

Reporte No. 26144-AR

# **El Sector Salud Argentino: Situación Actual y Opciones para Mejorar su Desempeño**

21 de Julio de 2003

Departamento de Desarrollo Humano  
Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay  
Región de América Latina y el Caribe

---



**Documento del Banco Mundial**

Este informe fue originalmente publicado en inglés y su traducción al español fue coordinada por Nicole Schwab, Juan Pablo Uribe y Luis Pérez. En caso de discrepancias, se hará referencia a la versión original en inglés.

## TASA DE CAMBIO

21 de julio de 2003  
USD\$1= ARS \$2.78

**PESOS Y MEDIDAS:** Sistema Métrico  
**AÑO FISCAL:** 1 de enero – 31 de diciembre

## SIGLAS Y ABREVIATURAS

AFIP	Administración Federal de Ingresos Públicos
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología
APE	Administración de Programas Especiales
ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social
COFESA	Consejo Federal de Salud
FSR	Fondo Solidario de Redistribución
HPA	Hospital Público de Autogestión
HPGD	Hospital Público de Gestión Descentralizada
INSSJyP	Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados (o PAMI)
MEN	Ministerio de Economía de la Nación
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
MSP	Ministerio de Salud Provincial
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OMS	Organización Mundial de la Salud (WHO en inglés)
OPS	Organización Panamericana de la Salud (PAHO en inglés)
OSN	Obras sociales nacionales
OSP	Obras sociales provinciales
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAMI	Programa de Asistencia Médica Integral (mismo INSSJyP)
PIB	Producto Interno Bruto
PMO	Programa Médico Obligatorio
SNSS	Sistema Nacional de Seguro de Salud
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM	Tasa de Mortalidad Materna

Vice Presidente :	David de Ferranti
Director de País:	Axel van Trotsenburg
Director de Sector:	Ana Maria Arriagada
Gerente de Sector:	Evangeline Javier
Líder Sectorial:	Ariel Fiszbein
Gerente de Proyecto:	Juan Pablo Uribe

Este informe fue originalmente publicado en inglés y su traducción al español fue coordinada por Nicole Schwab, Juan Pablo Uribe y Luis Perez. En caso de discrepancias, se hará referencia a la versión original en inglés.

## INDICE

SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN EJECUTIVO .....	5
INTRODUCCIÓN .....	11
CAPITULO 1.    DIAGNOSTICO SECTORIAL .....	13
1.1.    El Estado de Salud de la Población Argentina.....	13
1.2.    Acceso a los Servicios de Salud .....	16
1.3.    Estructura, Funcionamiento y Desafíos del Sector Salud.....	21
1.4.    Salud Pública y Programas Nacionales .....	37
CAPITULO 2.    PASADO Y FUTURO DE REFORMAS EN SALUD EN ARGENTINA... 40	
2.1.    Reformas de los Noventas y Lecciones Aprendidas .....	40
2.2.    Funciones Esenciales de Salud Pública.....	46
2.3.    Espacios de Articulación Federal en Salud .....	48
CAPITULO 3.    OPCIONES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DEL SECTOR .....	49
3.1.    Un Marco de Opciones para el Mejoramiento del Sector .....	49
3.2.    Opciones a Nivel Provincial.....	51
3.3.    Opciones a Nivel Nacional:.....	54
3.4.    Reformas complementarias en la Seguridad Social .....	57
3.5.    Marco Regulatorio y Diálogo Sectorial.....	58
CONCLUSIONES .....	60
ANEXO I: GASTO PUBLICO EN SALUD.....	62
ANEXO II: HETEROGENEIDAD ENTRE PROVINCIAS .....	65
ANEXO III: GASTO PRIVADO EN SALUD.....	68
ANEXO IV: SEGURO MATERNO INFANTIL .....	71
ANEXO V: INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS – PAMI .....	73
ANEXO VI: EL PROGRAMA FEDERAL DE SALUD (PROFE) .....	76
BIBLIOGRAFÍA .....	78

## **AGRADECIMIENTOS**

Este informe ha sido preparado por un equipo compuesto por Juan Pablo Uribe (LCSHH), Nicole Schwab (LCSHH), Isabella Anna Danel (LCSHH), Luis Pérez (Mendoza, Argentina) y Natalia Moncada (LCSHH). Durante su desarrollo recibió valiosos aportes y comentarios por parte de Ariel Fiszbein, Cristian Baeza, Alexandre Abrantes, Pablo Gottret, Daniel Dulitzky, Evangeline Javier, Fernando Lavadenz, Marcelo Becerra, Maria Paula Giovagnoli y Ariadna Garcia-Prado.

El Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES; Buenos Aires, Argentina) y el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI; Buenos Aires, Argentina) contribuyeron a su elaboración mediante importantes estudios sectoriales y la realización y participación en varios talleres. Así mismo, la permanente disposición al diálogo y debate sobre opciones de desarrollo para el sector salud Argentino demostrada por las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y la Superintendencia de Servicios de Salud, así como por diferentes actores del sector, alimentaron de manera decisiva este documento. Para todos ellos va este reconocimiento.

## RESUMEN EJECUTIVO

### Introducción

A pesar de distintos esfuerzos de reforma a lo largo de los noventa, el sector salud Argentino aún enfrenta el desafío de mejorar su desempeño en función de las expectativas y necesidades de la población y de los recursos que de ésta recibe. El sector continúa arrastrando serios problemas estructurales que se manifiestan en inequidad intra e inter provincial (en el estado de salud y en el acceso y financiamiento de los servicios de salud), alta fragmentación e ineficiencia, y debilidad en el marco de regulación.

Los efectos de la reciente crisis económica, política y social se suman a las fallas estructurales, golpeando con mayor intensidad a los sectores más pobres de la población. En particular, la crisis ha producido una caída en la cobertura de los seguros de salud y un deterioro en el acceso a servicios y medicamentos; incrementado la demanda en la red hospitalaria pública, en muchos casos excediendo su limitada capacidad de respuesta; amenazado la efectividad de programas prioritarios de salud pública; y deteriorado, aún más, la ya precaria situación económica y financiera de muchos aseguradores y prestadores, aumentando el endeudamiento del sector.

Este documento propone opciones para mejorar el desempeño del sector salud Argentino y, en especial, para elevar el estado de salud de la población más pobre y vulnerable. Para ello, el documento ofrece en una primera parte un diagnóstico actualizado del sector (el estado de salud de la población, las condiciones de acceso a los servicios, la estructura y funcionamiento del sector, y los programas de salud pública). Luego, revisa las lecciones aprendidas en recientes esfuerzos de reformas, resaltando el rol central que tienen las provincias. A continuación, presenta una serie de alternativas de mejoramiento, enfocadas en especial hacia los grupos más pobres de la población. Por último, ofrece unas breves conclusiones. Con este documento, el Banco Mundial espera contribuir al debate y formulación de políticas en salud en Argentina, en especial en el actual momento en que la necesidad de mejorar el desempeño del sector ha tomado mayor prioridad en la agenda política.

### Capítulo 1. Diagnóstico Sectorial

**El Estado de Salud de la Población Argentina.** A pesar de su avanzado grado de transición demográfica y epidemiológica, y de la tendencia positiva observada en los promedios nacionales de sus principales indicadores de estado de salud, Argentina persiste con resultados en salud que preocupan a muchos. En efecto, no obstante su alto nivel de gasto y la existencia de una amplia y sofisticada oferta de servicios, persisten en el país marcadas diferencias en el estado de salud de la población a lo largo de las distintas regiones y provincias, y al interior de éstas.

El estado de salud de la población materno-infantil preocupa de manera especial. Como promedio nacional, las tasas de mortalidad infantil y maternas persisten muy altas frente a las observadas en países vecinos de similar grado de desarrollo y menor gasto sectorial. Persisten, e incluso han aumentado, marcadas diferencias inter provinciales en los riesgos de morir de madres e hijos. La mayor parte de estas muertes son reducibles a través de acciones oportunas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo, en el 2000, el 60 por ciento de las más de 7,600 muertes neonatales ocurridas en el país podrían haber sido evitadas mediante adecuados controles prenatales. De igual manera, un porcentaje significativo de las muertes maternas podría evitarse mediante esfuerzos conjuntos en salud sexual y reproductiva, control del embarazo y atención del

parto. La persistencia de una importante fracción de muertes maternas e infantiles reducibles en Argentina refleja la necesidad de mirar en detenimiento el acceso de la población a los servicios de salud y el funcionamiento del sector en su conjunto.

**Acceso a los Servicios de Salud.** En Argentina, el acceso a los servicios de salud varía de manera importante en función del ingreso de cada individuo. La red hospitalaria pública es la principal fuente de atención para más del 45 por ciento de la población; en particular, para aquellos pertenecientes al quintil más pobre. Entre tanto, el quintil más rico del país busca resolver sus necesidades a través de la seguridad social en salud o, en menor proporción, de los seguros privados. Las provincias con menor cobertura de seguros de salud (y que, por ende, dependen más de su red hospitalaria pública) tienden a ser precisamente aquellas con peores resultados en salud, menor nivel de gasto per cápita sectorial y mayor proporción de la población en situación de pobreza.

Existen serias barreras de acceso a los servicios de salud y medicamentos, tanto para los asegurados como para los que no tienen cobertura de seguros. La principal barrera al acceso, en ambos casos, es la falta de dinero para comprar medicamentos o para pagar los copagos asociados con los servicios. La segunda razón de no acceso es la falta de cobertura de aseguramiento, seguida por fallas en la gestión de los servicios. Como reflejo de estas barreras en la atención pública y en los seguros de salud, el país persiste con un muy alto grado de gasto de bolsillo. Como es de esperarse, este gasto es regresivo, llegando a representar cerca del 9.4 por ciento de los ingresos en los hogares más pobres.

La actual crisis ha empeorado el acceso a los servicios, en especial para los más pobres. Estos últimos han visto caer su cobertura de seguros tres veces más que los no pobres. Como consecuencia, la demanda de algunos servicios se ha desplazado de manera significativa hacia la red pública asistencial. Más grave aún, la utilización misma de servicios ha bajado. Entre finales del 2001 y mediados del 2002, la utilización de controles preventivos para niños cayó en un 38 por ciento en la población general y en un 57 por ciento entre los hogares más pobres. Efectos similares parecen haber ocurrido en otros servicios para la población materno-infantil, aparentemente afectando aspectos de oportunidad, calidad y número de controles prenatales.

**Estructura, Funcionamiento y Desafíos del Sector Salud.** El actual arreglo y funcionamiento del sector no logra garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad para toda la población. Su alto grado de fragmentación y complejidad, con pobre articulación interna, dificulta el logro de los objetivos sectoriales. Además, cada uno de los grandes subsistemas que conforman el sector – seguridad social nacional y provincial, provisión pública y aseguramiento privado – enfrenta serios retos que superar.

El financiamiento del sector es complejo. El gasto privado de bolsillo es la principal fuente de financiamiento (43 por ciento del total en el año 2000). Luego le siguen los aportes obligatorios obrero-patronales a la seguridad social nacional y provincial (con el 34 por ciento) y el financiamiento público, de predominio provincial, de la red pública asistencial (con el restante 23 por ciento). A pesar de la crisis económica, el gasto público en salud se ha mantenido en niveles altos: esto refleja un esfuerzo del nivel nacional por proteger el financiamiento de determinados programas nacionales. No es el caso del gasto en la seguridad social, que cayó entre el 2001 y el 2002 como consecuencia de descensos en los niveles de empleo y en los salarios.

La prestación de servicios de salud se da a través de prestadores públicos y privados, con importantes variaciones entre provincias. La gestión (y el financiamiento) de la red de hospitales

públicos es, ante todo, una función de las provincias, con mínima participación nacional. Contrario a lo esperado, la distribución de la oferta pública no corresponde con la proporción de la población sin cobertura de seguros. Por su parte, la seguridad social en salud del orden nacional (obras sociales nacionales y PAMI) contrata mayoritariamente con prestadores privados, no existiendo en ella mayor integración vertical. En general, la oferta en salud está concentrada en los grandes centros urbanos y en servicios de alta especialidad.

Bajo el actual arreglo de financiamiento y oferta de servicios, el sector salud Argentino enfrenta tres grandes desafíos que superar: inequidad, ineficiencia y debilidad en su marco de regulación. Estos desafíos se expresan con mayor o menor intensidad a lo largo de todas las provincias y al interior de éstas (por ejemplo, con importantes variaciones urbano-rurales). El resultado es un complejo mapa de difícil articulación, más aún en ausencia de consensos mínimos.

La inequidad se manifiesta en diferencias significativas en estado de salud, gasto per cápita, acceso a los servicios y grado de protección financiera. Estas disparidades son el reflejo de (i) un modelo de provisión pública que no logra garantizar el acceso a los servicios para la totalidad de la población pobre sin cobertura formal de seguros de salud; (ii) un modelo de organización de la seguridad social en salud (nacional y provincial) con serias restricciones para crecer y alcanzar sectores tradicionalmente desprotegidos, con retos crónicos de ineficiencia interna y con limitaciones en sus mecanismos de redistribución financiera; y (iii) la persistencia de subsidios cruzados regresivos entre los subsectores de la asistencia pública y la seguridad social.

La ineficiencia del sector también tiene diversas expresiones. Entre éstas se destacan la rigidez organizativa y ausencia de incentivos al desempeño en la prestación pública de servicios, al igual que su concentración en la atención de alta complejidad en detrimento de la atención primaria (en general, con menos del 10 por ciento de los presupuestos provinciales en salud). En la seguridad social, persisten una marcada fragmentación de agentes de seguros con creciente intermediación y déficit crónicos recurrentes a pesar de múltiples intentos de rescate financiero (es el caso del PAMI, por ejemplo). Algunos instrumentos específicos, como la APE, aún esperan la conclusión de reformas recientemente puestas en marcha que eleven su eficiencia.

El sector presenta vacíos importantes en materia de regulación y en la aplicación de la normatividad existente. La naturaleza federal del sector y la complejidad de su actual arreglo subyacen como explicaciones causales. El rol de la Superintendencia de Servicios de Salud, la garantía de la calidad en los servicios, y la ausencia de espacios efectivos para diálogo y consenso en política sectorial surgen como temas relevantes que resolver.

**Salud Pública y Programas Nacionales.** La reciente crisis ha servido como llamado de atención en el país para revisar aquellos programas nacionales que responden a intereses colectivos de salud y evitar así retrocesos en el estado de salud de la población. El gobierno nacional ha respondido procurando mantener niveles adecuados de financiamiento en aquellos programas que considera prioritarios. Entre éstos se destacan programas materno-infantiles, de inmunizaciones, de provisión de medicamentos esenciales, de control de enfermedades transmisibles y, más recientemente, de salud sexual y reproductiva. La estructura federal y la complejidad que ésta impone en términos de articulación, así como la inercia en la asignación y gestión de recursos limitados del nivel nacional, surgen como dos grandes desafíos a superar.

## **Capítulo 2. Pasado y Futuro de Reformas en Salud en Argentina**

**Reformas de los Noventa y Lecciones Aprendidas.** Las reformas emprendidas en la década del noventa, en especial aquellas en la seguridad social en salud nacional y en la gestión de los

hospitales públicos, dejan lecciones útiles para próximos esfuerzos. Una primera lección indica que, para lograr mejorar los servicios para la población más pobre, es indispensable reconocer el rol central de las provincias. En términos prácticos, son éstas las principales gestoras de la respuesta que da el sector salud a la población de menores ingresos. La experiencia en pasadas reformas también ayuda a reconocer otras características del sector que son determinantes de su capacidad de evolucionar. Entre éstas se destacan su naturaleza federal, su complejidad en términos de economía política y su heterogeneidad.

El federalismo en salud en Argentina impone un marco particular para el avance del sector. En él, es innegable el papel preponderante de las provincias que controlan cerca del 25 por ciento del gasto (incluyendo el gasto público y el gasto de las OSP) y más del 60 por ciento de los prestadores públicos. Por su parte, el gobierno nacional retiene importantes facultades que le permiten desempeñar un rol de rectoría y coordinación: estas incluyen la regulación y control de la seguridad social nacional (obras sociales nacionales y PAMI), el direccionamiento de los programas nacionales (de salud pública) y la coordinación de fuentes internacionales de financiamiento y asistencia técnica. Sin embargo, no obstante la importancia que tienen las relaciones nación – provincias para el desarrollo de las políticas en salud, Argentina carece a la fecha de un espacio efectivo dónde realizar este diálogo y coordinación de manera regular y efectiva. El principal instrumento para ello, el COFESA, no cuenta aún con los atributos legales, técnicos y funcionales necesarios. El impulso que se le ha dado a su actuar durante el 2002 y los resultados obtenidos, reafirman la posibilidad e importancia de avanzar en su reestructuración.

La complejidad del sector en términos de economía política es otro rasgo que no debe pasar desapercibido. De él se derivan altos costos de transacción al momento de intentar introducir reformas. Esto puede explicar por qué, en ciertos momentos, parece más factible avanzar con transformaciones graduales. La aparente falta de transparencia y, en algunos casos, la presencia de corrupción son otras dos posibles derivaciones de esta característica que agregan sobre-costos al sector y dificultan alcanzar consensos.

Por último, es claro que el sector salud Argentino es tremendamente heterogéneo. Esto abarca, por ejemplo, la existencia de diferencias entre provincias (e incluso al interior de algunas provincias) en términos de perfil epidemiológico, marcos de regulación, estructura sectorial, capacidad institucional y nivel de gasto. Por ello, no es conveniente pensar en reformas rígidas que bajen desde el nivel nacional, ni tampoco en la aplicación generalizada de modelos o instrumentos sin adaptación local.

