orientados por los ministerios de Salud de las provincias. Corresponde al Ministerio de Salud de la Nación conducir y

orientar las políticas de salud y el estímulo a los programas de reforma, así como intervenir en pro de los sectores más vulnerables de la sociedad.

El proceso de reforma de 1991 a 1997 ha hecho grandes esfuerzos, aún no concluidos, por revitalizar todas esas estructuras. La conducción del sector se ha reforzado en campos específicos como el de los medicamentos a través de la ANMAT, cuya actividad en alimentos y tecnología solo comienza a desplegarse. La Superintendencia de Seguros de Salud reforzará una actividad renovada de conducción y regulación del sistema de obras sociales y de las entidades prepagas, siempre que abandone las prácticas anteriores de la ANSSal y el INOS (entidades ahora fusionadas) y adopte modelos modernos de gerencia y gestión.

Renovar la función rectora y conductora de las instituciones públicas del sector salud en la Argentina, al igual que en otros países, no ha sido tarea fácil. Por un lado, se trata de construir o reconstruir en un medio que en el último decenio plantea nuevos paradigmas. Los recursos del sector para la conducción y rectoría de la salud son limitados y los disponibles se reinvierten en actividades de atención médica y en los programas de emergencia social.

Podría decirse que el período de transición se caracteriza por un agotamiento de las estructuras tradicionales. El caso de la ANMAT es un excelente ejemplo de lo contrario: obedece a otra concepción, la de fortalecer una estructura nueva y permanente de regulación de la calidad de los productos de consumo humano. Como elementos positivos del cambio, en este caso, puede mencionarse: la decisión política de apoyo, la asignación de los recursos necesarios, la continuidad del equipo gestor y el apoyo del sector privado.

El derecho a la salud y el mercado de aseguramiento son dos facetas que pueden ser contradictorias si las reglamentaciones no intervienen para disminuir las desigualdades. El derecho a la salud obedece a una concepción derivada de los derechos humanos: el Estado es garante de su cumplimiento y puede concretarse mediante diversas modalidades de financiación. En unos casos, merced al financiamiento público derivado de impuestos o rentas generales, complementados por impuestos específicos para la salud; en otros casos mediante el aseguramiento total o universal de la población con planes obligatorios pagados con fondos de diverso origen: aportes ligados al salario; contribuciones de impuestos otorgadas *per capita* para cada ciudadano; y contribuciones directas de los beneficiarios según su capacidad de pago. El derecho universal y el aseguramiento universal son compatibles y complementarios en una sociedad que establece reglas de solidaridad y cobertura de los gastos extraordinarios o catastróficos y que además procura la igualdad de oportunidades para la promoción, prevención, curación y rehabilitación. La universalidad y la equidad resultan más asequibles cuando se garantizan por una u otra modalidad de financiación –o por una combinación de ellas– la equidad y el acceso a todos los ciudadanos. Además se ofrecen las posi-

bilidades de fondos de solidaridad y reaseguro que garanticen la equidad financiera. En la Argentina existen incertidumbres en relación con la apertura a un mercado no regulado que incremente las inequidades entre los diferentes sectores de la sociedad y que debilite la solidaridad entre los grupos.

En relación con el **modelo de atención**, como se ha señalado en otros capítulos, el modelo de salud argentino es altamente fragmentado, especializado y orientado a la atención curativa. El crecimiento del mercado público y privado se ha orientado a una medicina con uso intensivo de equipos de diagnóstico, cuidados intensivos, trasplantes y acciones reparadoras de carácter clínico, quirúrgico y de otra índole. La formación de recursos humanos ha privilegiado este modelo de comportamiento, el mercado de trabajo lo ha asimilado y consolidado mediante instrumentos de gestión como el **Nomenclador Nacional** y las acciones de auditoría. Todos reconocen que este modelo es ineficiente pues genera sobrecosto, sobrefacturación y discontinuidad en la atención; todos los sectores critican su orientación.

Hay sin embargo algunos signos de cambio: en primer lugar, el PMO establece o incentiva el uso de una medicina integral orientada a la familia, en un intento de brindar un nivel de atención que regule y oriente las acciones de atención médica con un enfoque de promoción y prevención primaria. Hay experiencias de medicina familiar aplicadas en obras sociales, que han demostrado eficiencia y mejoramiento de la calidad de la atención mediante el empleo de médicos familiares. Algunas universidades han iniciado lentas transformaciones curriculares para formar a un médico familiar con un manejo integral y amplio de los problemas.

No obstante, el cambio de modelo de atención requiere una acción concertada muy sólida, ya que los intereses de grupo y especialidad consolidados por décadas impiden el surgimiento de nuevas modalidades; por ejemplo los pediatras reclaman ser los médicos de familia de los niños y de los adolescentes; los médicos internistas, de los adultos y los ancianos; los ginecólogos y obstetras, los médicos de familia de las mujeres. Estas especialidades básicas (pediatría, medicina interna, y ginecología y obstetricia) requerirán profundas transformaciones y cambios en su práctica profesional para favorecer la instauración de un modelo de atención más integral y más orientado a las acciones promocionales, de detección precoz, de salud pública y de curación primaria oportuna de la mayoría de los problemas de salud. La práctica profesional tendría que cambiar hacia un modelo que privilegie lo integral, lo interdisciplinario y las acciones grupales por tipo de problema.

En la Argentina, que presenta una sobreoferta de trabajo especializado, es posible y factible incentivar modalidades de acciones integradas de salud para la promoción y prevención, así como para la curación y rehabilitación. Las accio-

nes integradas en el manejo de las enfermedades crónicas sería un campo adecuado de trabajo para reorientar el modelo de atención vigente. La atención ambulatoria de base promocional y preventiva requerirá reforzar una visión renovada de la atención primaria y la concertación de acciones del modelo clínico con las organizaciones y redes sociales. En el caso de las provincias fronterizas, tales como Salta, Jujuy, Formosa, Misiones, entre otras, sería deseable revisar y reforzar modelos de atención que incorporan personal comunitario y técnicos en salud para lograr equidad de acceso a los grupos más desprotegidos. Por ejemplo, los programas de prevención y detección precoz de cánceres femeninos y masculinos específicos se beneficiarían con tales modalidades integradas.

Los **grupos vulnerables** definidos como prioritarios en la mayoría de los casos se hallan entre la población materno-infantil; en efecto, el ProMIN es un refuerzo a las acciones regulares de los ministerios de Salud; el Programa LUSIDA está orientado a los enfermos de SIDA y a la población susceptible de contagio por ETS. Recientemente el MSyAS ha convenido con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires la implementación de un proyecto de acciones integradas para la prevención y control de enfermedades crónicas que se aplicará a municipios de alta vulnerabilidad social del conurbano bonaerense.

Evaluación de la dinámica de la reforma

Los procesos de reforma sectorial normalmente atraviesan cuatro grandes fases: a) diseño, b) negociación, c) ejecución y d) evaluación.

En los casi tres lustros transcurridos desde el restablecimiento de la democracia en el país en 1983, se introdujeron cambios en el sistema de salud argentino que se han descrito en el presente informe. Los primeros dos lustros se orientaron a una discusión ideológico-política sobre la orientación del modelo de salud. Se intentó la construcción de un modelo integral de seguridad social con cobertura universal, pero este intento fracasó. Se avanzó con el apoyo del Banco Mundial y del BID en los estudios del sector salud y en posibles diseños de cambio. Los proyectos del ProNATASS fueron los más relevantes iniciados a fines de los ochenta.

Las reformas macroeconómicas introducidas en los noventa han impulsado las transformaciones del sector salud. En estos años se han rediseñado y redefinido los cambios, y se emprendieron los programas de reforma sectorial y reconversión de las obras sociales (PReSSal y PROS) con las características ya comentadas.

El MSyAS ha tenido a su cargo la responsabilidad del proceso de reforma en el nuevo marco económico. Los actores corporativos de mayor importancia se agruparon en la CGT, la CoMRA y la ConfeCliSa, seguidos a su turno por las aseguradoras y las empresas de servicios prepagos. También participaron las instituciones de financiación externa, con préstamos otorgados para la reforma den-

tro de un programa marco de apertura de mercados y estabilidad económica.

El proceso de negociación ha sido lento, con idas y vueltas ligadas a la evolución política y económica del país. Cada momento ha indicado un proceso de negociación entre las centrales sindicales, el sector privado asegurador y el gobierno, cuya orientación promueve la apertura del mercado y la desregulación de las obras sociales; las centrales de trabajadores, por su parte, procuran mantener el control y manejo de sus instituciones concediendo cambios internos en los servicios que administraban, aunque sin una total apertura a las empresas privadas. A estas, por su parte, les interesa el libre mercado y buscan incorporar a las obras sociales para profesionales y ejecutivos, que son las de mayores aportes obligatorios. En el Congreso Nacional se debaten los cambios y las transformaciones, y las diversas disposiciones legales comentadas en el presente documento reflejan las marchas y contramarchas del proceso de reforma. El consenso social se halla aún en elaboración y los distintos sectores intentan reacomodarse para lograr las mejores condiciones de funcionamiento.

El volumen de recursos manejados por el sector es lo suficientemente alto como para permitir diversos tipos de cambios y recomposiciones. Al MSyAS le corresponde la conducción y organización del proceso de implementación. La ANMAT y la Superintendencia de Servicios de Salud son los dos entes reguladores autárquicos a los que incumbe e incumbirá una acción relevante para la conducción y rectoría del sistema.

La capacidad técnica institucional es amplia, sólida y capaz de llevar a cabo los cambios propuestos. Sin embargo, su amplia experiencia está basada en un modelo curativo, con pocos programas y proyectos orientados a la prevención y a la promoción de la salud. Hay por lo tanto necesidad de fortalecer los modelos de atención integrados con la participación comunitaria, para lograr mejores soluciones a los problemas de una sociedad con una alta expectativa de vida al nacer y una adecuada inversión en atención médica.

La reforma del sistema de salud argentino ha tenido el privilegio de ser escenario de un amplio debate internacional tanto por parte de la Comunidad Europea como de los EUA, Canadá, y los otros países de América Latina. Se han debatido y conocido inclusive los sistemas de salud de China, Japón y Australia. Se conocen la diversidad, las diferencias, sus complejidades, similitudes, sus resultados, sus procesos de cambio, y, a través de su lectura y análisis, los distintos interlocutores buscan un camino para la realidad argentina. En síntesis, hay un conocimiento amplio sobre la práctica, la realidad y la complejidad del proceso nacional en un marco de apertura de mercados por los fenómenos de globalización e internacionalización de la economía.

Hasta la fecha no se elaborado un marco de evaluación y monitoreo de los resultados de las reformas en el orden provincial que permita analizar la diversidad

del proceso nacional. La modalidad de implementación elegida ha sido la de una reforma gradual, de cambios acumulativos. El anuncio de las transformaciones y la crisis de liquidez del sistema han producido reacomodaciones y modificaciones en la configuración del sector, incluyendo la presencia de empresas transnacionales de laboratorio y diagnóstico que intentan competir en el mercado nacional en calidad y precios, dando origen a un nuevo fenómeno: la monopolización y concentración de los servicios. Los cambios vigentes, tales como la libertad de elección y la aplicación del PMO han originado adaptaciones institucionales para su aplicación, mejorando la competencia. Los calendarios de la reforma han sido elásticos y obedecen al clima de las negociaciones. Se observan cambios coherentes con la orientación de la reforma y cambios paralelos en dirección contraria por reacomodaciones del mercado de la salud. El proceso de reforma actual, con la modalidad adoptada por el gobierno, podría concluir a fines de 1999 con la apertura total del mercado asegurador, incluyendo las obras sociales, en cumplimiento de un plan propuesto.

Aún no se ha iniciado un proceso estructurado de evaluación de la reforma en los órdenes nacional y provincial. Esta labor tropieza con la dificultad para obtener información y con la necesidad de realizar investigaciones que ahonden en la situación de la salud en el país. Al no existir modalidades de evaluación, los actores sociales carecen de procedimientos adecuados que les permitan seguir con cierta aproximación los cambios ocurridos. El MSyAS está en la fase de diagnóstico del sector salud, estudio de establecimientos, oferta de recursos humanos y tecnología, y si bien se ha fortalecido el sistema de vigilancia epidemiológica, queda por establecer un marco de análisis de los resultados de los procesos de reforma a la luz de la diversidad de las realidades provinciales. El presente informe, entonces, pretende ser una contribución inicial a este proceso nacional para profundizar y documentar la dirección de los cambios en función de la equidad, la eficiencia, la calidad, la solidaridad, la sustentabilidad financiera y la participación comunitaria.