**Funciones Esenciales en Salud Pública.** Los logros y avances del sector salud, al igual que sus problemas y vacíos, reflejan la efectividad del gobierno en su conducción. Por ello, es importante examinar el grado de desarrollo de estas capacidades (agrupadas bajo el nombre de “*funciones esenciales de salud pública*”) y fortalecer aquellas más débiles. En Argentina, a nivel de los gobiernos nacional y provinciales, evaluaciones recientes sugieren la necesidad de centrar esfuerzos en fortalecer las funciones de (a) planeación y desarrollo de políticas sectoriales, (b) regulación y control, (c) garantía de la calidad y (d) participación social.

### **Capítulo 3. Opciones para Mejorar el Desempeño del Sector**

El mayor reto del sector está en lograr mejorar el estado de salud de la población, en especial de aquellos más pobres y vulnerables, reduciendo las brechas existentes. Para lograr esto, todas las provincias tienen un rol central que jugar en la introducción de modificaciones al actual arreglo y funcionamiento sectorial. No obstante este desafío común, las opciones de reforma son múltiples

y muy diversas. Sin embargo, es posible identificar algunas alternativas inmediatas, que se destacan por su aparente viabilidad y contribuirían a una mejor articulación del sector.

**Opciones a Nivel Provincial.** Existe un conjunto de intervenciones que permitirán a las provincias mejorar su función de compra de servicios de salud (para los más pobres) y alinear incentivos y desempeño en los prestadores. Se destaca acá el desarrollo de “*seguros públicos provinciales*” que fortalezcan la función de compra y focalicen de mejor forma los recursos en pro de los más necesitados; por ejemplo, en la población materno-infantil. Una segunda acción (complementaria) es ampliar la utilización de acuerdos o compromisos atados al desempeño con los prestadores públicos. En tercer lugar, se insiste en la posibilidad de fortalecer el financiamiento público disponible, a través de la eliminación de subsidios cruzados regresivos a favor de terceros pagadores. Para el avance exitoso de estas alternativas, es necesario que se de una estrecha colaboración entre las autoridades nacionales y las provinciales.

**Opciones a Nivel Nacional.** El gobierno nacional puede colaborar de manera decisiva en el avance de mejoras provinciales. Su función de rectoría y liderazgo es decisiva para la definición, implementación y articulación de políticas. La generación de acuerdos nación – provincias en torno a metas saludables puede ser un buen instrumento para guiar este proceso de mejoramiento. El avance en estas metas podría servir de parámetro para el uso de incentivos desde la nación. Una segunda opción para la nación está en liderar iniciativas complementarias del orden nacional; por ejemplo, la definición y constitución de un seguro para eventos de alto costo y baja incidencia. Por último, a través del mantenimiento de un conjunto de programas nacionales efectivos en salud pública, la nación hace un valioso aporte al estado de salud de la población, en especial de los más pobres y vulnerables. Aquí, el desafío está en revisar la actual composición y funcionamiento de los programas, mejorar sus niveles de efectividad (evitando duplicidades con las provincias o con las responsabilidades de la seguridad social), sumar nuevos desarrollos en áreas críticas hasta ahora descubiertas (por ejemplo, salud sexual y reproductiva y enfermedades crónicas), y garantizar su financiamiento.

No debe pasar por alto que el desempeño de la seguridad social en salud (nacional y provincial) incide de manera significativa sobre el conjunto del sector y sobre el bienestar de los más pobres (incluso aquellos no adscritos a ella). El desplazamiento no reconocido de demanda de servicios hacia la red de hospitales públicos, la modulación sobre formas de pago, tarifas y prácticas en el sector, y los costos de oportunidad que imponen sus recurrentes crisis financieras, son ejemplos de esto. Por ello, es necesario continuar los esfuerzos por mejorar su funcionamiento, incluyendo la aplicación de la normatividad vigente, el mejoramiento de su esquema de compensación y la solución de los problemas estructurales del PAMI.

**Marco de Regulación y Diálogo Sectorial.** Finalmente, la existencia de un marco de regulación sólido y transparente, y de un espacio estructurado de debate y consenso de políticas sectoriales, complementan el escenario deseable bajo el cual el sector salud Argentino pueda continuar progresando. La reforma del COFESA (que le permita consolidarse en un espacio deliberativo decisorio y de monitoreo y control de política sectorial), la ampliación de la participación de la sociedad civil en el debate y seguimiento a las políticas sectoriales, y la reforma y fortalecimiento de la Superintendencia de Servicios de Salud, son tres opciones concretas de mejoramiento. En este sentido es oportuno destacar los avances logrados en el 2002 a través del Diálogo Argentino y de una importante reactivación del funcionamiento del COFESA.

#### **Capítulo 4. Conclusiones**

El sector salud argentino enfrenta el desafío de elevar su desempeño, encontrando opciones que le permitan resolver problemas crónicos de inequidad, ineficiencia, y debilidad en el marco de regulación. Este desafío se hace más urgente en presencia de los efectos de una crisis económica y social que sobrepone nuevos retos.

El principal objetivo de todo esfuerzo de cambio del sector debe ser contribuir a mejorar el estado de salud de la población, en especial de los más pobres y vulnerables. La naturaleza federal de Argentina y su marcada heterogeneidad son el marco dado en el cual se debe avanzar. En este marco, el papel de las provincias en el desempeño del sector salud es central. Corresponde al gobierno nacional el guiar, coordinar, regular e incentivar los esfuerzos provinciales en aras de mejores resultados en salud. Esto incluye garantizar que otros subsectores (por ejemplo, el de la seguridad social en salud) contribuyan a los propósitos sectoriales y que existan los instrumentos y espacios efectivos para la coordinación con las provincias.

Existen opciones concretas para mejorar la respuesta que el sector salud Argentino da a las necesidades de los más pobres y vulnerables. Entre estas opciones se destacan: (i) fortalecer la función provincial de aseguramiento (por ejemplo, desarrollando seguros públicos provinciales); (ii) mejorar la gestión de los prestadores públicos, atando su financiamiento a su desempeño impulsando cambios en su modelo de atención y evitando la presencia de subsidios cruzados; (iii) asegurar un adecuado funcionamiento de la seguridad social; y (iv) proteger y fortalecer los programas prioritarios de salud pública. La existencia de un sólido marco de liderazgo, regulación y diálogo sectorial contribuirá al avance y la sostenibilidad de estas transformaciones.

## INTRODUCCIÓN

1. El sector salud Argentino ha experimentado múltiples intentos de reforma a lo largo de la década de los noventa. Sin embargo, no mucho ha cambiado en su estructura y, menos aún, en su desempeño general. En efecto, el sector salud Argentino se distingue hoy día en América Latina por aquellos mismos rasgos positivos que presentaba a comienzos de la década anterior: avanzado grado de transición epidemiológica, alto nivel de sus principales indicadores de salud como promedio nacional, extensa oferta asistencial (con un sofisticado desarrollo tecnológico en la prestación de servicios de alta especialidad), elevada capacidad técnica y, hasta finales del 2001, alto nivel de gasto. Simultáneamente, persisten en el sector serios retos por superar que incluyen una marcada inequidad intra e inter-provincial en el estado de salud de la población y en la asignación de los recursos, fragmentación sectorial, ineficiencia institucional (tanto en aseguradores como en prestadores) y debilidad en el marco regulatorio.

2. Los efectos de la crisis económica, política y social desencadenada en el 2001 se suman a los problemas estructurales crónicos del sector salud. En particular, preocupa la caída en la cobertura de seguros de salud y en el acceso efectivo de la población a servicios y medicamentos. Esta caída golpea con especial severidad a sectores de la población con menores niveles de ingresos y ha llevado a un incremento de la demanda de servicios en la red asistencial pública. También preocupa la situación de vulnerabilidad de los programas nacionales prioritarios de salud pública, cuya efectividad puede verse comprometida precisamente en un momento en que mayores índices de pobreza generan un mayor riesgo en el perfil epidemiológico de la población. Por último, la crisis ha agudizado el desequilibrio financiero de las distintas instituciones del sector con el consecuente crecimiento del nivel de endeudamiento y la afectación de la cadena de pagos, suministros y servicios.

3. La sobre-posición de retos coyunturales y problemas crónicos reafirma la necesidad de mejorar el desempeño del sector y avanzar en su objetivo fundamental: elevar el estado de salud de la población, en especial de aquellos más pobres y vulnerables. Para ello, el sector debe lograr introducir reformas e instrumentos que contribuyan a reducir, de manera sostenible y eficiente, las inequidades existentes en el acceso a servicios de salud de calidad y en la protección financiera efectiva contra los riesgos de enfermar o morir.

4. Este parece ser un momento oportuno para introducir reformas en el sector salud Argentino. A raíz de la crisis, la necesidad de mejorar la respuesta efectiva del sector frente a las necesidades de la población se ha vuelto una de las prioridades en la agenda política del país. Por otro lado, ha habido recientemente avances importantes en la identificación, discusión y desarrollo de opciones de reforma lideradas por el Ministerio de Salud.

5. En este contexto, este documento propone alternativas para mejorar el desempeño del sector y elevar el estado de salud de la población Argentina. Estas alternativas se desprenden de una revisión detallada de las actuales características del sector salud y de su historia reciente; además, hacen particular énfasis en el bienestar de la población más pobre y en el rol de las provincias. El documento está estructurado de la siguiente forma: el Capítulo 1 ofrece una descripción de las principales características del sector salud, incluyendo rasgos del estado de salud de la población (con énfasis en el grupo materno-infantil), del acceso a los servicios de salud, de la estructura, funcionamiento y desafíos en el financiamiento y prestación de servicios, y del estado general de los programas de salud pública. El Capítulo 2 examina las reformas de la última década y sus

lecciones aprendidas, resaltando el rol central de las provincias en el contexto federal del país. El Capítulo 3 presenta alternativas para mejorar el desempeño del sector; en especial, en lo referente a su capacidad de responder a las necesidades de la población más pobre. Por último, el Capítulo 4 ofrece una síntesis de las conclusiones más relevantes.

6. El objetivo de este documento es contribuir al análisis y discusión de alternativas de desarrollo en salud en Argentina. Por ello, como parte de su proceso de preparación, a lo largo del 2002 se organizaron en Buenos Aires diversos talleres sobre variados tópicos de reforma en salud que sirvieron para fomentar la reflexión en torno a políticas sectoriales. Así mismo, varios estudios específicos fueron elaborados a manera de subproductos que alimentaron este informe.

## CAPITULO 1. DIAGNOSTICO SECTORIAL

7. Este primer capítulo ofrece un diagnóstico del sector salud Argentino. Para ello, en una primera parte, describe el estado de salud de la población, con especial énfasis en el grupo materno-infantil. Luego, examina el grado de acceso a los servicios de salud y el impacto que sobre éste ha tenido la reciente crisis económica y social. En una tercera parte, analiza la estructura y funcionamiento del sistema, identificando sus principales desafíos en términos de eficiencia, equidad y regulación. Por último, ofrece una descripción del estado actual de los principales programas nacionales de salud pública.

### 1.1. El Estado de Salud de la Población Argentina

8. Hasta antes de la crisis del 2001, Argentina era un país de grado medio de desarrollo, con altos índices de desarrollo humano e indicadores de salud progresando y alcanzando, en promedio, niveles favorables. En el 2000, la expectativa de vida al nacer era de 74 años, superior al promedio de los países de América Latina. La tasa nacional de mortalidad infantil era de 16.6 muertes por 1,000 nacidos vivos, casi la mitad que aquella presente veinte años atrás. La mortalidad materna había caído progresivamente hasta llegar a 4.3 muertes por 10,000 nacidos vivos (nv).

9. Sin embargo, los resultados obtenidos no corresponden con los altos niveles históricos de gasto y la oferta instalada en el sector. En efecto, según estimaciones del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), en el año 2000 Argentina gastaba cerca del 8.5 por ciento de su producto interno bruto en atención de la salud, equivalente (previa la crisis del 2001) a cerca de US \$650 por ciudadano / año<sup>1</sup>. Entonces, de acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tan sólo 17 países en el mundo reportaban niveles superiores de gasto relativos al tamaño de su economía doméstica. Así mismo, las cantidades disponibles de médicos (29.4 por cada 10,000 habitantes) y de camas hospitalarias (4.1 por cada 1,000 habitantes) eran comparables con aquellas en naciones desarrolladas. No obstante estos significativos recursos económicos, humanos y en infraestructura, otros países de la región alcanzan mejores resultados de salud con menor gasto sectorial.

10. Al igual que otros países de la región, Argentina se encuentra inmerso en una transición epidemiológica y demográfica. La incidencia y prevalencia de patologías crónicas ha ido en aumento, mientras que las enfermedades infecto-contagiosas han disminuido. En el 2000, las enfermedades infecciosas representaron el 9 por ciento de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP); entre tanto, las afecciones tumorales y cardiovasculares sumaron el 27 por ciento y el trauma (accidentes y violencia) el 21 por ciento.

11. Las enfermedades crónicas y degenerativas, junto con el trauma, explican la mayor parte de la carga de enfermedad en el país y son especialmente importantes en los grandes centros urbanos. Entre éstas se distinguen las enfermedades cardiovasculares, los accidentes de tránsito y el tabaquismo como factor de riesgo (Argentina presenta la prevalencia de fumadores más alta de la

---

<sup>1</sup> Fuente: Tobar et al. (2002). Estimaciones alternativas sugieren que el gasto total en salud como porcentaje del PIB era 9.14% en el 2000, correspondiendo a US\$723 per cápita. La misma fuente estima que el gasto ha bajado a US\$218 per cápita en el 2002. Cetrángulo, con información del Ministerio de Economía. Presentación realizada en Jornada Taller: Financiamiento de la Salud en Argentina. COFESA, Buenos Aires, 2003.

región). Propuestas para enfrentar este componente de la carga de enfermedad se discuten en el Capítulo 3, en el contexto del fortalecimiento de los programas nacionales de salud pública.

12. Existen marcadas diferencias en el estado de salud de la población a lo largo de las distintas regiones y provincias del país. Las regiones del noroeste y noreste, caracterizadas por niveles de pobreza más altos, presentan un peor estado de salud con mayor participación relativa de patología materno-infantil y de enfermedades infecto-contagiosas. En ellas, las infecciones llegan a representar el 11 por ciento de los AVPP, comparado con 8 por ciento en regiones de ingresos superiores. Así mismo, estas regiones del norte presentan un mayor número absoluto de AVPP y sus provincias sufren una carga de enfermedad por encima de la media nacional (ver Cuadro 1).

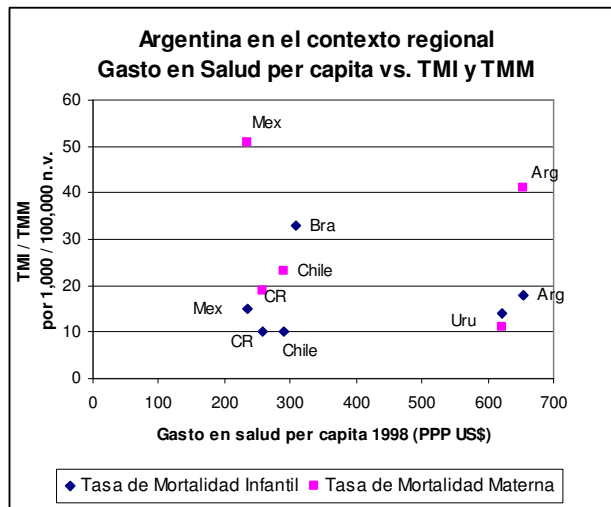
**Cuadro 1. Argentina, Años de Vida Potencialmente Perdidos, Año 2000**  
**Total por 10,000 habitantes y porcentajes por causas**

	<b>AVPP Total</b>	<b>Infecciosas</b>	<b>Tumorales y Cardiovasculares</b>	<b>Accidentes y Violencia</b>	<b>Demás Causas</b>
<b>Total País</b>	<b>723</b>	<b>9%</b>	<b>27%</b>	<b>21%</b>	<b>43%</b>
Región Patagónica	622	7%	26%	25%	42%
Región Centro	671	9%	31%	21%	39%
Región Cuyo	709	8%	25%	23%	44%
Región Noroeste	822	12%	18%	21%	49%
Región Noreste	982	10%	18%	17%	55%

Fuente: OPS. Indicadores Básicos de Argentina. Año 2001.

13. El estado de salud de la población materno-infantil amerita especial atención en Argentina. De tiempo atrás, existe preocupación por el pobre desempeño del país – y en particular de algunas de sus provincias – en este campo. Aún cuando la tasa de mortalidad infantil (TMI) ha caído en un 50 por ciento en los últimos 20 años (al pasar de 33.2 muertes por 1,000 nv en 1980 a 16.6 en el 2000), su nivel sigue siendo elevado en comparación con otros países con similar grado de desarrollo y menor nivel per cápita de gasto sectorial (por ejemplo, Chile, Uruguay y Costa Rica). Lo mismo sucede con la tasa de mortalidad materna (TMM) que ha caído de 7 muertes por cada 10,000 nv en 1980 a 4.3 en el 2001, pero persiste en niveles superiores a los observados en países vecinos (ver Gráfico 1). Esta disminución en la mortalidad materna parece haberse estancado (o incluso estar retrocediendo) en años recientes, si se considera que entre 1997 y 1998 llegó a niveles cercanos a 3.8 por 10,000 nv.

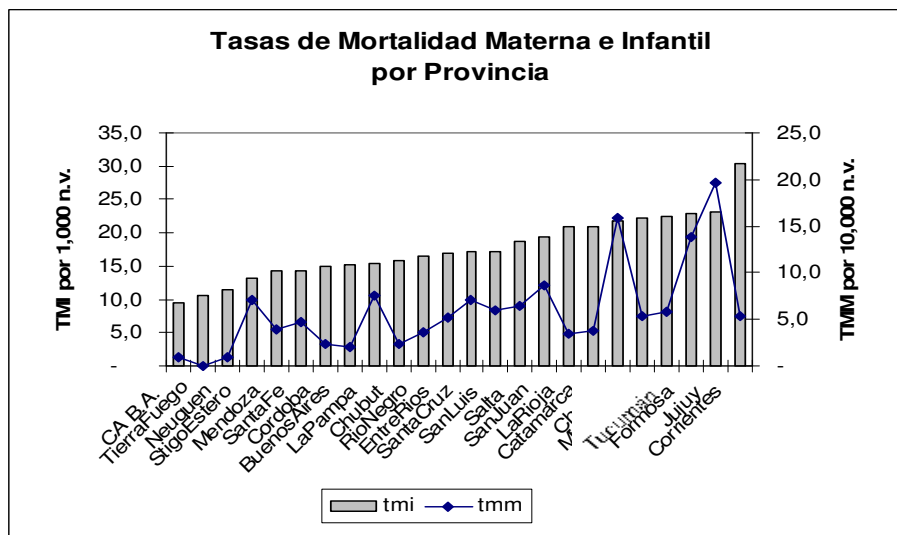
Gráfico 1



Fuente: UNDP Human Development Report 2002 y PHO/WHO Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2001.

14. Existen grandes y crecientes diferencias en mortalidad infantil y mortalidad materna entre las provincias, y al interior de éstas. Estas diferencias golpean con mayor fuerza a la población más pobre, en especial aquella residente en zonas rurales o urbano-marginadas<sup>2</sup>. En 1990, sólo tres provincias duplicaban la TMI más baja (Catamarca, Chaco y Jujuy); en el 2000, diez provincias lo hacían. Hoy día, mientras que algunas provincias y la Ciudad de Buenos Aires presentan tasas cercanas a 10 muertes por 1,000 nv, otras provincias (como Corrientes, Formosa y Jujuy) se sitúan casi tres veces por encima. En el caso de la mortalidad materna, existen diferencias en las tasas entre provincias que superan el 500 por ciento: por ejemplo, entre Jujuy o Chaco y la Ciudad de Buenos Aires o Neuquén (ver Gráfico 2).

Gráfico 2



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2000-2001.

<sup>2</sup> Para mayor análisis, ver reporte No. 22255-AR, Banco Mundial: Argentina, Rural Reproductive Health; Junio 2001.

15. La preocupación por la salud materno-infantil no surge sólo de las altas tasas y marcadas inequidades, sino también de la posibilidad de incidir positivamente sobre ellas. La mayor parte de las muertes infantiles (neonatales y post-neonatales) y maternas en Argentina son evitables mediante acciones oportunas de prevención, diagnóstico y tratamiento. El MSN estimó que de 7,650 muertes neonatales ocurridas durante el 2000 (que representaron dos tercios del total de las muertes infantiles en el país), el 60 por ciento eran prevenibles, la mayor parte mediante un correcto control del embarazo. Así mismo, el 44 por ciento de las casi 4,000 muertes post-neonatales que se dieron podrían haberse evitado mediante intervenciones oportunas de prevención y tratamiento. Si Argentina lograra evitar la mitad de las muertes infantiles reducibles en un año, alcanzaría una TMI inferior a 12 muertes por cada 1,000 nv. Por otro lado, el aborto explicó al menos el 29 por ciento de las aproximadamente 300 muertes maternas que ocurrieron durante el 2001. Otras variables asociadas con mayor mortalidad materna son el porcentaje de partos no institucionales y la incidencia de embarazo y parto en menores de 20 años, ambos fenómenos que se dan con mayor frecuencia en las provincias más pobres en el norte del país, en especial en mujeres pobres y/o que habitan en zonas rurales<sup>3</sup>.

16. En conclusión, elevar el estado de salud de la población materno-infantil y, en especial, de aquellas mujeres y niños en condiciones de pobreza, debe ser una prioridad de la política de salud en el país. La existencia de una alta proporción de muertes maternas e infantiles reducibles sugiere, a su vez, que existen barreras que afectan la oportunidad y calidad de la atención en salud. Por ello, es necesario examinar con mayor detenimiento el funcionamiento actual del sector salud, mejorar su desempeño y fortalecer su capacidad de incidir positivamente sobre el bienestar de los más pobres. Más aún si se tiene en consideración que, hoy día, el 74 por ciento de los niños y niñas Argentinos viven en situación de pobreza, y que han caído de manera importante la cobertura de seguros de salud y el acceso efectivo a servicios y medicamentos, en especial en los sectores de menores ingresos<sup>4</sup>.

## **1.2. Acceso a los Servicios de Salud**

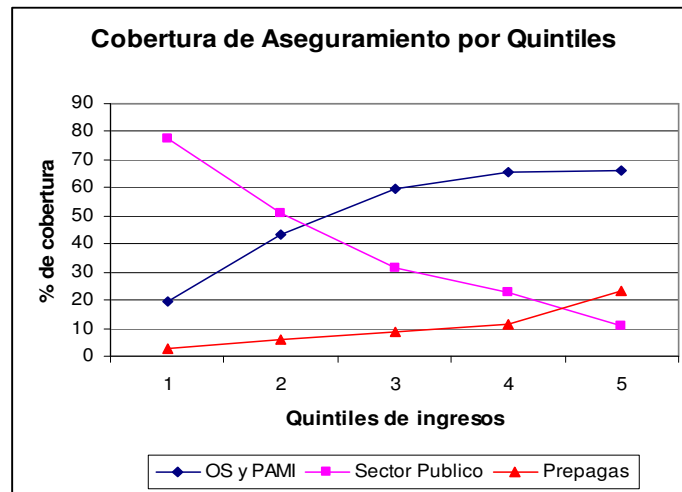
17. En Argentina, el acceso a los servicios de salud varía de manera considerable de acuerdo con el nivel de ingreso del individuo. En general, las personas obtienen servicios de salud a través de tres esquemas predominantes: (i) atención pública en los hospitales y centros ambulatorios estatales; (ii) cobertura a través de aseguradoras (obligatorias en el trabajo formal, conformando la seguridad social, o voluntarias, también llamadas seguros privados o “prepagas”); y (iii) directamente de prestadores privados. Del 20 por ciento más pobre de la población, el 77 por ciento accede a servicios de salud exclusivamente mediante la red pública, mientras que el 20 por ciento tiene aseguramiento social y el 3 por ciento seguros privados. Para el quintil más rico de la población esta relación es inversa: tan sólo el 11 por ciento requiere acceder a los servicios a través de la red pública, dado que un 66 por ciento cuenta con cobertura de aseguramiento social y un 23 por ciento con seguros privados (ver Gráfico 3).

---

<sup>3</sup> La incidencia de embarazo y parto en adolescentes está, a su vez, asociada con bajo peso al nacer y mayor mortalidad infantil.

<sup>4</sup> Para mayor detalle de los efectos de la crisis sobre el sector salud Argentino, se recomienda revisar el documento de trabajo: “El sector salud argentino en medio de la crisis”, por N. Schwab y J.P. Uribe; Banco Mundial, Noviembre 2002.

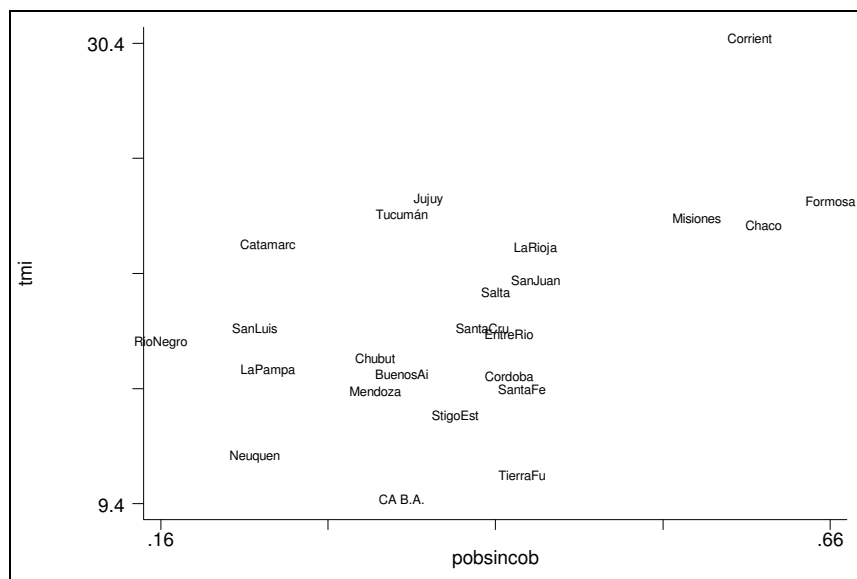
**Gráfico 3**



Fuente: Siempro, Encuesta de Condiciones de Vida, Septiembre 2001.

18. La red pública atiende en su mayoría a la población pobre y sin trabajo formal. Cerca del 45 por ciento de los Argentinos se atienden hoy día en los servicios estatales, con variaciones importantes entre provincias. Las provincias que tienen un alto porcentaje de su población sin cobertura de seguros explícitos de salud (y, por ende, bajo atención estatal) tienden a ser las que presentan peores resultados en salud, menores recursos per cápita invertidos en el sector y mayor incidencia de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Por ejemplo, Corrientes, que es la provincia con la mayor TMI del país (30.4 por 1,000 nv), cuenta con un gasto provincial anual de sólo \$60 pesos per cápita y tiene al 60 por ciento de su población sin cobertura de seguros. En comparación, en Neuquen sólo el 23 por ciento de la población está sin cobertura formal de aseguramiento, el gasto per cápita en salud llega casi a los \$300 pesos y la TMI es una de las más bajas del país (11.4 por 1,000 nv) - (ver Gráfico 4).

**Gráfico 4:  
TMI cruzado con Porcentaje de Población sin Cobertura de Seguro de Salud  
Por Provincia**



Fuente: Ministerio de Salud 2000 y estimaciones CEDI / Banco Mundial 2002.

19. Lo anterior pareciera sugerir que la población con seguros explícitos tiene mejor acceso a los servicios de salud. Sin embargo, como se verá más adelante, los seguros de salud en Argentina enfrentan también problemas de eficiencia y equidad que resolver: los asegurados no poseen cobertura financiera total y deben afrontar de su bolsillo el pago de importantes co-seguros para acceder a servicios y medicamentos. Estos co-seguros son iguales, en cada aseguradora, para todos los asegurados, independiente de su nivel de ingreso. El nivel de co-financiamiento que imponen puede llegar a ser significativo y constituir para los beneficiarios de más bajos ingresos una barrera de acceso a los servicios. Como resultado de esto, así como de la presencia de otras barreras a los servicios, muchos de estos afiliados podrían terminar siendo asistidos en los hospitales estatales.

20. La actual crisis ha aumentado la proporción de la población que depende de los hospitales públicos. Este aumento ha golpeado con mayor intensidad a los más pobres, quienes han perdido tres veces más su cobertura de aseguramiento que los no pobres. En junio del 2002, 42 por ciento de la población general y 61 por ciento de las personas pobres reportaron depender exclusivamente del hospital público o de su propio gasto de bolsillo para resolver sus necesidades en salud<sup>5</sup>.

21. Bajo el actual arreglo sectorial, existen serias barreras de acceso a servicios de salud y medicamentos, tanto para las personas que dependen de la red pública como para aquellos con cobertura de seguros. Una encuesta reciente<sup>6</sup> muestra que de los hogares que necesitaron servicios de salud entre octubre del 2001 y junio del 2002, el 38 por ciento reportó que al menos un miembro de su hogar no pudo comprar medicamentos cuando los necesitó, 27 por ciento no pudo consultar al médico ante una necesidad sentida, y 33 por ciento no logró hacerse los estudios prescritos. Las dificultades de acceso son más agudas para el 20 por ciento de los hogares más pobres pero afectan a todos los niveles de ingreso, especialmente en el caso del acceso a medicamentos (ver Cuadro 2).

**Cuadro 2.**  
**Argentina, Porcentaje de Acceso a Medicamentos, Consulta Médica y Estudios**

Del total de hogares que lo necesitaron, porcentaje que:	Quintil					Total
	1	2	3	4	5	
“No pudieron comprar los medicamentos que necesitaron”	61	45	37	30	20	38
“No pudieron hacerse atender por el médico las veces que lo necesitaron”	39	34	27	22	13	27
“No pudieron hacerse todos los estudios que le indicaron”	52	43	29	26	16	33

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002.

22. El principal motivo de no acceso a los servicios de salud es la falta de dinero para comprar los medicamentos o para pagar los co-pagos en la consulta médica. Una segunda razón mucho menos frecuente es la ausencia de cobertura de obra social (ver Cuadro 3). Si bien la atención en la red pública es teóricamente gratuita para las personas sin cobertura de seguro de salud, en muchas provincias existen sistemas de cobros mediante cooperadoras o fundaciones ligadas a los centros asistenciales públicos. Para muchos hospitales y determinados servicios, estos sistemas de “pagos voluntarios” cubren una importante fracción del costo variable de la atención y resultan

<sup>5</sup> La ECDV 2001 encuentra resultados similares: 42 por ciento de la población total y 68 por ciento de los pobres sin afiliación a seguros de salud.

<sup>6</sup> Banco Mundial 2002.

determinantes para su funcionamiento. En el caso de los seguros explícitos y dada su falta de cobertura financiera total, no sorprende que el 66 por ciento de los hogares citen la falta de dinero como el motivo más importante para el no acceso a servicios y medicamentos. La segunda razón de no acceso difiere entre quintiles de ingresos: para los más pobres se debe a la ausencia de cobertura de seguros en salud, mientras que para los quintiles más ricos se debe a que la obra social ya no presta o cubre los servicios requeridos. Dificultades en la gestión de los servicios (tiempos de espera, dificultades para conseguir turno, etc.) explican el 15 por ciento de las necesidades sentidas no satisfechas y son un motivo más importante de no acceso en los quintiles más pobres, lo cual es una observación importante al evaluar el desempeño de los prestadores públicos.

**Cuadro 3.**  
**Motivos de no Acceso a Medicamentos, Consulta Médica y Estudios**

(en porcentaje)	Quintil					Total
	1	2	3	4	5	
No le alcanza la plata (para cuotas, consulta, remedios, traslados)	71	62	67	67	60	66
La obra social no presta / cubre los servicios	6	16	22	29	27	18
No tiene mas cobertura de obra social	28	18	15	8	4	17
Dificultades en el servicio (turno, espera, otros)	18	18	15	9	7	15

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002.

23. La existencia de un alto gasto de bolsillo ha sido una constante en Argentina, no obstante la existencia de los subsistemas de provisión pública y de seguridad social. El 43 por ciento del gasto total del sector salud corresponde a gasto de bolsillo: el 13 por ciento para compra de seguros privados y el 30 por ciento como desembolso directo para servicios de salud y medicamentos<sup>7</sup>. En promedio, los hogares destinan 7 por ciento de su presupuesto a gastos en salud. Como es de esperarse, este gasto de bolsillo es regresivo: los hogares en el quintil más pobre destinan el 9.4 por ciento de sus ingresos a salud, frente a 5.2 por ciento destinado por los hogares en el quintil de mayores ingresos<sup>8</sup>. [Ver el Anexo III para un análisis detallado del gasto privado en salud.]

24. La reducción en el ingreso promedio producto de la actual crisis obligó a los hogares a modificar su demanda de servicios de salud. Desde finales de 2001, (i) el 38 por ciento de los hogares reporta hacer mayor uso de centros de salud públicos en vez de privados, (ii) también un 38 por ciento reporta llevar a sus niños con menor frecuencia a los controles médicos preventivos, y (iii) el 13 por ciento reporta haber cancelado sus seguros de salud. Las dos primeras medidas afectan a hogares en todos los quintiles de ingreso, así como a hogares en los que el jefe del hogar tiene cobertura de obra social (de nuevo, sugiriendo la existencia de vacíos en la protección financiera y asistencial que ofrecen estos seguros). Sin embargo, son fenómenos que golpean con mayor intensidad a los hogares más pobres, donde el 57 por ciento reportó una disminución en la frecuencia de los controles preventivos para sus hijos.

25. Aunque no existe información consolidada disponible a la fecha, se anticipa que esta situación de deterioro en el acceso a los servicios de salud afecta con particular severidad a la población materno-infantil. En el 2002, el sistema de información del Proyecto PROMIN (MSN) indicaba que, entre julio de 2000 y septiembre de 2001, se había dado un aparente descenso en la cobertura y calidad de los servicios materno-infantiles para un conjunto de centros de salud situados en zonas urbanas con alto índice de NBI. Los cambios ocurridos incluían un descenso en la cobertura de atención a la mujer embarazada, un descenso en la captación temprana del embarazo, el deterioro en la calidad de los controles prenatales (por interrupciones en la provisión de insumos críticos) y la caída en el porcentaje de niños con suficientes controles médicos durante su primer año de vida.