VII. OBSERVACIONES, TENDENCIAS, DESAFÍOS Y REFLEXIONES FINALES

En esta sección interesa presentar una síntesis de las reflexiones sobre el proceso de reforma argentino. Unas posiciones hacen hincapié en la necesidad de lograr cambios integrales y profundos del sistema en un plazo breve; otras parten de la visión de que las reformas hasta el momento no han logrado su objetivo inicial de una total apertura al mercado; otras se centran en la crítica a un modelo curativo medicalizado que no atiende estructuralmente las acciones de promoción y prevención de la salud. Los distintos actores del proceso manejan diferentes posiciones y hasta la fecha no existe un acuerdo estratégico para la conducción de la reforma del sector.

Las tendencias y posiciones sobre los procesos de reforma en la Argentina se experimentan con diferente intensidad y velocidad según el grado de participación, poder y capacidad de los diversos actores. Sus posiciones también se ven condicionadas por los acuerdos macropolíticos de estabilidad y gobernabilidad. Sin embargo, al igual que en otros países, resulta también clara la influencia de las posiciones que consideran la salud como una parte de la economía de mercado y que, por lo tanto, en conjunto, su organización y funcionamiento deberían obedecer a las leyes del mercado, con la presencia de entes reguladores y de instituciones dedicadas a la asistencia pública y a la atención de la salud. En el caso de la Argentina, esa opción se halla vigente, esos intereses prevalecen y se puede prever en el futuro próximo un nuevo avance de las fuerzas privatizadoras del mercado asegurador.

Por otro lado, se espera que las obras sociales se modernicen y transformen como entidades financieras, reagrupándose para hacerse más eficientes y sólidas en un mercado competitivo interno con poco acceso al mercado internacional de capitales. También está presente la tendencia a consolidar un sistema nacional de salud con énfasis en la acción sanitaria, de prevención y promoción de la salud. Esta orientación se mantiene en los sectores académicos e institucionales, que procuran reinsertarse y afirmarse en los ámbitos de trabajo comunitario, municipal y provincial. Sin embargo, no han logrado compatibilizar una propuesta que incorpore las transformaciones que están ocurriendo en la seguridad social, es decir, no se ha logrado coherencia en los mecanismos de financiación, regulación y control de lo que podría ser una iniciativa para alcanzar un sistema de salud que garantice la solidaridad entre los distintos grupos sociales.

Otra tendencia se orienta a favorecer la implantación de sistemas de seguridad social con mecanismos empresariales de aseguramiento público y con entes reguladores tanto para la financiación como para los servicios, con normas y reglamentos precisos para beneficio de toda la población que garanticen el derecho al aseguramiento universal, con mecanismos solidarios. Seguidamente se presentan algunas reflexiones críticas que, a partir del señalamiento de carencias y pro-

blemas observados, aspiran a contribuir a la búsqueda de soluciones y a cambios que favorezcan a la sociedad en su conjunto, teniendo como imagen objetivo la idea de un Sistema Único de Seguridad Social con pautas precisas de descentralización, coordinación, integración de recursos, mecanismos de regulación de una oferta pública/privada de servicios y equidad de acceso a prestaciones y beneficios.

A pesar de los esfuerzos de las autoridades de salud en el período 1990-1997 y de las diversas propuestas en marcha que apuntan a una transformación del sector y que han significado un gran trabajo normativo, reglamentario –fruto de múltiples acuerdos a lo largo de un difícil proceso de negociación entre los distintos actores–, todavía los diversos interlocutores de la salud reconocen la necesidad de continuar y profundizar los cambios orientados a mejorar la equidad, la eficiencia y calidad del sistema. Tomando entonces como referencia los postulados y realizaciones de la reforma del Estado a nivel general, y considerando las políticas formuladas y las acciones verificadas dentro del sector, es posible hacer una primera observación general.

Tal como se presenta hoy el sector salud podría decirse que, aun destacando las importantes modificaciones alcanzadas en línea con las transformaciones generales del país, los cambios no presentan hasta el momento la profunda reconversión obtenida en otros sectores.

Puede observarse que la estructura básica del sector salud se mantiene sin grandes modificaciones estructurales con respecto a un decenio atrás. Los cambios en la libertad de elección por parte de los usuarios del ente financiero, la aplicación del PMO, y la aplicación práctica de la garantía de calidad están en la fase de consolidación y reglamentación.

Esto mostraría que en el sector salud no se han logrado aplicar cambios tan rotundos como los que fueron impulsados en otros ámbitos. La reforma del sector ha seguido un proceso gradual con amplios períodos de negociación.

El sistema de salud presenta hoy muchas de las características que presentaba en los ochenta. Continúan coexistiendo como partes escindidas del sistema:

- el funcionamiento no coordinado del: (a) subsector público (servicios públicos de salud); (b) subsector de la seguridad social, integrado tanto por los seguros obligatorios nacionales (obras sociales sindicales nacionales, seguros del personal de dirección, etc.), los seguros provinciales (obras sociales provinciales), mutuales, etc.; y, por último, (c) el subsector privado (seguros prepagos y servicios privados);
- subsistemas dispuestos indistintamente por la Nación o por las provincias, que someten a los aseguradores y prestadores del sistema a distintas regulaciones y controles, a veces superpuestos y contradictorios;
- el subsector privado, básicamente el seguro voluntario o medicina pre-

paga, que a pesar del crecimiento experimentado en la última década todavía no cuenta con su pertinente regulación ni organismo de control, lo cual incide aún más en su escisión del sistema;

- multiplicidad de aportes efectuados por un mismo grupo beneficiario con destino a distintos seguros: obligatorios/voluntarios, obligatorios nacionales / obligatorios provinciales, etcétera.

Esta fragmentación es reconocida por los distintos actores sectoriales como la causa principal que conspira para lograr mayores niveles de equidad, economía, eficiencia y eficacia del sistema. Tal comportamiento fragmentado ha seguido manteniendo, en grandes líneas, los esquemas preexistentes. Esta situación marca en el sector salud la preeminencia de concepciones y estrategias que difieren de las implantadas en otros sectores, en los que se reclamaron y produjeron modificaciones profundas.

Así es como se repite la necesidad de replantear la estructura del sistema, o bien se reiteran determinados argumentos o justificaciones, o la toma de posiciones contrarias que limitan su concreción, tanto en las esferas gubernamentales como en el subsector de la seguridad social y en el subsector privado, opiniones que conjugan lo que podría denominarse “la justificación de los límites impuestos a la reforma del sistema de salud”.

Estas posiciones en algunos casos se basan en la interpretación de ciertas normas constitucionales (“la salud no ha sido delegada expresamente por las provincias a la Nación”) o en institutos del derecho laboral (seguros obligatorios, solidaridad de aportes), o bien en aspectos vinculados a la libertad de comercio y libre competencia (libertad de orientar el aporte, los seguros voluntarios, etc.). Excede el índole de este trabajo el análisis pormenorizado de estas opiniones, pero no obstante debe apuntarse que esos argumentos pueden discutirse desde la perspectiva del análisis jurídico-normativo, así como partiendo del principio finalista, es decir, de las potestades del Estado como garante de la salud de la población.

Por lo expuesto, pareciera que:

a) tanto los decisores gubernamentales como el conjunto de los actores sociales que han protagonizado la reforma global del último decenio no concluyen en compartir el diagnóstico que postula un cambio más significativo del sistema de salud para dotarlo de mayor eficiencia, equidad, calidad, solidaridad y eficacia; y/o

b) se ha privilegiado la transformación de otros sectores, evaluándolos como de mayor importancia, urgencia o interés que el sector salud; y/o

c) el conjunto de la sociedad, incluyendo a los distintos representantes del sector, no ha expresado una demanda relevante dirigida a impulsar una reforma sectorial; y/o

d) no se ha elaborado una propuesta capaz de generar consenso para superar las actuales deficiencias; y/o

e) existen intereses que desalientan cambios significativos, o bien obstruyen el proceso de consenso para la transformación, manteniendo el *statu quo* con la lógica del beneficio sectorial o de grupo.

Entre 1989 y 1997 el gobierno nacional ha concretado decisiones que muestran una concepción uniforme en materia de administración, regulación y control sobre diversos sectores, entre ellos por citar algunos:

- el sistema integrado nacional en materia fiscal y tributaria (Pacto Fiscal Federal) con eliminación de gravámenes provinciales y la aplicación de tributos básicos nacionales y mejoramiento del régimen de coparticipación;
- el funcionamiento de mecanismos permanentes de coordinación entre la Nación y las provincias en materia fiscal y presupuestaria; como también en los procesos de privatización;
- el nuevo sistema de seguridad social, que incorporó la capitalización de los aportes individuales sumado a un seguro general obligatorio, tendiente a eliminar los regímenes provinciales y a lograr su integración nacional;
- los marcos regulatorios para un conjunto de sectores de importancia estratégica, en los que las empresas privadas desarrollan una actividad substancial (energía, combustibles, caminos, puertos, comunicaciones, correos, etcétera);
- el establecimiento de regímenes, sistemas y mecanismos que garantizaron la competencia entre proveedores, así como la libertad de elección del usuario o consumidor (privatizaciones, integración regional, apertura de importaciones);
- el sistema de seguro obligatorio nacional en materia de riesgos del trabajo;
- la creación y puesta en funcionamiento de regímenes e instituciones reguladoras sectoriales, por citar algunas: Superintendencia de Seguros, Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones, Comisión Nacional de Telecomunicaciones, Ente Nacional Regulador del Gas, Ente Nacional Regulador de la Electricidad, Superintendencia de Riesgos del Trabajo, etcétera;

Dentro del sector salud, a pesar de ciertos cambios operados, se observan determinados esquemas no alineados por completo con las tendencias mencionadas, tales como:

- limitaciones en los mecanismos de planificación del sector y de coordinación entre los niveles de la Nación y de las provincias, así como en la acción reguladora y de control de las instituciones públicas sobre los subsectores de la seguridad social y sobre el subsector privado;
- falta de marco regulador para el subsector privado, el seguro voluntario

y la medicina prepaga, situación que favorece asimétricamente a los aseguradores frente a los asegurados;

- ausencia de un régimen de cobertura para la población sin seguro: trabajadores autónomos, desocupados, población fuera del circuito económico formal, etc., por lo que su asistencia recae sobre los hospitales públicos a costo perdido;
- barreras y limitaciones que operan entre los subsectores (público, de seguridad social y privado) y también dentro de cada uno de estos subsectores, determinando la existencia de numerosas poblaciones de beneficiarios cautivos de las instituciones aseguradoras;
- limitaciones a la libertad de elección de sus aseguradores por parte de los asegurados con cotización obligatoria;
- regímenes diferentes para los aseguradores y prestadores según su naturaleza (pública o privada) y según las regulaciones existentes en las distintas jurisdicciones (nacional y provinciales);

También se identifican en las estructuras gubernamentales del sector algunas limitaciones en las acciones de planificación y coordinación sectorial, regulación normativa, asignación de recursos, control y auditoría de los sistemas. Esto podría obedecer a la presencia de ciertos factores tales como:

- la pérdida de convicción sobre la posibilidad de que el Estado asuma esas responsabilidades y las desarrolle con capacidad; y/o
- la tendencia a atribuir a las leyes del mercado la capacidad intrínseca de organizar los factores sociales y asignar recursos; y/o
- la pérdida de recursos humanos capaces de conducir estos procesos.

Características del proceso de reforma, 1991-1997

La reforma del sector salud en la Argentina presenta una serie de características que pueden describirse como logros, limitaciones y desafíos. Seguidamente se enumeran las más relevantes.