<sup>7</sup> PIA - ISALUD, El gasto en salud en Argentina, Tobar, F. 2002.

<sup>8</sup> Maceira 2002, en base a la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares realizada por INDEC.

### 1.3. Estructura, Funcionamiento y Desafíos del Sector Salud

26. El sistema de salud Argentino procura brindar cobertura universal a todos los ciudadanos y contribuir así a elevar su estado de salud. Sin embargo, a pesar del importante esfuerzo realizado, el actual arreglo sectorial no garantiza para toda la población el acceso efectivo a los servicios de salud. Hoy día, el sector salud está conformado por tres grandes subsistemas: (i) de aseguramiento vía seguridad social, que cubre aproximadamente al 52 por ciento de la población; (ii) de aseguramiento privado, con el 9 por ciento de la población; y (iii) de provisión pública (aseguramiento estatal), para el restante 39 por ciento<sup>9</sup>. La seguridad social en salud incluye a las obras sociales nacionales (OSN) y el Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados (INSSJyP o PAMI), bajo jurisdicción del gobierno nacional, conformando el llamado Sistema Nacional de Seguro de Salud (SNSS); y, a nivel provincial y de manera individual en cada provincia, a las obras sociales provinciales (OSP).

27. Bajo el actual arreglo, el sector se encuentra altamente fragmentado, con poca o nula articulación interna. Esta fragmentación resulta evidente en los subsistemas de seguridad social en salud. Aunque todos ellos (OSN, PAMI, OSP y otros) se financian mediante contribuciones obligatorias obrero-patronales (y de pensionados), no comparten flujos financieros entre sí, no permiten entre ellos el traslado de afiliados y contribuciones, no brindan las mismas garantías básicas a sus afiliados y no se sujetan por un mismo marco de regulaciones. A este panorama se suman (i) un sector asegurador privado no regulado que ofrece planes optativos complementarios, principalmente en los grandes centros urbanos, y (ii) distintos programas para grupos específicos de la población, como por ejemplo el Programa Federal de Salud (PROFE) para beneficiarios de pensiones no contributivas (ver Anexo VI) y los regímenes especiales para el personal de las Fuerzas Armadas y de Policía. El Cuadro 4 resume las diferentes dimensiones de cada subsector y permite apreciar el grado de fragmentación y heterogeneidad que existe en términos de financiamiento, gasto, cobertura de servicios y marco regulatorio.

---

<sup>9</sup> Las cifras de cobertura de los distintos subsistemas son aproximadas y se ven afectadas por la crisis actual. En este documento (ver Cuadro 5) se utilizan las cifras de 10.5 millones de beneficiarios para las OSN y 3.1 millones para el PAMI, que son los números contabilizados a la fecha en la base de datos de beneficiarios integrada por la SSS y el ANSES (Decreto 1400/01 y resoluciones conjuntas 274/02 y 144/02). Sin embargo, según la ECDV 2001, tan sólo 39 por ciento de la población estaría afiliada a las obras sociales nacionales y provinciales (12.5 millones), 6.8 por ciento al PAMI (es decir, 2.2 millones de individuos), 8.9 por ciento a mutuales, 2 por ciento a seguros privados, 0.8 por ciento con doble afiliación y el restante 42 por ciento sin cobertura de seguros de salud. Estas discrepancias significativas se resolverán en la medida en que se depure la base de datos del SNSS y se integren otras bases de beneficiarios del orden nacional y provincial.

**Cuadro 4. Estructura del Sector Salud Argentino**

	Seguridad Social en Salud			Sector Público	Sector Privado
	Obras Sociales Nacionales	INSSJyP (PAMI)	Obras Sociales Provinciales		Pre-Pagos / Mutuales
Población Cubierta	Trabajadores formales, inicialmente por rama de actividad, ahora con libertad de elección de obra social por parte del afiliado	Pensionados y jubilados, pueden elegir quedarse en su OSN de origen.	Empleados públicos provinciales y jubilados de las cajas provinciales (sin libertad de elección) y aportantes voluntarios	Población no cubierta por la Seguridad Social	Afiliados voluntarios a prepagos o mutuales
Número de beneficiarios, % de la población (máximo y mínimo)	10,550,000 29% (8% - 54%)	3,060,000 9% (3% - 14%)	5,100,000 14% (7% - 51%)	14,210,000 (39%)	3,280,000 (9%)
Numero de entidades aseguradoras	280	1 con delegación en las provincias	24 (1 en cada provincia)		70 pre-pagos organizadas en cámaras; estimado entre 140 y 300; N° de mutuales no determinado
Financiamiento	Trabajadores: 3% Empleadores: 6% + co-pagos	Trabajadores: 3% Empleadores: 2% + pasivos: 3%-6% de ingresos + aportes TGN + co-pagos	Varía según provincia: Trabajadores: 3%-5% Empleadores: 4%-6% + co-pagos	Fondos propios provinciales y TGN a través de la coparticipación provincial y programas nacionales	Pago directo de los afiliados (con co-pagos y deducibles)
Gasto mensual promedio 2000 (máximo y mínimo)	\$29 por beneficiario (\$13 - \$47)	\$52 por beneficiario (\$55 - \$81)	\$33 por beneficiario (\$15 - \$229)	\$22 per capita*	\$68 por beneficiario
Cobertura Prestacional Teórica	Paquete Médico Obligatorio (PMO) como mínimo	Mayor al PMO	No existe paquete mínimo obligatorio	No existe paquete mínimo obligatorio	PMO como mínimo
Prestación de servicios	Prestadores privados y prestadores públicos	Prestadores privados y públicos; 2 policlínicos propios	Mezcla de prestadores públicos y privados	Hospitales públicos provinciales y municipales	Establecimientos propios y contratados del sector privado, prestadores públicos
Regulación	Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)	Bajo la tutela de la SSS, pero con poca regulación efectiva	Entidades autárquicas sin control regulatorio externo	Sin control regulatorio externo	Sin control regulatorio externo

Nota: "per cápita" estimado en base al agregado del gasto público nacional, provincial y municipal, descontando el gasto en bienes público - si éstos se consideraran, el per capita sería mayor - dividido por el total de población no cubierta con seguros explícitos de salud.

Fuente: Elaboración propia en base a información de la SSS, MSN, CEDI 2002 para cobertura de OSN / OSP y PAMI por provincia; censo INDEC para datos de población; Tobar F, 2001 para gasto en salud por agentes.

### **Financiamiento**

28. Entre 1995 y 2000, el gasto total en salud en Argentina subió hasta llegar a \$24,192 millones de pesos, lo que corresponde a \$653 pesos per cápita anual. Como ya se mencionó, una fracción importante de este gasto – el 43 por ciento - recae directamente sobre los hogares. En segundo lugar como fuente de financiamiento está la seguridad social, financiada mediante aportes obligatorios obrero-patronales y responsable del 34 por ciento del gasto total en salud. En el año 2000, esta cifra equivalía a US \$8,243 millones (o 2.9 por ciento del PIB) y se distribuía así: en el PAMI, 9 por ciento del total; en las OSN, 16 por ciento; y en el agregado de las OSP, 9 por ciento. Por último, el sector público prestador, principalmente a nivel provincial, ejecuta un 23 por ciento del gasto total en salud proveniente de fondos compuestos por impuestos generales (ver cuadro 5). Estos promedios nacionales de financiamiento esconden grandes diferencias entre provincias.

**Cuadro 5.**  
**Argentina, GASTO EN SALUD POR AGENTES**  
**Año 2000**

<b>Agente</b>	<b>en millones de US\$</b>	<b>Como porcentaje</b>
<b>Sector Público</b>	<b>5.560</b>	<b>23%</b>
Ministerio de Salud Nacional	805	3%
Ministerio de Salud Provincial	3.913	16%
Secretarías de Salud Municipales	842	3%
<b>Seguridad Social</b>	<b>8.243</b>	<b>34%</b>
OSN	3.861	16%
PAMI	2.270	9%
OSP	2.112	9%
<b>Hogares</b>	<b>10.390</b>	<b>43%</b>
Compra de seguros privados y otros	3.117	13%
Desembolsos directos	7.273	30%
<b>TOTAL</b>	<b>24.193</b>	<b>100%</b>

Fuente: PIA - ISALUD, El gasto en salud en Argentina, Tobar, F. 2002.

29. A pesar de la crisis económica y social, el gasto público en salud se mantuvo prácticamente constante en términos reales entre el 2000 y el 2001 (ver Cuadro 6). A partir del 2002, el gasto público nacional volvió a subir en términos reales: para el 2003, se espera un gasto público nacional mayor en términos reales al gasto del 2000. Este aumento se explica principalmente por un esfuerzo por parte del gobierno nacional para proteger el financiamiento de los programas prioritarios de salud pública (ver Anexo I). Entre tanto, datos de siete de las mayores provincias del país sugieren que, entre el 2001 y el 2002, el gasto público provincial ha caído. En cuanto a la seguridad social, se observa una caída en el gasto que empieza en el 2001 y continúa durante el 2002. Esta disminución en el gasto de la seguridad social, tanto nacional como provincial, se explica por la disminución en el empleo formal y su impacto sobre la recaudación de las obras sociales, así como por la disminución en el nivel salarial. Se espera que durante el 2003, como consecuencia de medidas introducidas por el gobierno nacional, se de una recuperación en términos reales en el nivel de gasto del SNSS.

**Cuadro 6: Argentina, Gasto Nacional en Salud**  
(En millones de pesos del 2001)

<b>Sector</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002<sup>(2)</sup></b>	<b>2003<sup>(3)</sup></b>
<b>Sector Público<sup>(1)</sup></b>	<b>4,420</b>	<b>4,440</b>		
Gobierno Nacional	508	462	479	553
Transferencias	95	69		
Gobierno Provincial	3,817	3,909		
7 provincias		2,474	1,634	
<b>Seguridad Social en Salud</b>	<b>8,802</b>	<b>8,599</b>		
SNSS	6,603	6,363	5,620	5,658
PAMI	2,521	2,389	1,726	1,482
Obras Sociales Nacionales	4,082	3,974	3,894	4,175
Obras Sociales Provinciales	2,198	2,236		
OSP de 7 provincias <sup>(4)</sup>		1,634	840	

Fuente: Dirección Nacional de Gasto Público consolidado - Ministerio de Economía 2003

(1) No se incluye el gasto de los municipios; (2) Preliminar; (3) proyecciones en base a tasa de inflación estimada. Se espera una subestimación en términos reales; (4) incluye el gasto consolidado de Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Chubut, Neuquén, Río Negro y San Juan.

### *Oferta de Servicios*

30. La prestación de servicios de salud en Argentina depende en esencia del sector público provincial y del sector privado, con variaciones fuertes entre provincias en cuanto a la participación relativa de cada sector (ver Cuadro 7). El 56 por ciento de los establecimientos hospitalarios y el 43 por ciento de las camas del país dependen del sector privado, el cual trabaja bajo contrato principalmente con el SNSS y con los seguros privados. Existen más de 13,000 establecimientos ambulatorios de los cuales el 55 por ciento son privados. La prestación pública de servicios, en teoría gratuita para todos, es ante todo una función provincial que se financia mediante recursos que las provincias obtienen de fondos no específicos de la coparticipación federal y de impuestos propios. El 28 por ciento de los hospitales y el 41 por ciento de las camas en el país dependen del sector público provincial. La participación de los niveles nacional y municipal en la prestación pública de servicios es mínima, excepto en aquellas provincias como Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe en donde la descentralización ha avanzado más<sup>10</sup>. Así mismo, las obras sociales y el PAMI tienen pocos establecimientos prestadores bajo su dependencia directa<sup>11</sup>. Por su parte, las OSP prestan la mayoría de sus servicios por intermedio de prestadores privados y, en menor medida, a través de la red pública asistencial. En el área de apoyo diagnóstico y de laboratorio, existe una marcada sobreoferta en las zonas de mayor concentración poblacional, con amplio predominio de oferentes privados; en contraste, muchas áreas rurales y semi-rurales carecen de mínimos apoyos diagnósticos.

<sup>10</sup> En la provincia de Buenos Aires, los municipios tienen una mayor participación relativa en la oferta de servicios: ellos responden por el 21.5 por ciento del total de camas disponibles (41 por ciento de las camas públicas y 69 por ciento de las consultas en establecimientos públicos). Otro ejemplo es Córdoba con una extensa red de atención primaria en salud.

<sup>11</sup> Las pocas camas propias de las OSN están concentradas en la ciudad y provincia de Buenos Aires y los dos policlínicos propios del PAMI están en la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe).

**Cuadro 7.**  
**Distribución de Camas y Establecimientos entre el Sector Privado y Público Provincial**  
**Argentina, Año 2000**

Jurisdicción	Total establecimientos	Total Camas	Sector Privado		Sector Público Provincial	
			% establ.	% camas	%establ.	% camas
<b>Total País</b>	<b>17.845</b>	<b>153.065</b>	<b>56</b>	<b>43</b>	<b>28</b>	<b>41</b>
Capital Federal	1.666	21.944	91	45	3	37
Buenos Aires	4.896	51.517	56	45	3	27
Catamarca	380	1.470	30	37	67	62
Córdoba	1.763	17.718	53	48	36	44
Corrientes	387	3.525	56	36	37	62
Chaco	519	3.537	62	56	38	44
Chubut	248	2.148	50	48	49	47
Entre Ríos	604	6.751	40	31	47	65
Formosa	271	1.680	24	41	76	59
Jujuy	394	2.823	37	40	63	60
La Pampa	206	1.179	52	30	48	70
La Rioja	281	1.260	27	42	73	58
Mendoza	676	4.142	45	34	39	57
Misiones	617	3.125	51	51	47	49
Neuquen	248	1.660	41	30	58	65
Río Negro	315	1.930	48	39	51	61
Salta	598	3.805	45	33	54	64
San Juan	301	1.742	40	17	58	71
San Luis	236	1.218	27	34	72	66
Santa Cruz	105	1.041	45	46	42	55
Santa Fe	1.869	11.011	72	48	11	22
Santiago del Estero	526	3.033	35	30	62	70
Tucumán	702	4.520	60	41	35	59
Tierra del Fuego	37	286	54	17	27	74

Fuente: CEDI 2002, en base a datos del Censo Hospitalario 2000, e INDEC

31. La actual distribución de la oferta pública de servicios no corresponde directamente con la proporción de la población sin cobertura de seguros explícitos. Si se acepta que el sector público debe centrarse en atender a los habitantes más pobres no cubiertos por otros subsistemas, cabría esperar una correlación positiva entre el porcentaje de la población sin seguros de salud y la oferta de camas públicas a nivel provincial. Sin embargo, esta correlación es negativa en el país, lo que indica que la proporción de camas disponibles en el sector público provincial no aumenta cuando aumenta la proporción de personas sin seguros de salud<sup>12</sup>.

32. La provisión pública de servicios varía de manera importante de provincia a provincia. En la mayoría de las provincias existe una alta concentración de establecimientos en zonas urbanas densamente pobladas y pocos efectores en zonas marginales y rurales. Esto se debe a que, históricamente, la red pública se organizó más en torno a la actividad de los hospitales que de los centros periféricos de promoción, protección y atención primaria de la salud. Además, en algunas

<sup>12</sup> CEDI 2002.

regiones del país, existen pocos sistemas efectivos de captación de enfermos en zonas rurales alejadas, con serias debilidades en los mecanismos de referencia y contra-referencia.

### ***Desafíos del sistema de salud Argentino***

33. Bajo el actual arreglo de financiamiento y oferta, el sector salud Argentino enfrenta tres grandes desafíos que superar. Estos son inequidad, ineficiencia y debilidad regulatoria. El primero de ellos, la inequidad, abarca (i) al actual modelo de provisión pública que no logra garantizar, bajo criterios de calidad, oportunidad y certeza, el acceso a los servicios de salud, en especial para los más pobres; (ii) al modelo de organización de la seguridad social, confrontado por restricciones en su capacidad de crecer para llegar a sectores desempleados, por una persistente debilidad institucional que se refleja en inadecuada protección financiera y servicios variables para sus beneficiarios, y por la ausencia de mecanismos efectivos de redistribución de recursos; y (iii) la persistencia de subsidios cruzados regresivos desde los hospitales públicos hacia los subsistemas de la seguridad social.

34. Una segunda falla (o desafío) del sector es su ineficiencia. En el caso de la provisión pública, ésta está dada por su rigidez organizacional, la ausencia de incentivos al desempeño y rendición de cuentas, y la falta de mecanismos para dar respuestas flexibles a demandas variables. En la seguridad social, la ineficiencia se debe más a la fragmentación y dispersión de la población beneficiaria entre centenares de agentes aseguradores, al elevado grado de intermediación que conlleva altos costos administrativos, a la persistencia de serios desequilibrios financieros que generan un costoso déficit crónico, y a la existencia de mecanismos que aún requieren fortalecer su eficiencia y alcance (por ejemplo, la Administración de Programas Especiales (APE), encargada de cubrir las patologías de alta complejidad en el SNSS).

35. Tercero, el sector sufre de vacíos regulatorios importantes y de debilidad en la aplicación de regulaciones existentes. Esto se refleja en frecuentes acusaciones de falta de transparencia, en una marcada heterogeneidad en las garantías mínimas de calidad de los servicios, en la abundancia de acciones regulatorias fallidas y en los crecientes conflictos y reclamos inter-jurisdiccionales (por ejemplo, en torno a pacientes con enfermedades complejas y costosas atendidos en centros de otra provincia o jurisdicción que la de su lugar de residencia). A continuación se discute en mayor detalle cada uno de estos retos sectoriales.

### ***Inequidad***

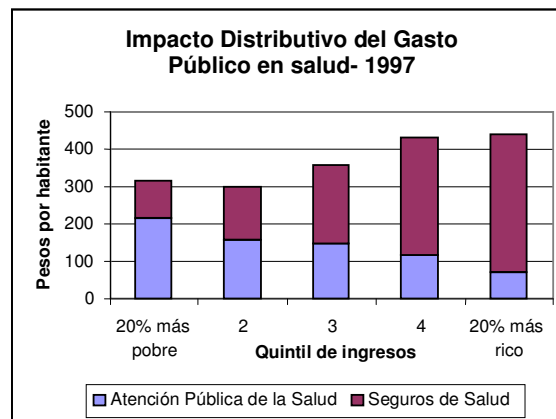
36. La oferta pública de servicios presenta gran variabilidad en cobertura y calidad. La oferta pública depende del financiamiento disponible en cada provincia, lo cual genera diferencias importantes a lo largo del país y se refleja en la atención brindada. No existe para la red pública un paquete prestacional definido, pues se asume que “todo se brinda a todos”. Sin embargo, en la práctica, cada centro asistencial termina ofreciendo aquellos servicios que está en capacidad de realizar, en función de sus recursos disponibles. En general, esta oferta pública trabaja en base a la demanda espontánea y las emergencias que recibe; es raro encontrar servicios con atención programada. Bajo este arreglo, no existen en realidad garantías uniformes de acceso a los servicios de salud para la población más pobre.

37. En cuanto a la seguridad social, su actual modelo de organización centrado en el empleo formal no le permite crecer para cubrir sectores desprotegidos de la población. Además, su financiamiento pro cíclico se ve seriamente afectado en épocas de crisis económica, sin que

existan reservas acumuladas para afrontar estos periodos. Hoy, la seguridad social en salud cubre a una proporción limitada y decreciente de la población, estimada entre el 46 y el 52 por ciento<sup>13</sup>. Esta cifra ha caído en los últimos dos años debido a la crisis económica. De igual manera, la cobertura en seguridad social varía mucho entre provincias: en el noreste del país llega apenas al 40 por ciento de la población, mientras que alcanza el 80 por ciento en otras regiones con mayor presencia de la economía formal<sup>14</sup>.

38. La distribución del gasto público en salud (sumando el gasto en seguros sociales de salud y el gasto en la atención pública) resulta levemente regresiva. Esto a pesar que el gasto en la atención pública es progresivo. Este resultado agregado se explica por el mayor peso relativo que tiene el gasto en seguros de salud (obras sociales y PAMI), que es regresivo<sup>15</sup>. En 1997, el gasto público total del país era de \$315 pesos per cápita en el 20 por ciento más pobre de la población y de \$400 pesos per cápita en el 20 por ciento más rico (ver Gráfico 5).

Gráfico 5.



Fuente: Ministerio de Economía, basado en ENGH 96/97.

39. La inequidad en el gasto público en salud se debe en gran medida al modelo de organización fragmentado por ramas de actividad laboral de la seguridad social en salud, donde cada organización controla la mayor parte de los fondos de sus afiliados, con promedio de ingresos salariales diferentes según el ramo. En el caso específico del SNSS, hay una marcada concentración de recursos en pocas OSN. En consecuencia, a finales del 2002, 160 de las OSN (responsables por cubrir al 86 por ciento de los afiliados del sistema) tenían un aporte promedio por afiliado inferior al piso mínimo definido (de \$31 pesos por persona por mes) por el SNSS para garantizar el plan médico obligatorio (PMO) (ver Gráfico 6). En este contexto, se generan

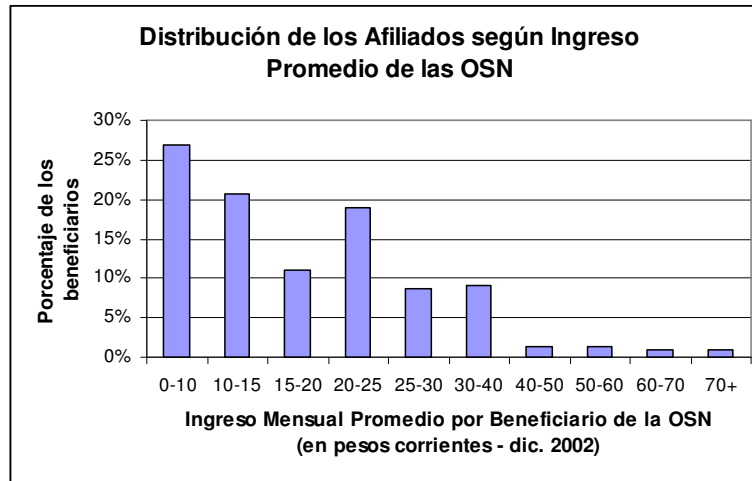
<sup>13</sup> La Encuesta de Crisis 2002 del Banco Mundial reporta que la cobertura de seguros de salud (incluyendo a OSN, PAMI, OSP y a la población con doble cobertura) cayó de 46.5 por ciento antes de octubre 2001 a 43 por ciento en junio 2002, reflejo del aumento en el desempleo y en el empleo informal ocasionados por la crisis. Así mismo, la ECDV estima que en el 2001, la seguridad social en salud cubría 46.6 por ciento de los ciudadanos. Estas cifras no coinciden con el total de la población con cobertura de seguridad social que resulta de sumar el padrón de beneficiarios de la SNSS (de la SSS) y las OSP debido a las diferencias en las fuentes de información y la ausencia de mayor depuración y consolidación de las bases de beneficiarios (incluyendo a las OSP).

<sup>14</sup> CEDI 2002.

<sup>15</sup> Se entiende como gasto en seguros de salud el gasto en prestaciones médicas y gastos administrativos de las obras sociales (nacionales y provinciales) y el PAMI. "El Impacto Distributivo de la Política Social en la Argentina"; Ministerio de Economía, Buenos Aires, julio de 2002, basado en los datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (1996-1997).

los co-seguros y se explican las dificultades observadas en los beneficiarios más pobres para acceder a servicios, no obstante contar con cobertura de seguro.

**Gráfico 6.**



Fuente: Superintendencia de Seguros de Salud 2002.

40. La inequidad en el sistema de seguros de salud se expresa también a nivel regional, donde existen diferencias significativas en el gasto por beneficiario. Las diferencias regionales van desde un gasto mensual por beneficiario de \$13 pesos en Tucumán hasta \$47 pesos en Formosa. En el caso de las OSP, el nivel de gasto está relacionado con el nivel de desarrollo de la provincia (medido por su PIB per cápita). Mientras que en Tucumán y Jujuy las OSP gastan \$15 pesos mensuales por beneficiario, en la provincia de Tierra del Fuego el gasto mensual es de \$229 por beneficiario. En el PAMI, la variación en el gasto por beneficiario entre provincias no es tan grande como en los otros subsectores pero también existe: fluctúa entre \$55 y \$81 pesos por beneficiario / mes.

41. Los mecanismos de redistribución y compensación financiera al interior del actual arreglo de seguridad social en salud son insuficientes para corregir la inequidad existente. No existe un mecanismo de compensación o solidaridad entre las OSN y el PAMI, a pesar de que los dos forman parte del SNSS, ni tampoco existe entre éstos dos y las OSP. Mucho menos existen mecanismos de solidaridad entre la seguridad social en salud y los no asegurados. El único mecanismo de redistribución financiera existente se da al interior de las OSN y consiste en un Fondo Solidario de Redistribución (FSR) que, hasta principios del 2003, garantizaba a las OSN un mínimo de \$47 pesos mensuales por trabajador afiliado (independientemente del número de beneficiarios en su núcleo familiar). El FSR goza de una situación financiera relativamente favorable, ya que medidas legislativas recientes incrementaron los aportes de las OSN al mismo<sup>16</sup>. Sin embargo, una primera limitante del FSR era que redistribuía entre OSN en base al número de afiliados titulares y no de beneficiarios.<sup>17</sup> Bajo este esquema (recientemente superado), se beneficiaban las OSN que tenían un menor tamaño familiar y mayor promedio de salario base de

<sup>16</sup> El DNU 486 de marzo 2002 incrementó los aportes al FSR del 10 al 15 por ciento en las cotizaciones menores a \$1,000 pesos y del 15 al 20 por ciento en aquellas mayores. Esto resultó en un incremento del 67 por ciento en la recaudación mensual promedio del FSR en el segundo semestre del 2002, revirtiendo la caída en los ingresos anuales que se observaba desde 1997. A partir de agosto del 2002, el FSR pasó a asegurar a las OSN un ingreso mínimo por titular afiliado de \$47 pesos / mes (antes esta cifra era de \$40 pesos / mes).

<sup>17</sup> Al momento de terminar este estudio (abril de 2003), el gobierno nacional había expedido un decreto por medio del cual modifica el mecanismo de compensación del FSR, pasando ahora a garantizar un mínimo de \$20 pesos / mes por afiliado titular y \$15 pesos por afiliado beneficiario.

cotización<sup>18</sup>. Otra limitante del FSR que se mantiene hoy día es que no incluye a los trabajadores que caen debajo de un ingreso mensual de \$240 pesos (o 3 MOPRES). A julio 2002, éstos sumaban 480,000 personas o 4 por ciento del total de beneficiarios de las OSN. Estos trabajadores de menores ingresos y mayor inestabilidad laboral tienen cobertura en forma proporcional a su cotización, pero sin aporte complementario del FSR, sin garantía del PMO y sin cobertura familiar automática.

42. La falta de solidaridad del esquema de seguridad social para con la población no asegurada del país se agrava por el bajo nivel de pago de la atención de pacientes asegurados derivados a los hospitales públicos. Esto genera un subsidio cruzado regresivo a favor de los aseguradores. Se estima que entre el 20 y el 40 por ciento de la población que acude a los hospitales públicos cuenta con algún tipo de cobertura de obra social o prepaga<sup>19</sup>. Los segmentos poblacionales asegurados que más usan los efectores estatales son los rurales (por falta de otros proveedores de servicios) y los de menor nivel adquisitivo (por las dificultades para pagar los co-seguros en los proveedores privados).

43. El recobro de los hospitales a la seguridad social se puede dar por dos mecanismos distintos: mediante contratos directos con los aseguradores o a través de un recobro automático vía la SSS (cuando no existe contrato de por medio o cuando este contrato no ha sido cumplido). Para el primer mecanismo no existe información consolidada que permita dimensionar su alcance. Sin embargo, una estimación basada en datos de las provincias de Córdoba y Mendoza sugiere que esta cifra puede estar cercana a \$35 millones de pesos anuales en el país (\$2.6 pesos por afiliado por año). En cuanto al segundo mecanismo (el recobro automático vía la SSS), el monto total facturado no ha crecido desde el 2000; entre tanto, ha aumentado la devolución o rechazo de facturas por parte de la SSS, en algunos casos motivado por la existencia de abusos o errores en la facturación. Sobre un total de \$77,7 millones de pesos reclamados por los hospitales en el 2002, este mecanismo de recobro aprobó el pago de \$23,4 millones, lo que representa tan sólo 30 por ciento de lo facturado (o \$1,65 pesos por afiliado por año).

44. En resumen: el total de servicios facturados por los hospitales públicos a la seguridad social y el monto que esta última reconoce a los hospitales públicos continúan siendo muy bajos frente al grado de subsidio presente. Si se asume que se lograra recuperar el total facturado por los hospitales a través de los dos mecanismos actuales, esto representaría tan sólo el 3.5% del total del presupuesto de los hospitales públicos provinciales. Este porcentaje resulta claramente inferior frente al porcentaje de pacientes con cobertura de seguros que es atendido en los hospitales públicos del país. Esta situación debilita el presupuesto público provincial y, por ende, la capacidad de la red pública de responder a las necesidades de los más pobres.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup> La relación promedio de beneficiario / titular tiene estimaciones diferentes dependiendo de la fuente de información: según el actual padrón de OSN, es de 1.2, con variaciones según el tipo de afiliado (desde 1.3 para trabajadores en relación de dependencia hasta 0.15 para empleados de servicio doméstico y monotributistas autónomos); el ANSES reporta una relación de 0.7; la base de beneficiarios del SNSS de 1997 reporta 1.53; y un estudio de Maceira et al. en el 2002 reporta un promedio de 2.1 (1.6 en obras pequeñas y 2.4 en obras grandes).

<sup>19</sup> Según la Encuesta de Crisis del Banco Mundial, de los jefes de hogar que reportaron que algún miembro del hogar se hizo atender en un hospital público entre octubre de 2001 y junio de 2002, el 16 por ciento tenía cobertura de OSN u OSP, el 9 por ciento era afiliado al PAMI y el 2 por ciento tenía un seguro privado (mutual o prepaga), para un total del 27 por ciento.

<sup>20</sup> La falta de articulación con los sistemas de protección de riesgos laborales y con los seguros de accidentes de tránsito también constituyen fuentes de fugas de recursos para los presupuestos hospitalarios públicos provinciales. Este fenómeno requiere un mayor análisis.

45. Una política más efectiva de recupero de costos liberaría recursos para fortalecer y mejorar los servicios prestados por la red de hospitales públicos provinciales, focalizados de mejor forma en la población más pobre no asegurada. Al mismo tiempo, haría más evidente la necesidad de reestructurar y/o liquidar ciertas obras sociales y, en general, elevar la eficiencia del sector de la seguridad social. Bajo condiciones de recobro real, se estima que los hospitales públicos facturarían cerca de \$85 millones de pesos mensuales al PAMI y a las OSN, lo que representaría más del 20 por ciento de los ingresos mensuales del SNSS (sin contar los ingresos vía el FSR)<sup>21</sup>.

46. Por qué el recobro de los hospitales públicos a la seguridad social en salud continúa siendo tan bajo? Múltiples factores están detrás del bajo recupero de gastos de los hospitales públicos y su superación exigirá un esfuerzo conjunto en distintos niveles. Entre ellos se deben tener presentes: (i) dificultades en la identificación de beneficiarios, consecuencia de la no disponibilidad de una base de datos consolidada y vigente de la seguridad social en salud nacional y provincial (el padrón nacional ya se concluyó y ahora es necesario ponerlo a disposición y actualizarlo periódicamente); (ii) dificultades en los procesos de facturación y alta complejidad en los requisitos formales exigidos; (iii) inconsistencias en las tarifas reconocidas por el nomenclador nacional (definido por el nivel nacional); (iv) baja capacidad de gestión de los hospitales públicos; (v) falta de incentivos en los mismos para recuperar gastos y elevar su eficiencia, y (vi) falta de determinación para apoyar esta política. Evidencia de esto último a nivel provincial es el muy bajo número de hospitales públicos que hacen uso del circuito de recobro ante la SSS: el 80 por ciento del total de la facturación aprobada corresponde a 73 hospitales de tan sólo 261 que usan el sistema, entre casi 1,300 entidades inscritas en el registro nacional de hospitales públicos de gestión descentralizada del MSN y autorizadas para utilizar dicho mecanismo.

### *Ineficiencia*

47. La inadecuada asignación de recursos a lo largo de la red pública de prestadores sugiere problemas de eficiencia en el sector. El gasto de la red pública se encuentra concentrado en instituciones de alta complejidad. No más del 10 por ciento del gasto público total en salud se asigna al primer nivel de atención, de nuevo con importantes variaciones entre provincias. El porcentaje de gasto en personal suele ser alto e inflexible; generalmente, explica más del 60 por ciento del presupuesto en salud de la provincia y cerca del 80 por ciento del presupuesto de los hospitales. A pesar de su magnitud, el financiamiento de los recursos humanos no está atado al desempeño y carece de incentivos para reconocerlo. En la mayor parte del país, todavía se asignan presupuestos globales históricos, independientes de la producción y de la calidad de los servicios.

48. En segundo lugar, los modelos de gestión y atención de la red pública presentan importantes debilidades que perjudican su eficiencia. Estas incluyen: (i) debilidad en las herramientas de gestión administrativa, incluyendo un desconocimiento de los costos de producción; (ii) bajos niveles de autonomía, gobernabilidad y rendición de cuentas<sup>22</sup>; (iii) la existencia de un marco

---

<sup>21</sup> Este cálculo se basa en datos de la Encuesta de Desarrollo Social de 1997 (Siempre 2001) que indica que aproximadamente el 20 por ciento de los afiliados a obras sociales (incluyendo el PAMI) se hicieron atender en hospitales públicos (23 por ciento para internaciones y 18 por ciento para servicios ambulatorios). Aplicando la cápita estimada del PMO de \$30.8 / mes al 20 por ciento de los afiliados del PAMI y OSN (se excluyen las OSP por su uso de la red pública de servicios) se llega a la cifra de \$84.5 millones mensuales. Esta se compara con los ingresos del SNSS en el primer semestre del 2002.

<sup>22</sup> Un estudio en curso apoyado por el Banco Mundial encuentra que el desarrollo en términos de descentralización, gobernabilidad y rendición de cuentas en una muestra selecta de hospitales públicos de alta complejidad en tres provincias del país es muy pobre y desigual.

laboral rígido y poco flexible, con una oferta de servicios de escasa amplitud horaria y restringida capacidad de adaptación frente a demandas variables de la población; y (iv) un modelo de prestación de servicios basado en la atención de la demanda espontánea, con poca proactividad sobre la comunidad. Reformas previas de incompleta implementación e impacto limitado (en especial, aquella relacionada con los hospitales públicos de autogestión o de gestión descentralizada – ver Recuadro 3) no han logrado modificar la gestión del hospital público.