LOGROS DE LA REFORMA:

- Reducción efectiva de las alícuotas de cotización al seguro social obligatorio, hecho este que cumple uno de los propósitos impulsados por el Ministerio de Economía para disminuir costos a la producción argentina.
- Incremento efectivo de la recaudación de cotizaciones debido al esfuerzo de la DGI por aumentar la recaudación fiscal y lograr transparencia en el sistema tributario.
- Las redes de servicio privado están transformándose y adquiriendo tecnología para mejorar la competitividad.
- Hay un cambio real en la estructura y composición de la industria farmacéutica.
- Hay un consenso político y relativo desarrollo técnico para apoyar los procesos de garantía de calidad de servicios, alimentos, medicamentos y tecnología.

gía.

- Los mecanismos de aplicación del fondo solidario de obras sociales tienden a mejorar la equidad del sistema; sin embargo, podrían extenderse a los servicios prepagos.

LIMITACIONES:

- Reducción de la cobertura de las obras sociales a partir de 1995 y crecimiento relativo por encima de un 4% en los servicios prepagos.
- Incremento de los servicios ambulatorios del sector público para atender una demanda creciente.
- Proceso de desregulación restringida al nivel de las obras sociales (libertad de elección del usuario del ente financiero).
- Hipertrofia de los mecanismos de intermediación para la contratación y regulación de los servicios.
- Caída de las remuneraciones de los profesionales de la salud.
- Prevalencia de la debilidad para ejercer la actividad regulatoria, a pesar de los esfuerzos normativos.

DESAFÍOS PENDIENTES:

- Continuos cambios en las modalidades de contratación para proveer servicios.
- Aplicación del PMO.
- Aplicación plena de la libertad de elección por parte de los beneficiarios.
- Introducción de megaservicios financieros y de prestadores en un inminente proceso de transnacionalización.
- Modernización de los sistemas de gerencia y gestión de los entes financieros y de servicios.
- Reglamentación y acción de la Superintendencia de Servicios de Salud como ente regulador del sector.
- Puesta en marcha de los procesos de certificación y recertificación de profesionales.
- Aplicación universal del PMO a las obras sociales, a los prepagos y a los beneficiarios del sector público. El PMO requerirá ajustes y cambios correspondientes a variables de tecnología, económicas y epidemiológicas.
- Modernización de gerencia y gestión institucional del INSSJyP-PAMI.
- Fortalecimiento del papel regulador y orientador de los Ministerios de Salud.
- Cambios en el sistema formativo para disminuir la producción de médicos e incorporar la medicina familiar.
- Mayor participación de los colegios médicos y de profesionales en los procesos de certificación y recertificación.
- Formación de profesionales de la salud pública y la medicina sanitaria

imbuidos de actitudes positivas hacia la innovación y el cambio y hacia la vinculación institucional.

A lo largo de este trabajo hemos procurado describir, presentar y analizar en forma sistemática los principales logros, limitaciones y desafíos del proceso de reforma del sector salud en la Argentina. Al igual que en otros campos del desarrollo de la sociedad, una de las orientaciones principales es la búsqueda de la equidad, la eficiencia, la calidad y la solidaridad, para garantizar el derecho a la salud, como una meta humanitaria en pos de una mejor calidad de vida y del bienestar general. Como en todo plano de la actividad humana, se mueven diferentes intereses: los del poder, los comerciales, los aspectos éticos, la calidad y el acceso a las necesidades y requerimientos básicos y esenciales de la calidad de vida y de la salud. La complementaridad y sinergia de los diversos intereses y actores sociales en un continuo proceso de negociación permitirán en cada etapa encontrar un punto de equilibrio sostenible y alcanzable dentro de cada contexto social. Lograr la meta en cada sociedad, en el marco de una economía globalizada es el desafío de los dirigentes actuales y futuros de la sociedad. También será necesario el equilibrio y el balance de las acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Los modelos de salud más integrales, accesibles, oportunos y de calidad serán el futuro de organizaciones más cercanas a su base social, cuyas intervenciones de carácter preventivo, promocional curativo o reparador contarán cada vez más con una garantía de calidad de los servicios necesarios y requeridos en cualquier momento por la sociedad.

ANEXO 1 LEGISLACIÓN

I. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL

I.1. NORMAS VIGENTES EN MATERIA DE ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL

I.1.1. ESTRUCTURA ACTUAL DEL MINISTERIO DE SALUD

I.1.2. **Creación de la Superintendencia de Servicios de Salud: Decreto 1615/96***

Esta nueva institución de superintendencia del seguro de salud se constituyó como organismo descentralizado en la jurisdicción del MSyAS, fusionándose la ANSSal, el INOS y la DiNOS. Tiene a su cargo la supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, asumiendo las competencias, objetivos, funciones, facultades, derechos y obligaciones de las entidades fusionadas (ANSSal, INOS y DiNOS).

También tiene a su cargo fiscalizar y supervisar:

- el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de su obra social;
- el Programa Médico Obligatorio;
- el PNGCAM en los entes comprendidos en el sistema;
- el cumplimiento de las obligaciones de pago de los agentes del seguro de salud (obras sociales y otros) en relación con los HPA.

I.1.3. **Dirección de programas especiales: Decreto 1615/96**

Se crea en el ámbito de la Secretaría de Política y Regulación de Salud del MSyAS la Dirección Nacional de Fiscalización Sanitaria, con la misión de implementar y administrar los recursos afectados a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del Sistema del Seguro de Salud de la ley 23 661, es decir, los distintos programas de subsidios especiales con fondos presupuestarios.

I.1.4. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT): Decreto 1490/92

Este organismo tiene carácter autárquico y descentralizado y depende de la Secretaría de Políticas y Regulación del MSyAS. Entre las competencias que le fueron atribuidas, corresponde destacar las de

- A) Control y fiscalización de:
 - drogas, químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos;
 - elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías biomédicos, y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana;
 - alimentos acondicionados, insumos, aditivos, colorantes, edulcorantes e ingredientes utilizados en la alimentación humana;
 - productos de uso doméstico, productos de higiene, tocador y cosmética.
- B) Vigilancia sobre la eficacia y la detección de los efectos adversos que resulten del consumo y utilización de medicamentos, alimentos y artículos de tocador, y productos derivados o vinculados.
- C) Control de los procesos de aprovisionamiento, producción, fraccionamiento, importación, exportación y comercialización de los productos y materiales utilizados en la medicina, alimentación y cosmética humanas.
- D) Acciones de prevención y protección de la salud de la población.

I.2. POLÍTICAS Y PROGRAMAS

I.2.1. Decreto 1269/92 sobre políticas de salud

Por él se aprobaron las políticas de salud, asentadas sobre cuatro ejes sustantivos (los objetivos) y sus correspondientes vías de instrumentación (las estrategias). A continuación se exponen los elementos más des-

tacados:

Primer objetivo sustantivo:

“Lograr la plena vigencia del derecho a la salud para la población, con el fin de alcanzar la meta de SALUD PARA TODOS en el menor tiempo posible, mediante la implementación y desarrollo de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, constituyéndose así en un elemento fortalecedor esencial para la democracia.”

Estrategias planteadas:

- Coordinar con un enfoque sistémico las acciones del sector salud con las otras áreas y sectores sociales de gobierno.
- Movilizar recursos financieros, humanos, tecnológicos y de infraestructura.
- Incorporar recursos normativos, organizativos, instrumentales y de gestión, para mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de los servicios.
- Diseñar modelos alternativos de organización y administración de los institutos nacionales de investigación, docencia y producción.
- Estimular la participación de la población en la promoción, prevención y cuidado de la salud.

Segundo objetivo sustantivo:

“Mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población, con acciones del mejor nivel de calidad posible, y el menor costo económico y social.”

Estrategias planteadas:

- Diseñar un sistema de atención médica que garantice la equidad, eficacia y eficiencia, y que ponga especial énfasis en la optimización de los recursos disponibles.
- Brindar asistencia técnica a sectores públicos y privados para el diseño de organización y funcionamiento de sistemas y recursos de salud, teniendo como eje la descentralización y el desa-

rollo de redes locales de complejidad creciente, con el fin de garantizar la accesibilidad a los servicios, la coordinación y complementación de los prestadores y la satisfacción de la demanda y de las necesidades.

- Definir el papel del hospital público dentro del sistema de atención médica.
- Estimular mecanismos de incorporación de establecimientos asistenciales privados y de la seguridad social a las redes locales.
- Promover la estrategia de la atención primaria.

Tercer objetivo sustantivo:

“Disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones marginadas y de pobreza estructural, y en aquellas situaciones biopsicosociales consideradas potencialmente riesgosas.”

Estrategias determinadas:

- Desarrollar campañas nacionales destinadas a controlar o erradicar enfermedades endémicas y epidémicas de gran repercusión social.
- Promover programas prioritarios dirigidos al control de riesgos evitables y de protección de grupos vulnerables.
- Apoyar programas materno-infantiles.
- Desarrollar líneas de investigación y producción de vacunas y otros agentes biológicos destinados a prevenir y tratar patologías prevalentes.
- Promover la investigación epidemiológica.
- Participar en las tareas de conservación y mejoramiento del ambiente y en programas de saneamiento, control de contaminantes y equilibrio ecológico.

Cuarto objetivo sustantivo:

“Redefinir y orientar el rol del sector salud del Estado Nacional, para que cumpla la función rectora y protagónica en el marco político global y para que pueda cumplir eficientemente las funciones que le competen,

fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización actuando concertada y coordinadamente con los Estados Provinciales y con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.”

Estrategias previstas:

- Adecuar la estructura de la Secretaría de Salud para que permita desarrollar las líneas estratégicas de transformación que se proponen.
- Desarrollar un sistema de información ágil, veraz, oportuno y confiable para un adecuado proceso de toma de decisiones en el campo de la salud.
- Adecuar el desarrollo de los recursos humanos a la realidad sanitaria, mediante la formación y capacitación cuali-cuantitativa de los distintos integrantes del equipo de salud.
- Optimizar el uso racional de los recursos financieros disponibles, federalizando su utilización.
- Promover el desarrollo y utilización de tecnología apropiada al avance científico y técnico, a la calidad de la atención médica, evitando el uso irracional y la distorsión del gasto en atención médica.
- Implementar mecanismos adecuados de autorización, registro, normatización, control epidemiológico y de vigilancia y fiscalización de drogas, medicamentos y alimentos, con el fin de proteger la salud de la población.
- Fomentar el desarrollo y administración del conocimiento científico-técnico y la investigación, como parte integrante de este.
- Investigar los servicios de salud con el objeto de conocer sobre su organización y la administración de los recursos sanitarios.
- Promover la coordinación con las jurisdicciones [provinciales], tanto a nivel del Consejo Federal de Salud como en la elaboración de programas estratégicos y en la asistencia técnica y financiera a los programas provinciales.

I.2.2. HOSPITALES PÚBLICOS DE AUTOGESTIÓN: Decreto 578/93

Con este decreto se estableció el marco normativo para el régimen de los HPA, que propende a lograr la descentralización funcional de los hospi-

tales públicos, incrementar su capacidad de gestión institucional, elevar su nivel de eficiencia y mejorar su nivel de autofinanciamiento.

Entre los aspectos principales del régimen se destacan los siguientes aspectos:

- la libertad de incorporación para los hospitales públicos de las jurisdicciones, a requerimiento de las autoridades;
- los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud quedan obligados al pago automático de las prestaciones que reciban sus afiliados, garantizándose la libertad de contratación entre dichos agentes y los HPA;
- para encuadrarse dentro de este régimen, los HPA deberán cumplir con los requisitos y condiciones de carácter general, y las normas de actuación serán establecidas por cada provincia;
- los HPA dispondrán de las atribuciones establecidas por este régimen y estarán sujetos al cumplimiento de ciertas obligaciones, entre ellas, por ejemplo, la atención igualitaria e indiferenciada a toda la población, proveyendo la atención requerida por las personas que carezcan de cobertura y de recursos económicos.

I.2.3. PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA (PNGCAM)

I.2.3.1. Resolución 432/92 de la Secretaría de Salud

Dispone la creación del PNGCAM, con la finalidad de normatizar y desarrollar las actividades vinculadas con:

- a) Habilitación y categorización de los establecimientos asistenciales.
- b) Control del ejercicio profesional del personal del equipo de salud.
- c) Elaboración de normas de funcionamiento y manuales de procedimientos de los servicios de salud, así como de normas de atención médica.
- d) Asesoramiento y cooperación técnica para dichas acciones.
- e) Fiscalización y control sanitario.
- f) Evaluación de calidad de la atención médica y de los servicios de salud.