49. En los subsistemas de seguros de salud, la eficiencia se ve afectada por la alta fragmentación. Existe un amplio grupo de aseguradores con muy bajos números de beneficiarios que no permiten garantizar un efectivo “pool de riesgos”. De las 268 OSN inscritas en el registro nacional de la SSS, las 10 mayores agrupan al 55 por ciento de los asegurados; entre tanto, 134 obras cuentan con menos de 10,000 beneficiarios cada una y 44 de éstas con menos de 1,000 beneficiarios (ver Gráficos 7 y 8). Estos números se han mantenido bastante constantes durante la última década, no obstante las reiteradas o permanentes crisis de muchas de ellas y las manifiestas intenciones del gobierno nacional de reestructurarlas o favorecer su cierre o fusión. Por su parte, las OSP presentan un panorama sumamente heterogéneo en cuanto a tamaño, estado económico y financiero, servicios prestados y marco jurídico. Su importancia relativa es mayor en aquellas provincias más pobres. El PAMI –a pesar de ser la institución de aseguramiento más importante del país– es un actor regional de menor importancia que la OSP respectiva a nivel provincial, salvo en la provincia y ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 7.

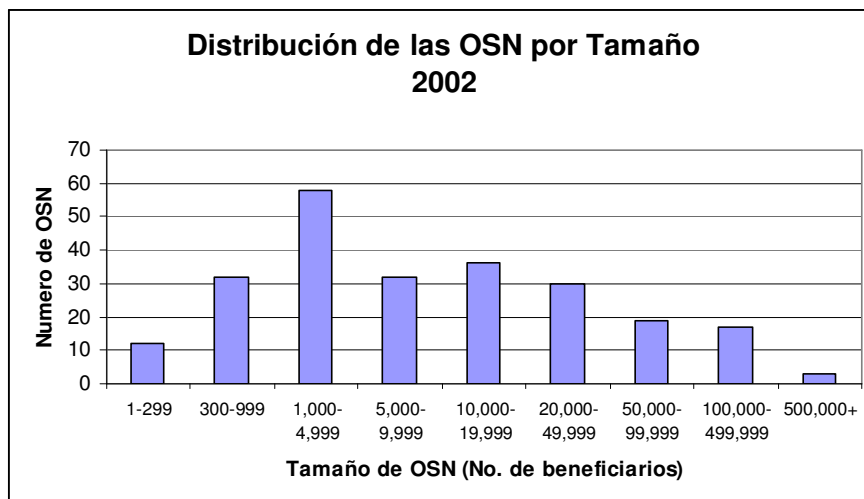
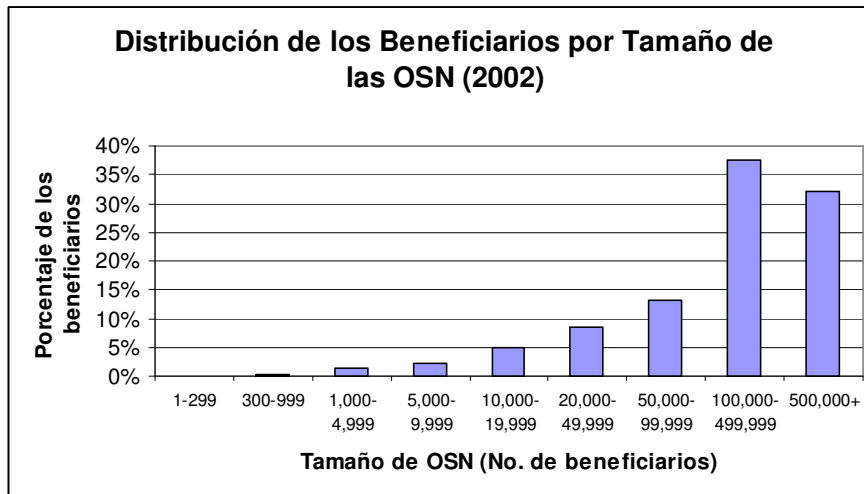


Gráfico 8.



Fuente: Superintendencia de Seguros de Salud 2002

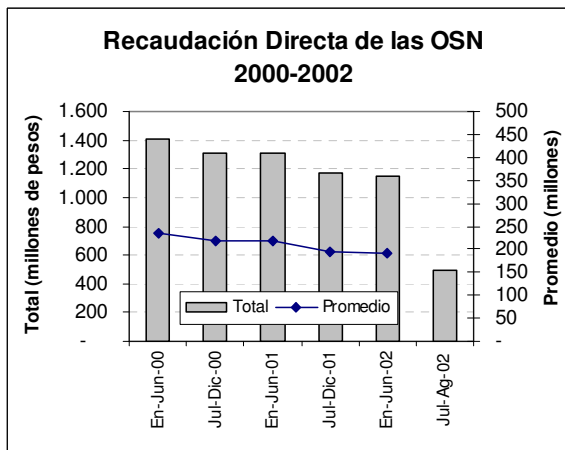
50. Un alto grado de intermediación se suma a la fragmentación en la seguridad social en salud. En ausencia de integración vertical, los principales agentes de seguros de salud prestan la mayor parte de sus servicios a través de terceros, principalmente procedentes del sector privado, a quienes procuran transferir el riesgo. Para hacerlo, recurren con frecuencia a la subcontratación vía contratos capitados con niveles intermedios previo el prestador final. Estos niveles intermedios toman la forma de empresas “gerenciadoras” o de “redes de servicios” (muchas de éstas uniones temporales que buscan obtener los contratos capitados). Esta práctica de intermediación se da en un contexto de débil control de servicios, pobres sistemas de información y escasa rendición de cuentas. Como consecuencia de ello, suben los excedentes de intermediación, crece el costo medio de administración del sector, se afecta la calidad y oportunidad de los servicios y surgen problemas de transparencia.

51. Resultado de problemas estructurales y de la ineficiencia en el gasto, los tres subsistemas de la seguridad social padecen problemas financieros crónicos. El PAMI ha requerido entre 1995 y el 2001 aportes “extraordinarios” por parte del tesoro nacional por cerca de US \$1,700 millones, sin lograr con ello alcanzar un equilibrio financiero estable (ver Gráfico 10). De hecho, su deuda acumulada hoy está cercana a los 2 billones de pesos y explica los reiterados cortes a sus servicios. Las OSN han acumulado una deuda total en la prestación de servicios cercana al billón de pesos, a pesar de recientes programas de reestructuración. En la actualidad, 52 obras sociales se encuentran sometidas a procedimientos de crisis por graves incumplimientos en aspectos financieros, jurídicos y/o de prestación de servicios; 38 de ellas (que abarcan a más de un millón de beneficiarios, es decir 10 por ciento de la población del SNSS) se han sometido a “*procesos de convocatoria de acreedores*” ante la justicia, alegando la imposibilidad de pagar sus deudas. La situación de varias OSP no difiere mucho de lo anterior. Esta situación ha tenido un serio impacto sobre el nivel de endeudamiento del sector prestador privado y, seguramente, ha afectado la calidad de los servicios prestados.

52. Los crecientes niveles de desempleo asociados con la actual crisis económica agravan esta situación de desequilibrio financiero crónico al provocar una disminución en los ingresos de los aseguradores, en su mayor parte provenientes de las contribuciones obrero-patronales. En los últimos dos años, la recaudación directa de las OSN (sin contar el ingreso a través del FSR) ha caído en casi un 20 por ciento, pasando de un promedio de \$235 millones

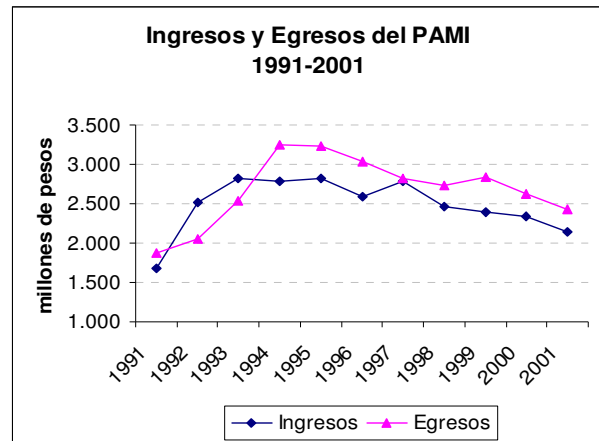
mensuales en el primer semestre del 2000 a \$190 millones mensuales en el primer semestre del 2002 (ver Gráfico 9). Para el PAMI, la reducción de ingresos ha sido especialmente grave, con una caída en la recaudación cercana al 40 por ciento durante los últimos meses del 2001 y principios de 2002 y llegando a niveles de \$170 millones de pesos mensuales en el primer semestre de 2002 (ver Gráfico 10). En ambos casos, la caída en el financiamiento se debe a la disminución de la actividad laboral privada. En el caso de las OSN, se esperaría una caída paralela en el número de beneficiarios; esto no sería el caso del PAMI. La situación financiera en los aseguradores provinciales también es mala, con contadas excepciones. Los flujos de ingresos de las OSP están sujetos a los desequilibrios y disponibilidades financieras de cada gobierno (que enfrenta, a través de su Ministerio de Hacienda, el doble rol de aportante y recolector de los recursos para las obras). Varias de las OSP han visto sus ingresos disminuir por recortes salariales a los empleados estatales provinciales, sin que se den al mismo tiempo reducciones en el número de beneficiarios.

Gráfico 9.



Fuente: BM en base a información de la SSS.

Gráfico 10.



Fuente: Banco Mundial 2002.

53. Los problemas de la Administración de Programas Especiales (APE) se suman al anterior panorama del SNSS. Hasta el año 2001, la APE destinaba más del 50 por ciento de sus recursos (entre \$35 y \$88 millones de pesos por año) a subsidios institucionales discrecionales. Estos tomaban la forma de apoyos a las obras sociales para subsanar desequilibrios en el flujo de fondos, financiar planes de fortalecimiento institucional o adelantar proyectos de inversión en activos fijos. La eliminación reciente de estas opciones de financiamiento<sup>23</sup> representa un avance importante. Sin embargo, persisten problemas estructurales en la definición del menú de intervenciones a financiar vía APE y en los mecanismos para hacerlo. La mayor parte del gasto de APE se va en intervenciones que no son de alta complejidad y baja prevalencia. Además, el mecanismo actual de reembolso de las patologías de alto costo no implica transferencia alguna de riesgo hacia los aseguradores o sus proveedores, lo cual explica la presión creciente de gasto sobre la APE y su incapacidad para controlar los costos. A la fecha, APE enfrenta una deuda acumulada superior a los \$200 millones de pesos.

54. En las actuales circunstancias, se ha reconocido que los agentes de la seguridad social en salud no garantizan efectivamente un plan básico de beneficios para sus afiliados. La SSS ha

<sup>23</sup> Mediante la Resolución APE 077/02 del 22 de Marzo del 2002.

estimado que el costo de brindar el Plan Médico Obligatorio (PMO) dictaminado por el gobierno nacional (y de cumplimiento obligatorio para las OSN y los seguros prepagos privados) es cercano a los \$30.8 pesos mensuales por beneficiario<sup>24</sup>. En promedio, el gasto de los tres subsistemas de seguridad social en salud es mayor a este costo y equivale a \$36 pesos mensuales por beneficiario: \$30 en las OSN, \$35 en las OSP y \$59 en el PAMI<sup>25</sup>. Sin embargo, la propia SSS encontró en enero de 2002 que el 62 por ciento de las OSN habilitadas por ley en el área metropolitana de Buenos Aires incumplían el PMO (actualmente, el porcentaje ha bajado a 12 por ciento); en otras regiones del país, el grado de incumplimiento sería superior al 80 por ciento. Estos resultados se corroboran con encuestas recientes que encuentran que, ante una necesidad sentida, el 26 por ciento de los afiliados a la seguridad social en salud reportó no haber podido acceder a medicamentos, consulta médica o estudios complementarios. Así mismo, explica porqué (en 1999) el 10 por ciento de los afiliados a las obras sociales y el 18 por ciento de los asegurados del PAMI tenían cobertura adicional de seguros de salud.

55. En los últimos años, se ha intentado mejorar el desempeño y estimular la competencia en el SNSS a través de la introducción del derecho de los usuarios a elegir su obra de afiliación y la reestructuración de las obras sociales. La libertad de elección de asegurador por parte del empleado es ya posible, aunque sólo entre entidades del SNSS y con restricciones según la naturaleza de la OSN. Aún no se permite en el sistema el traslado hacia aseguradores del sector privado o del nivel provincial<sup>26</sup>. Según cifras de la SSS, hasta principios del 2003, entre 10 y 12 por ciento de los afiliados titulares se habían movido dentro del SNSS desde que existe esta opción (1997). Este tema amerita mayor análisis, especialmente dada la muy baja cifra de traslados (menos del 3 por ciento anual) y los aparentes procesos de selección de riesgo (o descreme). Ambas preocupaciones son bastante probables, habida cuenta de la poca información a usuarios y de la ausencia de una prima de seguro ajustada por riesgo.

56. En los últimos dos años, el gobierno nacional ha tomado medidas tendientes a aliviar la situación financiera del SNSS y el PAMI. Sin embargo, estas medidas en sí mismas no garantizan la eliminación sostenida de los déficit recurrentes al estar sólo dirigidas a mejorar los ingresos sin solucionar los problemas estructurales de gestión, gasto y, más importante, servicios. El incremento del 5 al 6 por ciento en los aportes patronales obligatorios a las OSN en marzo de 2002<sup>27</sup> frenó la caída en los ingresos pero no fue suficiente para que el SNSS regresara a sus niveles de ingresos del año 2000. El impacto de esta medida en términos de ingreso por afiliado merece mayor estudio. Respecto al PAMI, una nueva ley aprobada por el Congreso Nacional en la segunda mitad del 2002<sup>28</sup> aumentó la contribución de los empleadores del 1.5 al 2 por ciento y estableció que la deuda acumulada al 30 de junio de 2002, por aproximadamente \$1,550 millones de pesos, sea cancelada con aportes del Tesoro Nacional y con los esperados superávit futuros del organismo<sup>29</sup>. Esto último es altamente improbable en ausencia de reformas estructurales en el

---

<sup>24</sup> Estimación hecha en estudio OPS/SSS 2002.

<sup>25</sup> No obstante, un análisis del gasto desagregado muestra que para casi la mitad de las provincias, el gasto por beneficiario de las OSN y las OSP no alcanza a cubrir el costo estimado del PMO. Esto se debe a las disparidades en el gasto por beneficiario entre provincias (ver Anexo III) que están vinculadas a su grado de desarrollo pero no a sus necesidades en salud.

<sup>26</sup> La excepción está dada por la provincia de Salta, a la que se transfirió la atención de jubilados desde el INSSJyP, por la vía de un convenio.

<sup>27</sup> Ley 25,565 de Presupuesto. Año 2002. Los aportes de los trabajadores se mantienen en 3 por ciento.

<sup>28</sup> Ley 25,615 de julio del 2002. Algunos aspectos de la nueva Ley PAMI relacionados con gobernabilidad y posibilidades de introducir modificaciones en su actual arreglo operativo podrían hacer aún más difícil avanzar en una reforma estructural del Instituto.

<sup>29</sup> Se desconoce el impacto laboral de estos incrementos en aportes a las OSN y el PAMI.

Instituto, las que aún no han ocurrido. [Ver el Anexo V para una mayor discusión sobre el PAMI y el impacto de la reciente ley.]

### *Vacíos Regulatorios*

57. Las secciones anteriores han mostrado cómo el actual arreglo sectorial no logra asegurar garantías básicas uniformes en salud para todos los ciudadanos a lo largo de las distintas provincias. La naturaleza federal del país, en ausencia de espacios efectivos de consenso, y la estructura del marco regulatorio son dos factores que contribuyen a este resultado. Esta sección se concentra en describir los desafíos que surgen en materia de regulación, dejando para el Capítulo 2 la discusión sobre el alcance de la estructura federal.

58. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) de la nación es la entidad más desarrollada en el sector en materia de funciones regulatorias. Sin embargo, enfrenta importantes desafíos en materia de competencias y definición de roles. La SSS es hoy día el órgano de supervisión, fiscalización y control de los agentes de seguro del SNSS, con potestad de regulación sobre las OSN y el PAMI. Sin embargo, en la práctica, la SSS ve limitada su capacidad política de incidir sobre el accionar del PAMI, el cual funciona de manera autónoma. Queda entonces la SSS restringida al desafío de vigilar y controlar las cientos de OSN, sus contratos con intermediarios y prestadores, y la participación colateral de los seguros privados. A nivel provincial, la SSS no dispone de autoridad de regulación sobre las OSP y la red de prestadores públicos. Como resultado de esto, en el plano provincial no existe entidad especializada alguna que ejerza funciones de vigilancia y control sobre el aseguramiento y prestación de servicios de salud.

59. La SSS requiere clarificar sus funciones y fortalecer su capacidad para vigilar, controlar y sancionar. La actual SSS conjuga simultáneamente funciones de rectoría y regulación del sector (por ejemplo, al definir los contenidos del PMO), de administración y ejecución de fondos (por ejemplo, a través de APE o el FSR<sup>30</sup>, o de la compra directa de insumos para las OSN), y de vigilancia, control y sanción. Esta superposición de roles puede afectar la efectividad del accionar de la SSS. Entre tanto, y a pesar de un proceso de fortalecimiento técnico en los últimos años, aún enfrenta serias limitaciones que debilitan la efectividad de su intervención. Tal es el caso de la inexistencia (hasta hace unos pocos meses) de una base consolidada de afiliados y beneficiarios, de las limitaciones (principalmente de orden político y jurídico) para imponer sanciones efectivas a los distintos actores, y de la alta inestabilidad en las reglamentaciones que produce. Cabe señalar que a partir del 2002, por primera vez, se aplican multas que fueron efectivamente cobradas a los agentes de seguro que incumplieron con las normas.