El desarrollo del PNGCAM estará a cargo de una comisión coordinadora, con la participación de instituciones académicas, universitarias, científicas, de profesionales, de prestadores y de financiadores de la atención médica, así como de otros organismos oficiales y organizaciones vinculadas con las acciones a implementarse.

I.2.3.2. Resolución 149/92 del Ministerio de Salud: Implementación del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica

Organiza el desarrollo de los distintos componentes del PNGCAM, colocando las actividades a cargo de las distintas direcciones y áreas de salud que participarán.

I.2.3.3. Resolución 798/93 del MSyAS

Establece el régimen por el que se incorporarán al Programa de Garantía de Calidad las normas de atención médica aprobadas, fijándose un plazo de noventa días para su entrada en vigencia. Prevé un plazo de treinta días para que las instituciones y sociedades puedan hacer llegar sus observaciones y sugerencias para mejorar la norma aprobada.

I.2.3.4. Resolución 855/93 del MSyAS

Dispone que las normas de atención aprobadas para el PNGCAM serán de observación obligatoria para las obras sociales pertenecientes a la ANSeS.

I.2.3.5. Resolución 857/93 del MSyAS

Establece el funcionamiento de los Comités de Ética Médica en el marco del PNGCAM, que funcionarán obligatoriamente en los HPA que se incorporen al régimen, y también dentro de los establecimientos nacionales. Esta norma impulsa además la creación de comités similares en las jurisdicciones provinciales, y en otros ámbitos y regímenes de los que dependen establecimientos asistenciales.

II. RÉGIMEN DE COBERTURA POR EL SUBSECTOR DE LA SE-

GURIDAD SOCIAL: OBRAS SOCIALES

II.1. LEYES DE ORIGEN DEL SISTEMA

II.1.1. Ley 18.610

Regía el funcionamiento y financiación de las obras sociales; fue reemplazada sucesivamente por las leyes 22.269 y 23.660.

II.1.2. Ley 22.269

Estableció un nuevo régimen de obras sociales y derogó la ley 18.610; fue a su vez reemplazada por la ley 23.660.

II.2. NUEVO RÉGIMEN DE OBRAS SOCIALES

II.2.1. Obras sociales y otras entidades aseguradoras: Ley 23.660

Estableció el sistema hoy vigente en materia de obras sociales, y en sus principales disposiciones:

- Están comprendidas las obras sociales: a) sindicales o gremiales; b) originadas en organismos públicos; c) del personal de dirección de empresas y de asociaciones profesionales de empresarios; d) originadas en empresas privadas o públicas; e) del personal civil y militar de las FF.AA.; y también se incorporaron las instituciones de administración mixta.
- Las obras sociales asumen responsabilidades como agentes del Seguro Nacional de Salud, quedando obligadas a cumplir con las exigencias del sistema establecido por esta ley y con lo dispuesto por la 23.661 (ley del Seguro de Salud).
- Las obras sociales deberán destinar como mínimo el ochenta por ciento de sus recursos brutos (deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución) a la prestación de los servicios de salud.
- Se crea el Registro de Agentes del Seguro de Salud, en el que deben inscribirse las obras sociales como requisito para aplicar los fondos percibidos con destino a las prestaciones de salud.
- Los agentes del seguro quedan sometidos a las regulaciones de

- la Secretaría de Salud de la Nación y de la ANSSal.
- Quedan incluidos como beneficiarios de las obras sociales: los trabajadores en relación de dependencia, y su grupo familiar o conviviente, tanto del ámbito público como privado en jurisdicción nacional, así como los jubilados y pensionados nacionales.
- Se establecen las normas comunes a todas las obras sociales, aplicables a sus reglamentos y órganos de conducción.
- Se autoriza la constitución de asociaciones de obras sociales que integren a los beneficiarios de todo su ámbito de funcionamiento, al igual que sus recursos.
- Se determinan los aportes y contribuciones a cargo del trabajador y del empleador, con destino a las obras sociales.
- Se establece que el 90% de los aportes y contribuciones tienen como destinataria a la obra social, mientras que el diez por ciento restante se destina al Fondo de Redistribución del Seguro de Salud.
- Las obras sociales podrán destinar a sus gastos administrativos hasta un ocho por ciento de sus recursos.
- Crea la DiNOS como autoridad de aplicación de la ley sobre las entidades.

II.2.2. SISTEMANACIONAL DEL SEGURO DE SALUD: Ley 23.661

Entre los aspectos principales del Sistema de Seguro pueden mencionarse los siguientes:

- El seguro social procura asegurar el derecho a la salud de todos los habitantes; afirmando su integralidad, reservando a la autoridad pública la conducción del sistema y reservando a las sociedades intermedias su participación en las gestiones directas.
- El objetivo fundamental es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible.
- El Ministerio de Salud es el encargado de dictar e instrumentar las políticas, en función de articular y coordinar las acciones de las obras sociales, los establecimientos públicos y los prestadores privados, promoviéndose la descentralización de las accio-

nes y autorizándose la delegación de facultades a los entes provinciales y municipales.

- El personal provincial y municipal, así como sus jubilados y pensionados, podrán optar por su incorporación parcial o total al seguro mediante los correspondientes convenios de adhesión.
- La autoridad de aplicación del seguro es la Secretaría de Salud.
- Se crea la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal), para asegurar el funcionamiento del sistema e integrar el desarrollo de las prestaciones de salud.
- Se coloca el Fondo de Redistribución Solidario bajo el manejo de la ANSSal, encargándose esta de administrarlo para atender subsidios de alta complejidad, así como para cubrir necesidades de beneficiarios sin cobertura o quebrantos económico-financieros de las obras sociales (este mecanismo redistributivo iba a ser modificado luego por un sistema de compensación y reparto automático).
- Los agentes naturales del seguro son las obras sociales y las mutuales que integren el Sistema del Seguro. Todos los agentes estarán inscriptos en el Registro Nacional de Agentes del Seguro, registro que será administrado por la ANSSal.
- Los agentes del seguro deben presentar anualmente una serie de informaciones para el control de la ANSSal (balances, presupuesto, programa de prestaciones médicas y de auditoría, etcétera).
- Se prevé un programa obligatorio de prestaciones de salud a ser normatizado y actualizado por la Secretaría de Salud.
- Se establece un Registro Nacional de Prestadores que contraten con los agentes del seguro. La inscripción es requisito indispensable para que los prestadores puedan celebrar contrato con los agentes del seguro.
- Corresponde a la Secretaría de Salud establecer las definiciones y normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos asistenciales que permitan a la ANSSal fijar los requisitos para inscribirse en el Registro Nacional de Prestadores.
- Se otorga a la ANSSal poder de policía para fiscalizar a los agentes del seguro.
- Las provincias podrán adherir al sistema y administrar seguros dentro de su jurisdicción, debiendo celebrar convenio con la

Secretaría de Salud.

II.3. REGLAMENTACIÓN DEL RÉGIMEN DE OBRAS SOCIALES Y DEL SEGURO DE SALUD

II.3.1. Incorporación al régimen de seguridad social del derecho a la libre elección de obra social: Decreto 9/93

Entre los puntos más importantes, pueden señalarse:

- Se establece por primera vez la posibilidad de que los beneficiarios de una obra social sindical se afilien a otra para atenderse, eliminando la obligatoriedad de aportar y atenderse en la organización de salud correspondiente al sector, rama o actividad laboral en que se desempeñan.
- La elección podrá recaer en una sola obra social y el derecho de cambiarla será ejercido una sola vez por año.
- Las prestaciones básicas u obligatorias que brinden las obras sociales serán determinadas por el MSyAS.
- La ANSSal compensará las diferencias que pudieran surgir entre el monto de los aportes y contribuciones de los beneficiarios y el costo de las prestaciones básicas.
- Los ministerios de Salud y de Trabajo reglamentarán las modalidades de traspaso de los afiliados y de sus aportes.
- Se dejan sin efecto las restricciones que limitan la libertad de contratación entre prestadores y obras sociales, así como las que regulan aranceles prestacionales de cualquier tipo, pero se inhabilita a los colegios profesionales para celebrar convenios con las obras sociales (arts. 5° a 7°).
- Los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud estarán obligados a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden de los hospitales públicos.
- Las obras sociales podrán fusionarse, federarse o utilizar otros mecanismos de unificación, total o parcial, para el cumplimiento de sus objetivos.

II.3.2. Decreto 576/93: Reglamentación de las obras sociales y del Seguro

Nacional de Salud

II.3.2.1. Reglamentación de la ley 23.660, de obras sociales

Entre las principales normas reglamentarias pueden mencionarse:

- Definiciones y alcances de las normas referidas a obras sociales e instituciones de administración mixta, estableciendo que deberán actuar con total independencia de otras instituciones.
- Las obras sociales presentarán ante la DiNOS los programas de otras prestaciones que prevean ofrecer a sus beneficiarios, consignando el costo y precisando el origen de los recursos para atenderlas. Esas prestaciones deberán garantizarse de conformidad con las normas que establezcan la Secretaría de Salud y la ANSSal.
- Las obras sociales estarán obligadas a admitir la afiliación de cualquier beneficiario así como de los miembros de su grupo familiar o conviviente.
- Los aportes y contribuciones se efectúan sobre la base de la remuneración del trabajador y a favor del sistema de salud; por lo tanto pertenecen al afiliado, que puede disponer de ellos para la libre elección del agente del seguro, puesto que constituyen parte de su salario diferido y solidario.
- 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.
- Los beneficiarios titulares tienen en todos los casos la opción de renunciar a la obra social que les corresponda, y de elegir otra, una vez por año.
- Ningún beneficiario podrá estar afiliado a más de una obra social o agente del seguro, ya sea como beneficiario titular o no titular.
- El INSSJyP atenderá solo a quienes les corresponda por la legislación vigente (es decir, jubilados y pensionados).
- Todo jubilado o pensionado podrá optar entre el INSSJyPy otra obra social. Si estuviere inscripto en el Instituto y en una obra social, deberá optar por esta última.
- Los matrimonios en los que ambos cónyuges sean beneficiarios titulares podrán afiliarse a un único agente del seguro, acumu-

- lando sus aportes y contribuciones.
- La DiNOS redactará un modelo estatutario con las condiciones mínimas a las que deberán adecuarse los estatutos de las obras sociales.
- La DiNOS y la ANSSal facilitarán la constitución de asociaciones de obras sociales.
- Se establecen los mecanismos para transferir el costo de atención de los afiliados desde las instituciones de previsión social hacia los agentes del seguro de salud ante quienes estén inscriptos los beneficiarios.

II.3.2.2. Reglamentación del Sistema de Seguro de Salud: Ley 23.661

De esta reglamentación cabe destacar:

- Los beneficiarios que opten de conformidad con el decreto 9/93 podrán afiliarse a cualquiera de los agentes inscriptos en el Registro Nacional de Agentes del Seguro.
- Cada beneficiario no puede estar afiliado a más de un agente del seguro.
- Los agentes del seguro no podrán supeditar la afiliación a requisitos no previstos, ni efectuar discriminación alguna para acceder a las cobertura básica obligatoria. Queda prohibido realizar examen psicofísico o equivalente, cualquiera que sea su naturaleza, como requisito para la admisión.
- Los agentes del seguro no podrán imponer períodos de carencia, ni decidir unilateralmente sin causa la baja del afiliado.
- El MSyAS promoverá la libertad en el Sistema manteniendo los controles.
- Se garantizará a los beneficiarios un mínimo de niveles de cobertura.
- Podrán participar del Sistema de Seguro otras entidades que, sin ser obras sociales, (a) tengan personería jurídica y, como objeto social principal, la provisión de las prestaciones de ley, (b) demuestren capacidad para brindar dichas prestaciones, y (c) se inscriban en el Registro.
- Por resolución conjunta, los ministerios de Salud, de Economía y de Trabajo podrán modificar los sistemas de procedimiento, financiamiento y recaudación cuando lo consideren conveniente.
- Los beneficiarios podrán afiliarse a cualquiera de los agentes

- del seguro de salud y cada beneficiario titular tendrá la facultad de elegir a su agente del seguro.
- Los beneficiarios podrán cambiar de agente del seguro una vez por año calendario. Una vez presentada la solicitud de cambio, el afiliado no podrá retractarse.
 - Los trabajadores autónomos comprendidos en el Régimen Nacional de Jubilaciones y Pensiones, y sus beneficiarios, podrán afiliarse a un agente del seguro, pudiendo elegir entre cualquiera de ellos.
 - Se establecen los requisitos para obtener la inscripción en el Registro Nacional de Agentes del Seguro.
 - Se establecía qué tipo de financiación iba a cubrir el Fondo Solidario de Redistribución. Esto se modificó posteriormente, estableciéndose un sistema de redistribución automática con compensación de aportes que estuvieran por debajo del valor del módulo.
 - La Secretaría de Salud deberá actualizar las prestaciones obligatorias previstas en el decreto 9/93. Los agentes del seguro podrán pactar con sus afiliados prestaciones adicionales sobre las obligatorias.
 - La Secretaría de Salud dictará las normas que establezcan las condiciones para incorporar al Seguro Nacional de Salud, en calidad de prestadores, a los hospitales y demás centros asistenciales, coordinando con las provincias la inserción de los hospitales provinciales en el Sistema de Salud.

II.3.3. DECRETOS 292/95 Y 492/95

Son modificatorios de varias normas del régimen de la seguridad social y determinan una parte importante del conjunto de la regulación de este subsector. Dado que el decreto 492/95 es modificatorio del decreto 292/95 y ambas normas se hallan muy interrelacionadas entre sí, se resumen aquí las principales estipulaciones comprendidas en ambos decretos, especialmente respecto a las cuestiones atinentes a la ley 23.660, de Obras Sociales, y a la 23.661, sobre el Sistema de Seguro de Salud, y sus normas reglamentarias, aprobadas por el decreto 576/93.

- Se establece para los trabajadores beneficiarios titulares del Sistema Nacional de Seguro de Salud una cotización mínima mensual para las obras sociales, es decir, un aporte básico ase-

- gurado del orden de cuarenta pesos, aporte que cubre al titular asegurado y a su grupo familiar conviviente.
- Se establece un mecanismo de Redistribución Automática Solidaria: si el total de los aportes y contribuciones que ingresan en la obra social por ese trabajador no alcanzaren a la cotización mínima, la diferencia (hasta los 40 pesos) será aportada mensualmente por el Fondo Solidario de Redistribución. Este mecanismo automático elimina los anteriores procedimientos discrecionales del manejo del Fondo Solidario que regían hasta ese momento.
 - El valor de la cotización mensual podrá ser modificado mediante resolución conjunta de los ministerios de Salud, de Economía y de Trabajo.
 - Ningún beneficiario podrá estar afiliado a más de un agente asegurador del sistema, debiendo unificar su afiliación. Quienes se hallen en situación de pluriempleo deben optar por uno de los agentes que les brindan cobertura. En caso de que no optaren, se unificará de oficio sobre el agente asegurador que reciba la cotización más alta.
 - Los beneficiarios del Sistema del Seguro de Salud tendrán derecho a recibir las prestaciones médico-asistenciales que se establezcan en el PMO, cuyo cumplimiento será obligatorio para todos los agentes del Seguro de Salud (obras sociales); el PMO será determinado por el MSyAS.
 - Se crea en el ámbito de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria una Comisión Técnica del PMO, que tendrá como misión formular el Programa y elaborar las normas reglamentarias necesarias para su ejecución.
 - Los agentes del Seguro de Salud (obras sociales) que no pudieren brindar el PMO a la totalidad de sus beneficiarios deberán proponer su fusión con otra entidad, de forma de permitir a sus beneficiarios el acceso al PMO.
 - Se reducen las contribuciones patronales que integran la masa del aporte del trabajador al sistema del seguro, disponiéndose distintos descuentos según las zonas del país.
 - Se encomienda a la DGI la recaudación y fiscalización de los aportes destinados a integrar el Fondo Solidario.
 - Se dispone la transformación en obras sociales de un amplio conjunto de instituciones de servicios sociales de administración mixta, tales como los del Personal Ferroviario, de Segu-

- ros, Docentes, Empleados de Comercio y otros.
- Se crea el Registro de Agentes del Sistema del Seguro de Salud que se incorporen para brindar servicios médicos a los jubilados y pensionados. Los beneficiarios podrán optar por continuar atendiéndose en la obra social de jubilados y pensionados (PAMI) o pasarse a uno de los agentes inscriptos en el Registro.
 - Los agentes inscriptos deben aceptar tanto al titular como a su grupo familiar conviviente y no podrán rechazar ni discriminar las solicitudes de ingreso por ninguna razón.
 - Los beneficiarios jubilados y pensionados podrán asimismo cambiar de agente asegurador una vez al año.
 - Todos los agentes aseguradores estarán obligados a brindar el PMO a los jubilados y pensionados.
 - Se prevé que, por resolución conjunta, los ministerios de Economía, de Trabajo y de Salud establecerán un valor de capitalización mínima o cotización mensual mínima, a ser aportada por los recursos que ingresen en el INSSJyP y transferidas a favor del agente asegurador donde se inscriba el beneficiario. Se establece un sistema de cotización transitorio.

II.3.4. Resolución conjunta de los ministerios de Salud, de Economía y de Trabajo. Resolución 320/93 del MSyAS, reglamentaria del decreto 576/93

Establece el procedimiento por el cual los Hospitales Públicos de Auto-gestión, a través de la gestión de la ANSSal y de la DGI, recabarán el pago de facturas no saldadas por las obras sociales. La DGI procederá al débito automático de los importes adeudados, de la recaudación que corresponda a las obras sociales, previamente a la transferencia de estas a la jurisdicción de la ANSSal. Las sumas así retenidas serán transferidas a la ANSSal para que esta proceda al pago del crédito de los HPA.

II.3.5. Resolución 330/92 del MSyAS, reglamentaria de los decretos 9/93 y 576/93

Establece el modelo de régimen de recaudación de las obras sociales, el mecanismo aplicable para la elección de los beneficiarios titulares de esas entidades y el régimen de administración de recursos financieros e información del Sistema.

II.4. LIBERTAD DE ELECCIÓN: Normas para su implementación

II.4.1. Decreto 1141/96

Las principales disposiciones de este decreto, por el cual se impulsa la aplicación del régimen de libertad de elección de la obra social, establecen:

- El mecanismo para que los beneficiarios ejerciten la opción de elegir otra obra social sindical a partir del 1º de enero de 1997.
- Las obras sociales que se hallen avanzando en el Programa de Reconversión entrarán en el sistema después que aquellas no incluidas en la reestructuración sectorial.
- El MSyAS dictará las normas complementarias para la instrumentación del régimen.
- El padrón general de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, que constituía uno de los escollos para el inicio del régimen de libertad, deberá concluirse en marzo de 1997. Estarán a cargo de esa tarea la ANSeS, la DGI y la ANSSal.
- El padrón confeccionado a partir del Censo de Empleadores de las obras sociales integrará la Base Única de la Seguridad Social.
- Se pone en marcha una operación de Censo de Empleadores, quienes deberán presentar a la ANSeS las declaraciones juradas necesarias con la información requerida.
- La ANSSal deberá entregar a la ANSeS la información existente sobre los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

II.4.2. Decreto 1142/96

En él se establece que:

- La ANSSal deberá habilitar una operatoria de inscripción de las nuevas entidades que deseen registrarse como Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.
- Además, el MSyAS elevará al PEN el proyecto de Ley de Medicina Prepaga que establezca el marco regulatorio de la actividad.

II.4.3. Resolución 633/96 del MSyAS

Introdujo nuevas normas complementarias para ejercer la opción de cambio por parte de los beneficiarios.

- La opción de cambio solo podrá ser ejercida ante la ANSeS por los afiliados de las obras sociales indicadas en los incisos **a**, **b**, **d**, **f** y **h** del artículo 1º de la ley 23.660.
- La obra social elegida deberá habilitar al afiliado el uso de los servicios, y la ANSSal comunicará la baja a la obra social de origen.
- En el caso de cónyuges que sean ambos afiliados titulares, deberán optar por una obra social, para unificar los aportes, siempre y cuando las dos obras sociales estén comprendidas en el artículo citado. Si el titular no se expresare, la autoridad de aplicación unificará los aportes en la obra social que reciba el aporte mayor.
- La opción de cambio podrá ejercerse solo una vez al año, operándose el traspaso a los noventa días de presentada la solicitud.
- la DGI tendrá a su cargo efectuar las transferencias a la nueva obra social de las sumas correspondientes al “*promedio de aportes*” de la obra social de origen.
- Los jubilados y pensionados solo podrán elegir entre el PAMI y las obras sociales inscriptas en el Registro de Agentes.
- La obra social receptora no tendrá obligación de dar al afiliado proveniente de otra obra social “*más cobertura que el PMO, aun cuando la cobertura para sus afiliados originales fuere mayor*”. En este último caso, los afiliados podrán optar por pagar un suplemento para equiparar su cobertura a la de lo afiliación de origen.
- La obra social no podrá establecer carencias ni preexistencias ni ningún tipo de examen, que condicionen la admisión.
- Se establece un sistema de compensación de cobertura entre obras sociales. En los casos en que el afiliado hubiere cambiado de obra social y se encontrare en tratamiento o padeciere afecciones crónicas preexistentes, estará durante nueve meses a cargo de la obra social de origen, a la que la obra social receptora le facturará las prestaciones por intermedio de la ANSSal.
- Los trabajadores que inicien una relación laboral deberán permanecer como mínimo un año en la obra social correspondien-

te a su rama de actividad antes de poder ejercer su derecho de opción.

- Los afiliados que cambien de obra social deberán permanecer como mínimo un año en ella y, vencido ese plazo, podrán volver a ejercer su derecho de opción.

II.4.4. Decreto 1560/96

Ratificó la resolución 633/96 del MSyAS.

II.4.5. Resolución conjunta de la DGI (N° 22/96) y de la ANSeS (N° 885/96)

Estableció condiciones para emplazar a los empleadores a que presentaran sus declaraciones al Censo de Empleadores (decreto 1141/96) bajo apercibimiento de la aplicación de sanciones.

II.4.6. Resolución 656/96 del MSyAS

Extendió a favor de los beneficiarios del sistema de obras sociales el plazo para optar por la elección de una nueva obra social hasta el mes de febrero de 1997.

II.4.7. Decreto 84/97

Introdujo modificaciones al régimen de elección de la obra social por parte de los beneficiarios, especialmente de ciertas estipulaciones contenidas en la resolución 633/96 del MSyAS.

Sus principales disposiciones modifican:

- el plazo de que dispondrán los beneficiarios para optar por el cambio de su obra social, asignándole los meses de mayo y junio; para hacer uso de la opción en 1997 se fija un período especial de enero a abril;
- el régimen de transferencia del aporte del titular a la obra social elegida, dado que por la resolución 633/96 se tomaba *“el pro - medio de aportes de la obra social de origen”*, que este decreto reemplaza por el *“total de los aportes y contribuciones que correspondieran”*.

II.4.8. Decreto 206/97

Para las obras sociales incorporadas al Programa de Reconversión del MSyAS, se extendieron hasta agosto de 1997 los plazos para efectivizar la transferencia de beneficiarios que hayan solicitado su cambio a otra obra social.

II.5. PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO (PMO): Resolución 247/96 del MSyAS

El PMO fue incorporado al Sistema del Seguro de Salud en función de lo establecido por el decreto 492/95. Una comisión intersectorial tuvo a su cargo la elaboración del Programa, que fue aprobado por la resolución 247/96 del MSyAS. Se estableció un período de seis meses desde su aprobación, para que comenzara a ser exigible a los agentes aseguradores comprendidos en las disposiciones de las leyes 23.660 y 23.661.