60. Más allá del marco de la SSS, existen importantes vacíos en materia de regulación en el sector que deben ser considerados. Uno fundamental tiene que ver con la garantía de calidad en la prestación de los servicios. No existe en la práctica un sistema nacional de garantía de la calidad, a pesar de algunos esfuerzos individuales al interior del MSN. A esto se suman la limitación práctica del accionar de la SSS sobre los prestadores del SNSS (licenciamiento, certificación y acreditación), la autonomía de las OSP y del sector privado de aseguramiento para definir estándares propios para sus prestadores, la falta de mecanismos de pago que reconozcan la calidad y desempeño de los servicios, y la ausencia de información a los usuarios. A nivel subnacional, cada provincia define el marco mínimo que rige a prestadores públicos y privados. Así mismo, hay mínimos controles sobre la importación e instalación de nuevas tecnologías, y sobre la obsolescencia de la capacidad ya instalada (con muy escaso mantenimiento preventivo).

---

<sup>30</sup> Aunque jurídicamente se debe reconocer que APE es un ente autónomo, independiente de la SSS, en la práctica su dirección y gestión cotidiana se confunden para muchos al interior de la propia Superintendencia.

Mientras algunas provincias retienen la competencia del monitoreo de la calidad en su ministerio, otras han delegado de tiempo atrás algunas de esas competencias a colegios médicos profesionales (asociaciones privadas creadas por leyes provinciales); por ejemplo, el control de la matrícula (licencia) y la acreditación profesional. Estos colegios, a su vez, no son controlados por ningún órgano estatal, a pesar de tener atribuciones en el ámbito de lo público.

61. A los anteriores vacíos se suman superposiciones importantes en materia de regulación, vigilancia y control. Por ejemplo, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) es el órgano de control y certificación de insumos médicos a nivel nacional. Pero, para la habilitación, comercialización y consumo de productos medicinales que no crucen fronteras provinciales, son las autoridades provinciales las responsables normativas. De hecho, existen hoy día en Argentina cerca de 16 laboratorios provinciales, 21 municipales y otros más a nivel de hospitales, universidades públicas y regímenes especiales (por ejemplo, en las fuerzas armadas) que en su gran mayoría no responden a las normas del ANMAT. El Cuadro 8 resume las instancias de regulación del sector salud Argentino.

**Cuadro 8.**  
**Argentina, Regulación del Sector Salud por Dimensión y Subsector**

Dimensión	Subsectores / Agente Regulador					
	OSN	PAMI	OSP	Privado	Provisión pública	Provisión privada
Financiamiento	SSS	Gobierno nacional	Cada provincia	SSS/ Ministerio Economía de la Nación (MEN)	Cada provincia	OSN/ PAMI/ OSP/ Privado/ Ministerio de Salud Provincial (MSP)
Aseguramiento (cobertura de beneficios)	SSS	SSS define mínimo; PAMI lo modifica	Cada provincia	SSS/ MEN	Cada provincia	Ministerio Economía provincial-Defensa del consumidor
Prestación de servicios	SSS	Propio PAMI	Cada provincia	MEN-Defensa del consumidor	Cada provincia	Ministerio de Economía provincial-Defensa del consumidor
(i) Calidad de Insumos	ANMAT	ANMAT	Insumos entre provincias: ANMAT	ANMAT	ANMAT Insumos propios: cada provincia	ANMAT
(ii) Prestadores	SSS	Propio PAMI	Distintos arreglos en cada provincia	Municipios y provincias	Cada provincia	SSS/ PAMI/ OSP/ Privado/ Cada provincia
(iii) Recursos Humanos	SSS	Propio PAMI	Distintos arreglos en cada provincia	Autoridad provincial	Cada provincia	SSS/ PAMI/ OSP/ Privado/ Cada provincia

#### 1.4. Salud Pública y Programas Nacionales

62. Durante la década de los noventa, ha habido una mejora continua en los principales indicadores del estado de salud de la población Argentina. Sin embargo, la actual crisis social y la persistencia de marcadas inequidades interprovinciales y regionales son un llamado para priorizar la salud pública dentro de la agenda de desarrollo del sector. En especial, para fortalecer sus programas prioritarios y para desarrollar y focalizar nuevas intervenciones, por ejemplo en el área del tabaco y accidentes.

63. La estructura federal y la inercia en la asignación de recursos son dos desafíos a superar en la formulación e implementación de intervenciones de salud pública. Argentina, como la mayor parte de los países de la región, ha concentrado la mayor parte de los recursos del sector en la atención individual, especialmente de alta complejidad tecnológica en centros hospitalarios, en detrimento de la atención primaria en salud y de los esfuerzos en salud pública. Aunque la cifra varía de una provincia a otra, en general no más del 10 por ciento del gasto público en salud se dedica al primer nivel de atención, donde tan sólo una parte de las acciones corresponden a promoción y prevención. El gasto final en salud pública termina luego comportándose como “atado” a determinados programas históricos, con relativa baja innovación en su gestión interna o en su distribución. Esta situación se ve agravada por la dificultad inherente a la coordinación de

programas nacionales de salud pública en medio de la estructura federal del sector y de su fragmentación.

64. En respuesta a la crisis, durante los últimos dos años (2002-2003), el gobierno nacional ha buscado reforzar ciertos programas prioritarios de salud pública. Para ello, ha declarado un estado de emergencia sanitaria en el cual destaca la protección financiera de intervenciones de salud materno infantil (incluyendo suplemento nutricional), inmunizaciones, control de enfermedades transmisibles (tuberculosis, chagas y dengue), VIH-SIDA, acceso a medicamentos esenciales y, más recientemente, salud sexual y reproductiva. Esto ha llevado a un incremento en los presupuestos disponibles para estos programas. [El Anexo I presenta el gasto total en estos programas para el periodo 2002 – 2003 (proyectado) ]. El Cuadro 9 describe brevemente el estado actual de cada uno de estos programas nacionales de salud pública y presenta recomendaciones puntuales para su mejoramiento. En el Capítulo 3 se expanden estas recomendaciones, en especial en lo referente al tema de salud sexual y reproductiva.

**Cuadro 9.  
Argentina, Programas Nacionales en la Emergencia Sanitaria**

Estado Actual	Recomendaciones
<b>Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)</b>	
<p>No se reportan casos de polio desde 1984, difteria desde 1998, tétanos neonatal desde 1999 y sarampión desde el 2000.</p> <p>No obstante, con la excepción de BCG, las coberturas de vacunación son muy bajas (en el 2000, en base a un estudio de la OPS, 85 por ciento para polio, 91 por ciento para sarampión y 80 por ciento para DPT), persisten marcadas inequidades regionales y existen dudas sobre el sistema de reporte.</p> <p>La gestión del PAI se ha visto afectada por la crisis, sufriendo por demoras en la compra de biológicos, irregularidad en su distribución a las provincias y dificultades en la consolidación de información.</p>	<p>Se debe fortalecer el PAI. Las recomendaciones de la última evaluación hecha por la OPS (2000) siguen vigentes, incluyendo: (a) mejorar los sistemas de vigilancia, monitoreo y reporte; (b) clarificar los roles nacional y provincial; (c) definir con claridad las metas propuestas; (d) fortalecer la administración del Programa (incluyendo los sistemas de monitoreo, reportes y evaluación), y (e) ampliar las acciones de comunicación y participación social.</p>
<b>Tuberculosis (TB)</b>	
<p>La incidencia de TB en Argentina (55/100,000) supera de manera significativa las tasas observadas en Chile y Costa Rica (26 y 17, respectivamente).</p> <p>La tasa de tratamientos completos es de tan sólo 75 por ciento, frente a una meta de al menos el 90 por ciento.</p> <p>La provisión de medicamentos ha sido irregular en medio de la crisis e, incluso, antes de ella.</p>	<p>Se requiere fortalecer el programa garantizando roles claros entre los niveles nacional y provinciales que permitan incrementar la tasa de tratamientos completos y la cobertura de los mismos, de manera sostenida en el tiempo.</p>
<b>VIH-SIDA</b>	
<p>La prevalencia de VIH-SIDA en Argentina se estima en niveles similares a la de Brasil (0.7 por ciento para individuos entre 15 y 49 años de edad).</p> <p>Las intervenciones de prevención y detección son escasas; entre tanto, se da prioridad a los tratamientos farmacéuticos.</p> <p>No hay claridad en la articulación de responsabilidades a lo largo del sector.</p>	<p>Fortalecer las acciones de prevención de la enfermedad. Clarificar los roles de los niveles nacional y provincial, así como la articulación con los subsistemas de aseguramiento para evitar duplicidades, subsidios cruzados y focos de desprotección.</p>

**Cuadro 9. (cont.)**  
**Argentina, Programas Nacionales en la Emergencia Sanitaria**

<b>Enfermedades Transmitidas por Vectores (dengue, malaria, fiebre amarilla y chagas)</b>	
<p>Las regiones del noreste y noroeste están expuestas a un alto riesgo de introducción de fiebre amarilla y dengue hemorrágico, aun no presentes gracias a la existencia de programas efectivos de prevención. Los casos de malaria son escasos.</p> <p>El programa de lucha contra el chagas ha logrado interrumpir exitosamente la transmisión de la enfermedad en 4 provincias donde es endémico; en otras 4, se está cerca de lograr esta interrupción.</p>	<p>Se deben mantener los esfuerzos efectivos de prevención de las enfermedades transmitidas por vectores, manteniendo los logros y evitando retrocesos.</p>
<b>Programa Materno-Infantil</b>	
<p>El estado de salud de la población materno-infantil es una de las principales preocupaciones en el país, dadas sus altas tasas relativas de morbi-mortalidad. [ Mayor desarrollo en otras secciones del documento.]</p>	<p>Se requiere desarrollar una estrategia integral y sostenible de salud materno-infantil, articulada en el contexto federal del sector. [ Mayor desarrollo en otras secciones del documento.]</p>
<b>Acceso a Medicamentos</b>	
<p>Las barreras de acceso a medicamentos en el país son significativas y se explican, en su mayor parte, por la imposibilidad de pagar los mismos. En respuesta a esta situación el gobierno nacional ha impulsado una decidida política nacional de medicamentos que incluye: (i) el desarrollo del Programa REMEDIAR, encaminado a garantizar desde la nación el suministro gratuito de medicamentos esenciales en la red pública de atención primaria en salud, y (ii) la sanción de una ley de prescripción por nombre genérico, para incidir sobre los precios de los medicamentos y mejorar el acceso a los mismos.</p>	<p>Se debe discutir y definir la sostenibilidad de la iniciativa de provisión directa de medicamentos desde el nivel nacional (Programa REMEDIAR), considerando la naturaleza federal del sector y la articulación necesaria con los sistemas de aseguramiento. Se deben explorar otras alternativas complementarias a la ley de prescripción por nombre genérico.</p>
<b>Salud Sexual y Reproductiva</b>	
<p>A pesar de las muy altas tasas de mortalidad materna e infantil, en especial en las regiones norte del país, el acceso a métodos modernos de anticoncepción es inequitativo, en desmedro de los derechos de las personas de menores niveles de ingreso. La disponibilidad y entrega de insumos y servicios de salud sexual y reproductiva no está garantizada incluso en aquellas provincias que cuentan con leyes para ello. La ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, aprobada en el 2do semestre del 2002, crea el programa nacional de salud sexual y reproductiva y puede contribuir a superar esta situación (ver mayor detalle en Recuadro 6).</p>	<p>Se requiere reglamentar la Ley Nacional, desarrollar el programa nacional de salud sexual y reproductiva e implementar sus planes anuales de acción, disponiendo los debidos recursos presupuestarios y realizando un cercano monitoreo y evaluación (ver mayor detalle en Recuadro 6).</p>

## **CAPITULO 2. PASADO Y FUTURO DE REFORMAS EN SALUD EN ARGENTINA**

65. Este capítulo se centra en analizar aquellas variables que determinan en Argentina la posibilidad de avanzar con éxito en mejoras de su sector salud. Para ello, en un primer momento, resume las principales reformas acometidas en los noventa y las principales lecciones aprendidas de su implementación. Luego, presenta en más detalle particularidades del sector salud Argentino asociadas con su posibilidad de transformación, incluyendo su naturaleza federal, su complejidad en términos de economía política y su heterogeneidad. Luego, analiza aspectos relacionados con las funciones esenciales de salud pública, indispensables para lograr avanzar en el mejoramiento del sector. Por último, discute cómo favorecer una negociación federal que permita articular las responsabilidades provinciales bajo una conducción nacional.

### **2.1. Reformas de los Noventas y Lecciones Aprendidas**

66. Los intentos de reforma en salud en los noventa en Argentina cubrieron distintos campos. Entre éstos se destacaron los esfuerzos por mejorar la eficiencia y gestión del hospital público, por modernizar el SNSS y reestructurar sus entidades aseguradoras (las OSN y el PAMI), por fortalecer algunos programas nacionales prioritarios (por ejemplo, el programa de salud materno-infantil, el programa de VIH-SIDA y el sistema nacional de vigilancia epidemiológica) y por avanzar en reformas sectoriales provinciales. También se intentó infructuosamente regular la actividad de los seguros de salud privados y promover la competencia entre éstos y los aseguradores de la seguridad social nacional. No obstante la solidez técnica en los diseños de estas reformas, los resultados obtenidos fueron en su mayor parte parciales y claramente insuficientes para resolver los problemas estructurales del sector y mejorar su desempeño. [Ver Recuadro 1: “Reformas a la Seguridad Social en Salud”, Recuadro 2: “Reformas Sectoriales Provinciales”, y Recuadro 3: “Reformas en los Noventas al Hospital Público”].

67. Cuáles son las principales lecciones aprendidas de estos intentos recientes de reforma? Una primera lección es que, para lograr establecer garantías mínimas de atención en salud para la población pobre y vulnerable, es necesario tener a las provincias (y a la relación nación-provincias) en el centro mismo de las reformas. En los noventas, las principales reformas se enfocaban en una transformación de la seguridad social del orden nacional. Se esperaba que mediante un cambio en el SNSS se podría, indirectamente, incidir sobre los servicios brindados a la población pobre y vulnerable no cubierta (dependiente del nivel provincial). Esta estrategia no funcionó: la transformación del SNSS fue marginal y no logró modificar los incentivos, el acceso y la prestación de servicios para los pobres no asegurados en el nivel provincial.

68. Son las provincias Argentinas quienes atienden a los pobres, más aún en tiempos de crisis, y quienes poseen la oferta pública para hacerlo. La importancia del rol de la provincia se hace aún más evidente al tener presente otras características propias del sector salud Argentino. Estas características, fuertemente relacionadas entre sí, incluyen: (i) su naturaleza federal, (ii) su complejidad en términos de economía política y (iii) su heterogeneidad.

**Recuadro 1**  
**Argentina - Reformas de los Noventa a la Seguridad Social en Salud**

Buena parte de los intentos de reforma a lo largo de la década de los noventa se centraron en el Sistema Nacional de Seguro de Salud (SNSS). Las acciones específicas emprendidas y los avances obtenidos a la fecha se resumen a continuación:

- *Reconversión de las OSN y el PAMI.* Incluía esfuerzos para fortalecer técnica, gerencial y financieramente a los aseguradores en el SNSS. De no darse este fortalecimiento, preveía la fusión o el cierre de entidades, para así lograr un mejor manejo de la desviación del riesgo y mayores economías de escala. Los avances obtenidos fueron apenas parciales: las OSN bajo el programa de reforma no mejoraron de manera significativa su desempeño frente al conjunto de obras sociales y persisten desequilibrios financieros y de servicios; las reformas en el PAMI no progresaron de manera sostenida; y la fusión o cierre de decenas de obras que no cumplen con criterios mínimos de idoneidad sigue pendiente.
- *Cambios en el Fondo Solidario de Redistribución (FSR)* para introducir una compensación automática por titular. Este objetivo se logró, mejorando la transparencia y equidad en la repartición de los recursos del FSR. Posteriormente, en abril de 2003, una nueva reforma introducida por el Gobierno Nacional avanza aún más, al determinar que la compensación automática tendrá que ser no sólo por afiliado titular sino también por beneficiario.
- *Desarrollo de instrumentos y herramientas técnicas* centrales para el SNSS, entre ellas, el costeo del PMO y la consolidación de un padrón de beneficiarios del SNSS. Los logros fueron de nuevo parciales: aunque en 1997 se avanzó de manera significativa en consolidar el padrón de beneficiarios de la seguridad social, su mantenimiento, actualización y utilización pública ha probado ser un reto mayor para el sistema. Sólo hasta comienzos del 2003, la SSS logró consolidar nuevamente este padrón. El reto a futuro continúa siendo su actualización y depuración. Con respecto al PMO, aún no se cuenta con un estudio detallado de sus costos, debatido públicamente. También hace falta desarrollar un sistema de actualizaciones periódicas de los contenidos del paquete en base a criterios de costo-efectividad y del equilibrio financiero del sistema.
- *Introducir mayor libertad de elección por parte de los asegurados*, para permitir incentivos a la calidad y eficiencia. Esto se logró en 1997 (aunque con ciertas restricciones en razón a la naturaleza de las obras sociales) y se ha mantenido hasta la fecha. Existe preocupación sobre posible selección de riesgo y barreras de información.
- *Fortalecimiento de la capacidad de regulación, vigilancia y control de la SSS.* Se lograron avances importantes en su momento en relación con la estructura y capacidad técnica de la SSS. Sin embargo, persiste la necesidad de continuar mejorando su funcionamiento, delimitando mejor sus roles, competencia y gobernabilidad y garantizando que cuente con instrumentos efectivos de monitoreo y control.
- *Regulación del sector asegurador privado.* No se logró avanzar en este campo, aún pendiente en el legislativo.
- *Mayor competencia de aseguradores.* A pesar de la introducción de libertad de elección entre OSN, no se logró abrir la competencia regulada al sector asegurador privado o provincial.