Debe tenerse presente que el PMO determina en qué consiste el régimen de asistencia obligatorio que todo agente asegurador deberá proporcionar a los beneficiarios. No se admiten períodos de carencia, como tampoco modificar los valores de los coseguros estipulados en el PMO. Las prácticas no incluidas podrán ser brindadas por los aseguradores mediante un mecanismo de excepciones.

II.6. RÉGIMEN DE COBERTURA PARA TRABAJADORES PASIVOS: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP). Programa Médico de Atención Integral (PAMI)

II.6.1. Creación del Instituto: Ley 19.032

II.6.2. Proceso de normalización: Decreto 197/97

III. NORMAS PARA EL SUBSECTOR PRIVADO

III.1. MEDICINA PREPAGA: Ley 24.754

Esta norma establece que las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, en sus planes de cobertura médico asistencial, como mínimo las mismas “prestaciones obligatorias” dispuestas por las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones.

IV. RÉGIMEN EN MATERIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS

IV.1. RÉGIMEN DE MEDICAMENTOS

IV.1.1. Ley 16.463 (año 1964)

Regula el régimen de importación, exportación, producción, elaboración, fraccionamiento, comercialización o depósito de las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana y las personas de existencia visible o ideal que intervengan en dichas actividades.

IV.1.2. Decreto 9763/64

Reglamentario de la ley 16.463, que rigió hasta la sanción del decreto 150/92, que lo modificó sustancialmente.

IV.1.3. Decreto 150/92

Reglamentó la ley 16.463 modificando el decreto 9763/64. Entre algunos de sus puntos principales se destaca:

a) el ordenamiento y sistematización del proceso de aprobación y registro de medicamentos; b) la obligatoriedad de publicar las Listas Nacionales de Medicamentos Genéricos autorizados y de medicamentos aprobados que se expenden al público; c) la apertura del mercado nacional a los medicamentos producidos en países con alto grado de desarrollo en su industria farmacéutica; d) la incorporación de la obligatoriedad de

prescribir medicamentos genéricos.

IV.1.4. Decreto 1890/92

Modificadorio parcial del decreto 150/92. Sus puntos principales son: (a) la eliminación de la obligatoriedad de la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, siendo facultad del profesional indicar el genérico o el medicamento por su nombre de marca, o ambos a la vez; y (b) incorpora un régimen de mayor flexibilidad para la importación de medicamentos producidos en países que poseen un adecuado desarrollo farmacéutico, siempre que se reconozca la validez de la habilitación de sus plantas elaboradoras.

IV.1.5. Decreto 177/93

Modifica el decreto 150/92 (texto ordenado por el decreto 1890/92) estableciendo modificaciones al régimen, procedimientos y plazos aplicables al control y regulación de los medicamentos.

ANEXO 2 CUADROS

Cantidad total de establecimientos asistenciales, por tipo, años 1980 y 1995

Establecimientos 1980	Año 1995	Año
Sin internación	12775	6083
Con internación	3310	3013
Total de establecimientos	16085	9051

FUENTE: MSAS, *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995.*

Cantidad de establecimientos según dependencia administrativa, años 1980 y 1995

	Año						
	Dependencia administrativa		Obra social		Privada		
Mixta	Oficial %	% Total	%	%	%	%	
1995	6971	43,3	222	1,4	8873	55,2	19
0,1	16085	100					
1980	4648	51,4	364	4,0	4039	44,6	n/c
n/c	9051	100					

FUENTE: MSAS, *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995.*

Camas disponibles según dependencia administrativa, años 1980 y 1995

Año da	Dependencia administrativa			
	Total Mixta	Oficial	Obras sociales	Priva-

1995	155 749	84 094	4375	67 198
82				
1980	145 690	91 034	8045	46 611
n/c				

FUENTE: MSAS, *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995.*

Porcentajes de camas disponibles por dependencia administrativa

	Total Oficial	Dependencia administrativa		
		Obras sociales	Privada	
Mixta				
Participación				
1995				100
(155 749)	53,99	2,81	43,15	
0,05				
Participación				
1980				100
(145 690)	62,48	5,52	31,99	
Variación 1995/1980	6,90	-7,62	-45,6	
44,17				

FUENTE: *Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995, datos preliminares.*

Camas disponibles del subsector oficial según nivel de dependencia, años

1980 y 1995**Dependencia administrativa**

Año	Total	Nación	Provincias	Muni-
cipios	Otras dependencias			
1995	84 094	2341	55 252	20 137
6364				
1980	91 034	10580	56 634	16 904
6915				

FUENTE: MSAS, *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995.*

Camas disponibles por millar de habitantes, años 1980 y 1995

Jurisdicción	Camas disponibles por cada mil habitantes	
	Año 1995	Año 1980
Capital Federal	7,74	8,40
Prov. de Buenos Aires	3,80	4,25
Catamarca	4,76	5,70
Córdoba	6,22	6,42

Corrientes	4,08	4,40
Chaco	4,75	4,48
Chubut	5,10	6,03
Entre Ríos	6,30	7,22
Formosa	3,89	3,24
Jujuy	5,84	6,51
La Pampa	4,30	5,31
La Rioja	5,12	4,97
Mendoza	3,13	4,26
Misiones	3,48	3,77
Neuquén	3,14	5,66
Rio Negro	3,65	5,03
Salta	4,30	5,68
San Juan	3,20	3,47
San Luis	4,02	4,35
Santa Cruz	6,77	6,00
Santa Fe	4,15	5,47
Santiago del Estero	6,18	4,77
Tierra del Fuego	2,49	5,96
Tucumán	3,20	4,58
Total del país	4,55	5,21

FUENTE: MSAS, *Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, 1995.*

Consultas registradas en establecimientos oficiales durante 1992 y 1995

Jurisdicción	Año 1992	Año 1995
Capital Federal	6 275 710	7 611 022
Buenos Aires	19 751 899	24 008 677
Catamarca	462 306	456 853

Córdoba	3 478 408	3 513 767
Corrientes	1 184 905	1 264 988
Chaco	1 541 570	1 712 964
Chubut	626 665	628 240
Entre Ríos	1 917 680	2 231 747
Formosa	665 289	772 655
Jujuy	—	1 235 838
La Pampa	798 824	984 593
La Rioja	306 560	204 407
Mendoza	2 463 456	2 836 551
Misiones	1 105 829	1 368 306
Neuquén	1 244 006	1 425 081
Rio Negro	870 166	1 013 734
Salta	1 495 715	1 784 549
San Juan	908 814	821 493
San Luis	489 302	664 896
Santa Cruz	237 878	341 144
Santa Fe	3 741 645	5 791 617
Santiago del Estero	462 183	669 014
Tierra del Fuego	—	383 060
Tucumán	2 012 721	1 919 927
Total del país	52 041 233	63 645 123

FUENTE: Elaboración propia a partir del *Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud*, N° 74, julio 1996, y N°67, julio 1993.

Egresos registrados en establecimientos oficiales, años 1992 y 1995

Jurisdicción	Año 1992	Año 1995
Capital Federal	169 474	185 319
Buenos Aires	544 963	593 947
Catamarca	18 817	21 381
Córdoba	112 417	90 380
Corrientes	55 754	68 859
Chaco	64 792	71 080
Chubut	21 885	23 606
Entre Ríos	81 474	83 591
Formosa	29 489	32 504
Jujuy	44 847	47 037
La Pampa	17 360	20 212
La Rioja	15 808	15 840
Mendoza	78 640	85 666
Misiones	58 886	68 476
Neuquén	34 269	34 482
Rio Negro	42 004	40 239
Salta	56 480	77 083
San Juan	35 240	35 980
San Luis	18 697	22 527
Santa Cruz	9 376	12 636
Santa Fe	119 683	144 051
Santiago del Estero	33 420	42 607
Tierra del Fuego	—	5 904
Tucumán	56 284	59 401
Total del país	1 720 059	1 882 808

FUENTE: Elaboración propia a partir de *Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud*, N° 74, julio 1996, y N°67, julio 1993.

Consultas registradas en establecimientos oficiales durante 1992 y 1995

Jurisdicción	Año 1992	Año 1995
Capital Federal	6 275 710	7 611 022
Buenos Aires	19 751 899	24 008 677
Catamarca	462 306 456 853	
Córdoba	3 478 408	3 513 767
Corrientes	1 184 905	1 264 988
Chaco	1 541 570	1 712 964
Chubut	626 665 628 240	
Entre Ríos	1 917 680	2 231 747
Formosa	665 289 772 655	
Jujuy	-- 1 235 838	
La Pampa	798 824 984 593	
La Rioja	306 560 204 407	
Mendoza	2 463 456	2 836 551
Misiones	1 105 829	1 368 306
Neuquén	1 244 006	1 425 081
Rio Negro	870 166 1 013 734	
Salta	1 495 715	1 784 549
San Juan	908 814 821 493	
San Luis	489 302 664 896	
Santa Cruz	237 878 341 144	
Santa Fe	3 741 645	5 791 617
Santiago del Estero	462 183 669 014	
Tierra del Fuego	-- 383 060	
Tucumán	2 012 721	1 919 927
Total del país	52 041 233	63 645 123

FUENTE: Elaboración propia a partir del Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, N° 74, julio 1996, y N°67, julio 1993.

Egresos registrados en establecimientos oficiales, años 1992 y 1995

Jurisdicción	Año 1992	Año 1995
Capital Federal	169 474	185 319
Buenos Aires	544 963	593 947
Catamarca	18 817	21 381
Córdoba	112 417	90 380
Corrientes	55 754	68 859
Chaco	64 792	71 080
Chubut	21 885	23 606
Entre Ríos	81 474	83 591
Formosa	29 489	32 504
Jujuy	44 847	47 037
La Pampa	17 360	20 212
La Rioja	15 808	15 840
Mendoza	78 640	85 666
Misiones	58 886	68 476
Neuquén	34 269	34 482
Río Negro	42 004	40 239
Salta	56 480	77 083
San Juan	35 240	35 980
San Luis	18 697	22 527
Santa Cruz	9 376	12 636
Santa Fe	119 683	144 051
Santiago del Estero		33 420 42 607
Tierra del Fuego	--	5 904
Tucumán	56 284	59 401
Total del país	1 720 059	1 882 808

FUENTE: Elaboración propia a partir de Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, N° 74, julio 1996, y N°67, julio 1993.

Cobertura de la seguridad social y otras, año 1991
(en miles de personas y en porcentaje)

Jurisdicción	Población total	Tipo de cobertura					
		Población con cobertura de salud (%)		Población con obra social			
		plan médico o mutual	No tiene obra social	Solo			
	Ignorado						
Buenos Aires	12595	7841	62,3	7286	555	4550	204
Capital Federal	2965	2358	79,5	2006	352	578	29
Catamarca	265	165	62,3	163	2	96	4
Córdoba	2766	1703	61,6	1564	139	1034	29
Corrientes	796	403	50,6	396	6	378	15
Chaco	840	395	47,0	384	10	430	15
Chubut	356	238	66,9	233	6	115	3
Entre Ríos	1020	619	60,7	593	27	388	13
Formosa	399	168	42,1	166	1	225	6
Jujuy	512	283	55,3	276	8	223	6
La Pampa	261	167	64,0	155	12	91	3
La Rioja	221	144	65,2	142	2	74	3
Mendoza	1412	813	57,6	753	60	593	6
Misiones	789	389	49,3	385	4	386	14
Neuquén	389	230	59,1	223	7	155	4
Río Negro	507	307	60,6	295	12	195	5
Salta	866	437	50,5	426	10	414	15
San Juan	530	311	58,7	306	4	215	4
San Luis	286	177	61,9	166	10	106	3
Santa Cruz	160	122	76,3	122	1	37	1

Santa Fe	2798	1961	70,1	1771	190	802	35	
Stgo. Del Estero		671	293	43,7	281	12	363	15
T. del Fuego		69	48	69,6	47	1	21	0
Tucumán		1142	729	63,8	660	69	399	14
Total del país		32615	20301	62,2	18799	1500	11868	446

FUENTE: INDEC (datos del Censo Nacional de Población de 1991).

Afiliados a distintos sistemas, por estrato de ingreso per capita familiar,
Área Metropolitana
Septiembre - noviembre de 1995

Afiliados a

	Estrato de ingreso					Total
	Bajo	Medio-bajo	Medio	Alto	Total	
solo a obra social	44,0	53,5	56,5	45,6	49,7	
solo a prepagos	7,0	8,2	12,2	22,6	11,5	
solo a otros pre-pagos	3,0	6,5	8,3	16,7	7,8	
Otros	10,0	14,7	20,4	39,2	19,4	
Total afiliados	54,1	68,1	77,0	84,9	69,0	
No afiliados	45,9	31,9	23,0	15,1	31,0	
Población	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

FUENTE: Encuesta de utilización y gasto en salud, Área Metropolitana, 1995.

Afiliados a distintos sistemas, por estrato de ingreso per capita familiar,
Área Metropolitana
Porcentajes horizontales, septiembre - noviembre de 1995

Afiliados a	Estrato de ingreso				Total	
	Bajo	Medio-bajo	Medio	Alto		
solo a obra social	26,6	32,3	22,7	18,4	100,0	
solo a prepagos	18,3	21,2	21,1	39,3	100,0	
solo a otros pre-pagos		11,4	24,9	21,1	42,6	100,0
Otros	15,5	22,7	21,1	40,7	100,0	
Total afiliados	23,5	29,6	22,3	24,7	100,0	
No afiliados	44,5	30,9	14,9	9,8	100,0	
Población	30,0	30,0	20,0	20,1	100,0	

FUENTE: Encuesta de utilización y gasto en salud, Área Metropolitana, 1995.

En los cuadros siguientes se completa la información de cobertura de seguros con el detalle de los beneficiarios de PAMI y los afiliados a las obras sociales provinciales.

Distribución por edad de los beneficiarios del INSSJyP/PAMI, año 1994

Grupo etario	Beneficiarios
Menos de 14 años	262 630
15 a 19	214 087
20 a 24	60 437
25 a 29	17 764
30 a 34	32 671
35 a 39	39 149
40 a 44	58 378
45 a 49	88 874
50 a 54	143 926
55 a 59	263 618

60 a 64	508 232
65 a 69	673 104
70 a 74	651 195
75 a 79	459 007
80 a 84	319 272
85 a 89	145 229
90 y más	59 641
Total	3 997 214

Fuente: Departamento Afiliaciones, Oficina Ejecutiva, INSSJyP, diciembre de 1994.

Beneficiarios de obras sociales provinciales, año 1994

Provincia	Obra social	Afiliados en 1994
BUENOS AIRES	SIOMA	1 066 918
CATAMARCA	OSEP	161 409
CHACO	COIPS	164 832
CHUBUT	SEROS	79 200
CÓRDOBA	IPAM	516 272
CORRIENTES	IOSCOR	171 597
ENTRE RÍOS	IOSPER	255 171
FORMOSA	IASEP	116 600
JUJUY	ISJ	513 992
LA PAMPA	SEMPRE	65 825
LA RIOJA	IPOS	78 100

MENDOZA	OSEP	274 700	
MISIONES	IPSM	161 546	
NEUQUÉN	ISSN	138 134	
RÍO NEGRO	IPROSS	148 189	
SALTA	IPS	250 502	
SAN JUAN	IPSAS	134 085	
SAN LUIS	DOSEP	90 200	
SANTA CRUZ	CSS	66 193	
SANTA FE	IAPOS	437 808	
SANTIAGO DEL ESTERO	IOSEP	240.724	
TIERRA DEL FUEGO	ISST	8 383	
TUCUMÁN	IPSST	309 191	
TOTAL		5 179 267	

FUENTE: Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), Boletín Informativo, Resumen 1994.

Gasto en salud del sector público nacional, por función, en pesos corrientes, años 1993 a 1996

Función	1993	1994	1995	1996	
Administración		19 202 092		96 979 464	46 422
819	47 280 485				
Prevención		50 283 472		74 604 468	46 607
656	34 520 749				
Prevención y asistencia			49 943 364	76 907 673	
39 620 062	52 983 223				
Normatización		4 455 115		5 956 891	4 447
130	3 903 245				
Capacitación		22 754 598		19 938 915	20 409
545	29 610 700				
Regulación, control y supervisión				11 967 144	24 822
257	27 461 784	19 512 947			
Investigación y producción				10 682 155	24 827
900	21 583 990	23 586 648			
Asistencia		116 748 266		328 804 263	389 584

555	378 101 992			
Inversión		15 807 809	44 963 573	51 229
242	70 882 800			
Financiamiento		283 264 740	372 424 900	351 901
084	537 116 708			
Total		585 108 755	1 070 230 304	999 267 867
1 197 499 497				

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Hacienda.

Gasto en salud del sector público nacional, por función, años 1993 a 1996
(estructura porcentual)

Función	1993	1994	1995	1996		
Administración		3,28%	9,06%	4,65%	3,95%	
Prevención		8,59%	6,97%	4,66%	2,88%	
Prevención y asistencia			8,54%	7,19%	3,96%	4,42%
Normatización		0,76%	0,56%	0,45%	0,33%	
Capacitación		3,89%	1,86%	2,04%	2,47%	
Regulación, control y supervisión				2,05%	2,32%	2,75%
1,63%						
Investigación y producción				1,83%	2,32%	2,16%
1,97%						
Asistencia		19,95%	30,72%	38,99%	31,57%	
Inversión		2,70%	4,20%	5,13%	5,92%	
Financiamiento		48,41%	34,80%	35,22%	44,85%	
Total		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos de la Secretaría de Hacienda.

Gasto en salud del sector público nacional por rubros, años 1994 a 1996, en miles de pesos

Rubro	1994	1995	1996		
Personal	255 868	329 737	350 083		
Bienes de consumo			112 721	83 833	58 408
Servicios no personales.			76 558	68 258	63 556
Bienes de uso	65 403	27 560	39 414		
Transferencias	559 564	485 392	495 548		
Transfer. a provincias			147 526	98 313	263 644
Total	1 070 114		994 780	1 007 009	

FUENTE: Secretaría de Hacienda.

Recaudación del Sistema de Obras Sociales Nacionales, años 1992 a 1996, en millones de pesos

	1992	1993	1994	1995	1996
ANSSal	253	339	319	340	
Obras sociales	3 100	3 147	2 470	2 559	2 592
TOTAL	3 100	3 400	2 809	2 878	2 932

FUENTES: 1992, Secretaría de Programación Económica (cifras de gasto).

1993, ANSSal: Secretaría de Hacienda; obras sociales: Secretaría de Programación Económica.

1994 y 1995 ANSSal: Secretaría de Hacienda; obras sociales: estimación propia.

1996 ANSSAL: Secretaría de Hacienda, obras sociales: estimación propia basada en datos de la DGI.

INSSJyP: Recursos por aportes y contribuciones, en miles de pesos

Año	Recaudación	Fuente
1992	1 758 150	ANSeS
1993	2 047 268	ANSeS
1994	2 407 004	ANSeS
1995	2 602 700	ONP
1996	2 458 800	ONP Actualización de enero a julio

INSSJyP: Gasto en atención médica y administración, en millones de pesos

Año	Gasto
1992	1888

1993	2277
1994	2920
1995	2767
1996	2455

FUENTES: 1992 a 1994, Proyecto de Reconversión del INSSJyP; 1995 y 1996, Secretaría de Hacienda.

Gasto público en salud, en millones de pesos

	1992	1993	1994	1995	1996	
Nación (1)		263	333	584	582	594
ANSSal (2)			253	339	319	340
INSSJyP (3)		1888	2277	2920	2767	2455
Transferencias de la Nación a las provincias (4)						148
98	264					
Provincias y municipios (5)				3047	3580	4018 4425
Obras sociales nacionales (6)				3100	3147	2470 2559 2592
Obras sociales provinciales (7)				1165	1311	1427 1496
Total	9463	10900	11906	12248		

FUENTES: (1) 1992: Secretaría de Programación Económica; 1993/96: Secretaría de Hacienda.

(2) Secretaría de Hacienda.

(3) 1992/94: P.R. INSSJyP; 1995/96: Secretaría de Hacienda.

(4) Secretaría de Hacienda.

(5) Secretaría de Programación Económica (excluidas las transferencias de la Nación a las provincias).

(6) 1992/93: Secretaría de Programación Económica; 1994/95: Estimación propia.

1996: Estimación propia basada en datos de la DGL.

(7) Secretaría de Programación Económica.

Gasto público en salud, estructura porcentual

	1992	1993	1994	1995	
Nación	2,8	3,1	4,9	4,8	
ANSSal		2,3	2,8	2,6	
INSSJyP		20,0	20,9	24,6	22,6

Transf. de la Nación a las provincias					1,2	0,8
Provincias y municipios	32,2	32,8	33,8	36,1		
Obras sociales nacionales	32,7	28,9	20,7	20,9		
Obras sociales provinciales		12,3	12,0	12,0	12,2	
Total	100,0	100	100,0	100,0		

FUENTES: Las mismas del cuadro anterior.

Gasto privado en salud, Área Metropolitana, año 1995 (estructura porcentual)

	Afil. Sistema voluntario	Consultas	Medicamen.			
Consultas dentista	Consultas kinesiol.	Consultas salud mental				
Capital Federal	27,98%	9,47%	30,29%	12,70%	1,05%	7,42%
Gran Buenos Aires		19,09%	13,01%	47,20%	13,23%	1,87%
5,60%						
Total área metropolitana		23,90%	12,09%	42,10%	13,64%	1,60%
6,66%						

Continuación

	Internación	Estudios	Tratamientos	Otros gastos		
Total						
Capital Federal	1,51%	2,11%	0,47%	7,00%	100,00%	
Gran Buenos Aires		0,62%	4,33%	0,91%	14,89%	100,00%
Total área metropolitana		1,04%	3,57%	0,76%	12,17%	100,00%

FUENTE: Elaboración propia basada en datos de: Dirección de Estadísticas de Salud e Instituto de Investigaciones Gino Germani, Módulo de utilización y gasto en servicios de salud: Aglomerado Gran Buenos Aires, año 1995. Cifras preliminares.

Gasto privado mensual per capita en salud, Área Metropolitana, año 1995 (en pesos)

	Afiliación voluntaria	Medicamentos	Otros gastos		
Total					
Capital Federal	13,89	15,03	20,71	49,64	
Gran Buenos Aires		4,93	12,19	14,06	31,18

Total área metropolitana	7,36	12,96	15,87	36,19
--------------------------	------	-------	-------	-------

FUENTE: Elaboración propia basada en datos de: Dirección de Estadísticas de Salud e Instituto de Investigaciones Gino Germani, Módulo de utilización y gasto en servicios de salud: Aglomerado Gran Buenos Aires, año 1995. Cifras preliminares.

Gasto per capita en pesos, según condición de afiliación, año 1995

Condición de afiliación	Capital Federal	Gran Buenos Aires	Total
No afiliado	39,1	17,9	21,3
Afiliado a otros sistemas	86,8	68,1	75,3
Afiliado a obra social	33,8	28,2	29,9

FUENTE: Dirección de Estadísticas de Salud e Instituto de Investigaciones Gino Germani, Módulo de utilización y gasto en servicios de salud: Aglomerado Gran Buenos Aires, año 1995. Cifras preliminares.

Gasto per capita en pesos, según nivel de educación, año 1995

Condición de afiliación	Capital	Gran Buenos Aires	Total	
Hasta primario completo	37,9	26,7	28,9	
Hasta secundario completo		54,4	36,2	42,2
Hasta terciario o universitario		65,1	53,7	59,8

FUENTE: Dirección de Estadísticas de Salud e Instituto de Investigaciones Gino Germani, Módulo de utilización y gasto en servicios de salud: Aglomerado Gran Buenos Aires, año 1995. Cifras preliminares.

Relación entre el gasto en salud de las familias y sus ingresos, años 1989, 1993 y 1995

Estrato social/ Encuesta/Jurisdicción	Bajo	Medio-bajo	Medio	Alto	Total	
1989						
Capital Federal	15,2	10,5	6,5	8,5	9,1	
Gran Buenos Aires	1	10,2	9,6	6,8	6,6	7,5

Gran Buenos Aires 2 1993	8,5	8,8	7,4	6,4	7,7
Rosario 1995	8,7	7,7	8,5	5,4	7,2
Capital Federal	17,1	10,6	13,7	5,6	9,3
Gran Buenos Aires	21,0	14,3	14,5	8,4	12,1

FUENTE: MSAS/PRONATASS, Exploraciones sobre las bases sociales del gasto en salud, y Dirección de Estadísticas de Salud e Instituto de Investigaciones Dr. Gino Germani, Módulo de utilización y gasto en servicios de salud: Aglomerado Gran Buenos Aires, año 1995. Cifras preliminares.

Expansión del gasto de bolsillo en salud de las familias del área metropolitana al resto del país

Gasto mensual en pesos, hipótesis 1

Gasto mensual	Población año 1995		Gasto per capita		Gasto total mensual
	Gasto total anual				
Capital	2 965 403	49,60	147 083 989		1 765 007 866
Resto del país	31 803 053		31,20	992 255 254	11 907 063 043
Total del país	34 768 456		32,77	1 139 339 242	13 672 070 909

Expansión del gasto de bolsillo en salud de las familias del área metropolitana al resto del país

Gasto mensual en pesos, hipótesis 2

Gasto mensual	Población año 1995		Gasto per capita		Gasto total mensual
	Gasto total anual				
Capital	2 965 403	49,60	147 083 989		1 765 007 866
Gran Buenos Aires		7 969 324	31,20		248 642 909
Resto del país	23 833 729		19,70	469 524 461	5 634 2 983 714 906

293 536				
Total del país	34 768 456	24,89	865 251 359	10 383
016 307				

Expansión del gasto de bolsillo en salud de las familias del área metropolitana al resto del país

Gasto mensual en pesos, hipótesis 3

	Población año 1995	Gasto per capita	Gasto total mensual	Gasto total anual
Capital	2 965 403	49,60	147 083 989	1 765 007 866
Gran Buenos Aires			7 969 324	31,20
2 983 714 906				248 642 909
Resto del país	23 833 729	25,45	606 568 403	7 278
820 837				
Total del país	34 768 456	28,83	1 002 295 301	12 027
543 608				

Gasto en salud según tipo de financiación, en millones de pesos corrientes

Tipo de gasto	1992	1993	1994	1995		
Hip. 2 1995						
Hip. 3 1995						
Hip. 2 * 1995						
Hip. 3 *						
Público presupuestario		3310	3913	4750	5105	5105
4678 4678						
Seguro obligatorio		6153	6987	7156	7143	7143
7143 7143						
Seguros voluntarios					2482	2517
2482 2517						
Directo de bolsillo					7901	9510
7901 9510						
Total			22631	24275	22204	23848

*Estimando un gasto público provincial de 4000 millones de pesos (similar al

nivel de 1994).

Gasto en salud como porcentaje del PBI, según tipo de financiación

Tipo de gasto	1992	1993	1994	1995		
Hip. 2 1995						
Hip. 3 1995						
Hip. 2 * 1995						
Hip. 3 *						
Público presupuestario		1,46%	1,52%	1,69%	1,82%	1,82%
1,67% 1,67%						
Seguro obligatorio		2,71%	2,71%	2,54%	2,55%	2,55%
2,55% 2,55%						
Seguros voluntarios					0,89%	0,90%
0,89% 0,90%						
Directo de bolsillo					2,82%	3,39%
2,82% 3,39%						
Total			8,08%	8,66%	7,93%	8,51%

*Estimando un gasto público provincial de 4000 millones de pesos (similar al nivel de 1994).

Gasto anual per capita en salud según tipo de financiación, en pesos corrientes

Tipo de gasto	1992	1993	1994	1995		
Hip. 2 1995						
Hip. 3 1995						
Hip. 2 * 1995						
Hip. 3 *						
Público presupuestario		99	116	138	147	147
135 135						
Seguro obligatorio		184	206	209	206	206
206 206						
Seguros voluntarios					71	73
71 73						
Directo de bolsillo					209	274
209 274						
Total			633	700	621	688

*Estimando un gasto público provincial de 4000 millones de pesos (similar al

nivel de 1994).

FUENTE: Elaboración propia.

Gasto en salud como porcentaje del PBI, años 1991 y 1995

Tipo de gasto	1991	1995 Hip.2	1995 Hip.3	1995 Hip.2*
1995 Hip.3*				
Público presupuestario	1,40	1,82	1,82	1,67
Seguro obligatorio	2,36	2,55	2,55	2,55
Gasto de las familias	3,47	3,71	4,29	4,29
Total	7,33	8,08	8,66	8,51

*Estimando un gasto público provincial de 4000 millones de pesos (similar al nivel de 1994).

FUENTE: Año 1991: Secretaría de Programación Económica, El gasto público social y su impacto redistributivo.

Estructura del gasto en salud según origen porcentual del financiamiento, años 1991 y 1995

Tipo de gasto	1991	1995 Hip.2	1995 Hip.3	1995 Hip.2*
1995 Hip.3*				
Público presupuestario	19,4	22,5	21,0	21,1
Seguro obligatorio	32,6	31,6	29,4	32,1
Gasto de las familias	48,0	45,9	49,6	46,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

*Estimando un gasto público provincial de 4000 millones de pesos (similar al nivel de 1994).

FUENTE: Año 1991: Secretaría de Programación Económica, El gasto público social y su impacto redistributivo.

Señales de cambio en la dinámica operativa de las distintas instituciones del sector salud

Financiadores		
Proveedores		
Obras sociales		
Medicina prepaga	Hospitales públicos	Clínicas y sanatorios
Regulación y control	Competencia / libre elección	Incorporación de regulación y control
Descentralización	Control de calidad - Acreditación	

Gestión

1) Modalidades de pago

2) Organización
Capitación

Fusión
Mixtos

Concentración
Nomencladores modulados

Participación en redes asistenciales
Mixtos

Concentración y formación de redes asistenciales
Fuentes de financiación Disminución de alícuotas

Distribución automática del fondo de redistribución

El fondo de redistribución financia prestaciones de alta complejidad

Limitada capacidad de pago de cuotas voluntarias Mayor compromiso en formulación y control presupuestario

Incremento de la facturación de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de los seguros Revisión de los convenios con los seguros

Se asume riesgo financiero en convenios por capitación

Prestaciones asistenciales ofrecidas Determinación del PMO Cubrir como mínimo las mismas prestaciones obligatorias (PMO) dispuestas para las obras sociales (ley 24 754) Gran diversidad en la capacidad de resolución según la localización del establecimiento Tendencia a incrementar la oferta de prestaciones rentables. Mayor peso en diagnóstico y alta complejidad.

FUENTE: Elaboración propia.

ANEXO 3

ÍNDICE DE SIGLAS INSTITUCIONALES

AFaCiMeRA = Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina

AFJP = Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones

AMA = Asociación Médica Argentina

ANLIS = Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud

ANM = Academia Nacional de Medicina

ANMAT = Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

ANSeS = Administración Nacional de la Seguridad Social

ANSSal = Administración Nacional del Seguro de Salud

APS = Atención primaria de la salud

ART = Aseguradora de Riesgos del Trabajo

AVPP = Años de vida potencial perdidos

BID = Banco Interamericano de Desarrollo

BIRF = Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento

BM = Banco Mundial

CeNaReSo = Centro Nacional de Reeducción Social

CenEXA = Centro de Epidemiología Experimental y Aplicada

CGT = Confederación General del Trabajo

CINDI-CARMEN = Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases

Intervention Programme [Programa integrado en todo el país de intervención para enfermedades no transmisibles] - Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles

CiTeFA = [Instituto de Investigaciones] Científicas y Técnicas de las Fuerzas Armadas

CNEA = Comisión Nacional de Energía Atómica

CoFA = Confederación Farmacéutica Argentina

CoFePac = Comité Federal de Prevención de Accidentes

CoFeSa = Consejo Federal de Salud

CoMRA = Confederación Médica de la República Argentina

CONAE = Comisión Nacional de Actividades Espaciales

ConfeCliSa = Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados

CONICET = Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

COSSPRA = Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina

CUIL = Código único de identificación laboral

CUIT = Código único de identificación tributaria

CUSS = Contribución unificada de la seguridad social

DGI = Dirección General Impositiva

DiNOS = Dirección Nacional de Obras Sociales

EPH = Encuesta Periódica de Hogares (relevada regularmente por el INDEC)

ETS = Enfermedades de transmisión sexual

EUA = Estados Unidos de América

FIP = Fédération Internationale de la Pharmacie

FF.AA.=Fuerzas Armadas [de la Nación: Ejército, Marina (de Guerra) y Aeronáutica (Militar); excluye a la Policía Federal, las policías provinciales y otras fuerzas de las llamadas "de seguridad": Gendarmería Nacional, Prefectura Naval, Servicio Penitenciario Federal]

FTN = Formulario Terapéutico Nacional

GabTeC = Gabinete Técnico Científico [en el ámbito de la SCyT]

GAPURMed = Grupo Argentino Para el Uso Racional de Medicamentos

GATT = [en inglés:] General Agreement on Tariffs and Trade, Acuerdo general sobre aranceles y comercio

HIV =

[en inglés:] Human Immunodeficiency Virus, virus de inmunodeficien-

cia humana (VIH); suele emplearse para referirse al SIDA

HPA =

público de autogestión (también suele usarse a veces por:

Hospital

Programa Hospitalario de Autogestión)

IFI = Instituciones financieras internacionales

INaMe = Instituto Nacional de Medicamentos

INAP = Instituto Nacional de la Administración Pública

INCUCAI = Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante

INCyTH = Instituto Nacional de Ciencia y Técnica Hídrica

INDEC = Instituto Nacional de Estadística y Censos

INDIECh = Instituto Nacional de Investigaciones Epidemiológicas de Chagas

INIDeP = Instituto Nacional de Investigaciones y Desarrollo Pesquero

INOS = Instituto Nacional de Obras Sociales

INPI = Instituto Nacional de la Propiedad Industrial

INSSJyP = Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

INTA = Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria

INTI = Instituto Nacional de Tecnología Industrial

IPC = Índice de precios al consumidor

ISO = International Standards Organization

ITBA = Instituto Tecnológico de Buenos Aires

IVA = Impuesto al valor agregado

LALCEC = Liga Argentina de Lucha Contra El Cáncer

LuSIDA = Programa de Lucha contra el SIDA y las ETS

MERCOSUR = Mercado Común del Sur, integrado por la Argentina, el Brasil, el Paraguay y el Uruguay, y, con algunas restricciones, por Bolivia y Chile

MSyAS = Ministerio de Salud y Acción Social [de la Nación]; en algunas publicaciones: MSAS

MTySS = Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [de la Nación]

NBI = Necesidades básicas insatisfechas

OMC = Organización Mundial del Comercio

OMS = Organización Mundial de la Salud

ONG = Organizaciones no gubernamentales

OPS = Organización Panamericana de la Salud

OSC = Organizaciones sociales comunitarias

PAI = Programa Ampliado de Inmunizaciones

PAMI = Plan de Asistencia Médica Integral

PBI = Producto bruto interno

PBM = Pharmacy Benefits Management [modalidad norteamericana de servicios de comercialización farmacéutica]

PEN = Poder Ejecutivo Nacional

PJN = Poder Judicial de la Nación

PMO = Plan Médico Obligatorio

PNEs = Programa Nacional de Estadística

PNGCAM = Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica

PNUD = Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

ProReSSal = Proyecto de Reforma del Sector Salud

ProMIN = Programa Materno-Infantil y de Nutrición

ProNATASS = Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Sectores Sociales

ProPIA = Programa de Prevención del Infarto y la Aterosclerosis

PROS = Programa de Reconversión de las Obras Sociales

PyME[s] = Pequeña[s] y mediana[s] empresa[s]

SAME = Servicio de Atención Médica de Emergencia [de la Capital Federal]

SCyT = Secretaría de Ciencia y Tecnología [de la Nación]

SIDA = Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (en inglés, AIDS y, a veces, HIV)

SNIS = Sistema Nacional Integrado de Salud

SRT = Superintendencia de Riesgos del Trabajo

SURL = Sistema Único de Registro Laboral

UCP = Unidad Coordinadora del Programa

UEP = Unidad Ejecutora del Proyecto

UNLP = Universidad Nacional de La Plata