Entre las principales lecciones aprendidas en la implementación de estas reformas están las siguientes:

- (i) Los grupos de interés amenazados por los cambios se opusieron de manera intensa a la introducción de un sistema regulatorio más abierto, unificado, regulado, competitivo y orientado al usuario.
- (ii) La capacidad (o incapacidad) de la autoridad máxima de vigilancia y control (en este caso la SSS) fue determinante del resultado final, en especial en el cumplimiento y aplicación de la nueva normativa. Esta institución fue objeto de intensas presiones políticas por parte de los distintos actores interesados, minando su efectividad.
- (iii) Hubo un muy bajo nivel de información al público sobre el alcance y los objetivos de las reformas. La pasividad en temas como derechos de los usuarios y comunicación social redujo los efectos y sostenibilidad de algunos esfuerzos de transformación.
- (iv) Una percepción frecuente (en medios de opinión y líderes sectoriales) es que el intenso debate entre grupos de interés en el sector se trasladó al interior del gobierno y bloqueó buena parte de las reformas previstas.
- (v) Otras reformas en este campo se beneficiarán si invierten mayor esfuerzo en analizar aspectos relacionados con la prestación misma de los servicios asistenciales, incluyendo: (i) el modelo de contratación de servicios a usar por parte de las obras sociales; (ii) los esquemas de intermediación; (iii) los indicadores de garantía de la calidad y (iv) los sistemas de monitoreo y evaluación de la efectiva prestación de servicios.
- (vi) Persiste la necesidad de transitar hacia el reconocimiento de una prima de seguro ajustada por riesgo, así como de identificar alternativas eficientes y efectivas para el manejo de los eventos de alto costo.

## Recuadro 2

### Argentina - Reformas Sectoriales Provinciales en los Noventa

Además de las reformas a nivel nacional, en la década de los 90, se intentó avanzar en transformaciones sectoriales provinciales, principalmente ligadas a operaciones de préstamos del Banco Mundial (llamados PRL o Créditos de Reforma Provincial). Estas reformas se implementaron en las jurisdicciones de Salta, Tucumán, Río Negro, San Juan, Córdoba, Santa Fe y Catamarca (los últimos tres aún están en ejecución). La mayor parte de estos programas de reformas provinciales giraron en torno a cinco objetivos principales: (i) el desarrollo de esquemas de atención (en algunos casos llamados "seguros públicos") que garanticen y mejoren los servicios de salud para la población pobre no asegurada; (ii) la autonomía hospitalaria y el mejoramiento del desempeño del hospital público; (iii) el equilibrio financiero de la correspondiente OSP; (iv) el fortalecimiento de las capacidades legales y operativas de los Ministerios de Salud Provinciales (MSP); y (v) el fortalecimiento de la atención primaria en salud.

Estas reformas han tenido resultados variables en medio de acentos diferentes puestos por cada provincia. En general, la fuerte presión del ministerio de economía o del poder ejecutivo para alcanzar los objetivos de reforma sectorial planteados impulsó las reformas. Por otro lado, la alta inestabilidad del marco institucional y de las autoridades sanitarias de las provincias dificultaron tanto el desenvolvimiento de los programas de reformas como la sostenibilidad de los mismos luego del final de la operación de préstamo (tal es el caso de Tucumán, San Juan, Río Negro). En algunos casos (Río Negro y San Juan), el programa de reformas quedó inconcluso.

Los mecanismos introducidos en estas reformas provinciales y sus resultados (tanto positivos como negativos) presentan ejemplos de las modalidades de incentivos a utilizar en las relaciones entre actores del sector salud. Respecto a los cinco objetivos planteados, se pueden destacar los avances siguientes:

- (i) En algunas provincias, el desarrollo de los seguros públicos provinciales ha mejorado indicadores de acceso para sectores pobres de la población (ej. Catamarca y Santa Fe); en cambio, en el caso de Salta, no se alcanzó a desarrollar el esquema de aseguramiento con base en la OSP.
- (ii) En algunas provincias, la introducción de los compromisos de gestión logró mejorar la gestión de los hospitales públicos (Catamarca, Santa Fe y Córdoba), y fortalecer la autonomía de gestión de estos hospitales (Salta).
- (iii) Las reformas han contribuido a mejorar o mantener el equilibrio financiero de las OSP respectivas (en Santa Fe, Córdoba y Catamarca), y a mejorar sus sistemas de información y de compra de servicios (en Córdoba);
- (iv) Los Ministerios de Salud Provinciales mejoraron su marco legal y su trabajo en temas ligados a: (a) su relación con los hospitales en torno a la provisión de servicios para personas sin seguros (Salta, Catamarca, Córdoba y Santa Fe); (b) aseguramiento de la población sin seguros (Salta, Catamarca, Santa Fe y Río Negro), y (c) control de la actuación profesional y del sector proveedor privado (Santa Fe y Córdoba).
- (v) Se ha protegido y mejorado la asignación presupuestaria para la Atención Primaria en Salud y se ha ampliado la población efectivamente protegida por estos programas (en Córdoba, Santa Fe y Catamarca).

### Recuadro 3.

#### Argentina - Reformas en los Noventa en los Hospitales Públicos

A mediados de la década de los noventa, el gobierno nacional impulsó la llamada política de “hospital público de autogestión” (HPA), a través de la cual buscaba mejorar el desempeño de los hospitales públicos Argentinos. Central en esta política estaban los conceptos de mayor autonomía, rendición de cuentas, alineación de incentivos y gestión por resultados en los hospitales públicos. La descentralización del sector, ocurrida años atrás, servía de marco general para avanzar en esta transformación.

Sin embargo, al momento de implementar esta política, un elemento específico concentró todo el interés de los actores: la recuperación de costos por parte de los hospitales públicos frente a la seguridad social nacional. En efecto, a manera de incentivo para las reformas jurídicas, organizacionales y funcionales esperadas en los hospitales públicos provinciales, el gobierno nacional expidió el Decreto PEN 578 (1993) que establecía un mecanismo de cobro automático vía la SSS. Este debía servir de estímulo fuerte ya que, hasta entonces, no existían recursos legales que obligaran a las OSN y el PAMI a rembolsar a los hospitales públicos los servicios prestados a sus beneficiarios.

El MSN sumó otros incentivos para que las provincias se plegaran a esta nueva política hospitalaria. Entre estos se destacó la utilización de recursos con fuente de financiamiento externa (Proyecto PRESSAL, Banco Mundial) para apoyar con inversión y asistencia técnica los esfuerzos provinciales en este campo. Este proyecto concentró sus esfuerzos en infraestructura, equipamiento y asistencia técnica en 15 hospitales de tres provincias.

Luego de más de 7 años de su lanzamiento, el impacto de esta política ha sido mínimo. En sus inicios, la política sólo logró movilizar a las provincias hacia una adhesión formal necesaria para poder usar el mecanismo de recobro; no así para que impulsaran verdaderas transformaciones en la gestión de sus hospitales, frente a lo cual se anticipaba una fuerte resistencia laboral. Luego, no hubo seguimiento por parte del nivel nacional ni provincial a las demás dimensiones de una real transformación en la gestión interna y externa del hospital. Pronto, otros temas sectoriales se tornaron prioritarios y desplazaron todo interés en esta política. Esto incluso limitó el impacto de procesos internos de mejoramiento de la gestión en hospitales bajo el PRESSAL. A la fecha, el nivel de autonomía de los hospitales públicos en el país continúa siendo muy bajo, y continúan presentes serios problemas en su gobernabilidad, rendición de cuentas y desempeño.

Nota: a finales de 1999, los HPA tomaron el nombre de “hospitales públicos de gestión descentralizada”, reflejo de un debate ideológico en el nivel nacional sobre el término “autonomía”.

#### ***Federalismo en Salud***

69. El sector salud Argentino está inmerso en una compleja estructura federal (política, institucional y administrativa) que siempre debe ser tenida en cuenta. Aunque es el nivel nacional el que regula y orienta el sector en general, son los gobiernos provinciales, enmarcados en sus propias constituciones, los responsables de garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos. Por ello, todo intento de reforma comprensiva y sostenible tiene que partir de las propias provincias y ser enmarcada en un espacio efectivo de negociación y conducción federal del sector salud. Es en este espacio donde se deben articular las responsabilidades e iniciativas provinciales con un propósito y sentido nacional. En consecuencia, las posibilidades de éxito de reformas que caigan desde arriba (desde la nación) sin reconocer el rol activo de la provincia serán muy bajas. Lo mismo puede pensarse de proyectos identificados e implementados desde la nación.

70. El papel preponderante de las provincias en salud es innegable. El 25 por ciento del gasto total en salud en Argentina está en manos de los gobiernos provinciales, en sus decisiones como

financiador, asegurador, comprador y prestador de servicios de salud. Las provincias controlan más del 60 por ciento de la red hospitalaria pública (y el 41 por ciento de todas las camas hospitalarias en el país). También controlan directamente sus respectivas OSP, en la mayor parte de los casos el principal asegurador a nivel local. Entre tanto, la administración nacional juega un papel menor en términos de financiamiento, compra y prestación directa de servicios. La nación, a través del MSN, ejecuta tan sólo el 3 por ciento del gasto total y controla directamente menos del 1 por ciento del total de establecimientos (con el 1.5 por ciento del total de camas).

71. No obstante su menor participación en la provisión directa de servicios, las autoridades nacionales retienen importantes facultades de regulación, así como instrumentos efectivos que le permiten incidir sobre el sector y las provincias. El nivel nacional controla la regulación y funcionamiento del SNSS que, con un 25 por ciento del gasto total en salud, cubre a un poco menos de la tercera parte de la población del país. A este nivel, la actuación de la SSS como ente responsable de controlar el funcionamiento de los aseguradores del nivel nacional (OSN y PAMI) y sus proveedores de servicios, no pasa desapercibida para el nivel provincial. Las decisiones de la SSS y el desempeño del SNSS tienen efectos inmediatos sobre el funcionamiento de la red hospitalaria pública provincial, sobre la seguridad social provincial y sobre el sector prestador privado. Un ejemplo concreto se observa en el PAMI. Por ser éste el mayor comprador individual de servicios, modula en gran parte las reglas de juego con los prestadores, especialmente en aquellas provincias donde tiene una mayor presencia de beneficiarios. Allí, sus recurrentes crisis financieras van acompañadas de serios desequilibrios en las redes públicas y fuerte presión política provincial.

72. Otros instrumentos que el gobierno nacional tiene a su disposición son el control sobre los programas nacionales y la cooperación técnica y financiamiento internacionales. El influjo de estos dos instrumentos se explica en gran medida por la marcada inflexibilidad del gasto en salud provincial. En general, todo recurso de co-financiación que llega desde la nación (representado en insumos básicos, en inversiones en infraestructura y equipamiento, en entrenamiento y capacitación, o en asistencia técnica) resulta altamente significativo para las provincias al sumarse al escaso margen de flexibilidad operativa. [Ver Anexo I para un análisis de las transferencias nación - provincia y de la focalización del gasto en programas nacionales.]

73. No obstante la importancia y complejidad de las relaciones nación – provincias en salud, el sector no cuenta con instrumentos o espacios efectivos para su coordinación. A diferencia de otros sectores que cuentan con sus propias leyes marco nacionales (por ejemplo, educación) o de otras actividades productivas que disponen de consejos efectivos para deliberar y definir inversiones y políticas (por ejemplo, en minería o energía eléctrica), Argentina carece en salud de una ley nacional que enmarque las relaciones sectoriales o de un espacio efectivo para articular las jurisdicciones y avanzar en grandes propósitos nacionales. El principal instrumento para corregir este vacío, el Consejo Federal de Salud (COFESA), carece a la fecha de atributos legales y funcionales que le permitan cumplir un rol efectivo. Esto se discute en mayor detalle luego.

### ***Economía política***

74. Una segunda característica del sector salud Argentino es su complejo ordenamiento que impone altos costos de transacción al momento de pretender introducir reformas. [Ver Recuadro 4: “Consideraciones de Economía Política y Sector Salud”]. Para ilustrar esta característica basta tener presente que en Argentina, además de los tradicionales actores del sector salud (personal de salud, hospitales, universidades, etc.), existen cerca de 300 obras sociales nacionales íntimamente ligadas desde su origen con los gremios de producción, sus sindicatos y la actividad política, un instituto nacional para jubilados y pensionados (el PAMI), 24 obras sociales provinciales

(independientes cada una de ellas), 24 estados provinciales cada uno con su propio Ministerio de Salud Provincial, varios regímenes especiales de aseguramiento, múltiples programas especiales y un alto número de aseguradores privados. Este universo asimétrico y complejo de financiadores, aseguradores y compradores tiene una fuerte interrelación con una amplia oferta de prestadores privados y públicos, que dependen en su mayor parte de contratos con la seguridad social; contratos, en muchos casos, hechos por intermedio de redes o ‘gerenciadoras’ de servicios.

**Recuadro 4.**  
**Consideraciones de Economía Política y Sector Salud en Argentina<sup>31</sup>**

Una reforma integral del sector salud Argentino resulta compleja y costosa por los altos costos de transacción que conlleva. La naturaleza federal del sector y su alto grado de fragmentación explican en gran parte estos altos costos. De esta compleja estructura sectorial se desprende un alto número de actores interesados, con posiciones contrapuestas y sobrepuestas, y con quiénes hay que negociar cada intento por introducir transformaciones.

Esta negociación aumenta en complejidad si se reconoce que (i) algunos de los actores más fuertes en el sector salud tienen intereses y nexos con otros sectores de la actividad (política y económica) nacional; (ii) no existe un espacio en el que se puedan encontrar para negociar de manera múltiple – y no bilateral, como se da en el momento; (iii) en ausencia de un marco regulatorio claro y de una efectiva vigilancia y control, se han consolidado prácticas poco transparentes y serios conflictos de interés que se reflejan en reiterativos problemas de corrupción; y (iv) como resultado de todo lo anterior, han surgido fuertes grupos rentistas en el sector, que elevan aún más los costos transaccionales.

Dos ejemplos ilustran la complejidad de las transacciones en el sector:

- Una reforma a la seguridad social en salud implica afectar a los sindicatos nacionales, activos en la administración de las OSN y el PAMI, y a sus fuertes nexos económicos (en su mayor parte informales) con el sector prestador privado, sobre todo en los grandes centros urbanos. Todo intento de reforma aquí tendría derivaciones políticas en otras áreas de la actividad nacional, donde los intereses gremiales también tienen asiento. Así mismo, implicaría afectar al sector asegurador privado hasta ahora no regulado y actuar sobre el monopolio provincial en el aseguramiento de los empleados públicos.
- Intentar incrementar la cobertura de aseguramiento en salud para los más pobres (por ejemplo, a través de subsidios a la demanda) implica modificar o eliminar el financiamiento histórico a la oferta pública hospitalaria. Esto exigiría (a) negociaciones individuales con cada provincia, (b) flexibilización de gran parte de los costos fijos en la oferta (en su mayoría dados por el personal), y (c) garantizar la recuperación de costos por parte de los hospitales ante terceros pagadores, el principal de ellos siendo la seguridad social en salud del nivel nacional.

75. Por lo anterior, resulta bastante difícil y costoso (en términos de economía política) introducir reformas profundas de manera inmediata (tipo “big bang”). Estos costos incluyen la necesidad de alcanzar múltiples arreglos bilaterales con las provincias y avanzar con distintos actores en complejas negociaciones que sobrepasan en muchos casos la órbita misma del sector salud. La resistencia de este complejo arreglo conduce, en muchos casos, a tener que considerar estrategias de transformación y mejora sectorial focalizadas, graduales y sostenidas en el tiempo. Estas implican también que sólo se puede avanzar de manera gradual en el logro de la equidad territorial.

76. La falta de transparencia y, en algunos casos, la presencia de corrupción son rasgos que se desprenden de esta estructura compleja y que afectan seriamente al sector salud en su eficiencia y

<sup>31</sup> Elaborado en base a un estudio de A. Fiszbein y M. Tommasi (2003, de próxima publicación).

efectividad. Además, generan desconfianza entre los distintos actores y dificultan los esfuerzos de reforma<sup>32</sup>. La mezcla de una débil y heterogénea estructura de regulación, vigilancia y control en presencia de fuertes grupos de interés (centrados en el manejo de contribuciones obligatorias y en la contratación y subcontratación de prestaciones) y en ausencia de una cultura de rendición de cuentas parecen explicaciones causales para el halo de desconfianza y poca transparencia que rodea en ocasiones al sector. Con frecuencia, la prensa señala escándalos de mala gestión o posible corrupción que afectan el desempeño del sector. El PAMI y algunos aseguradores del nivel nacional y provincial han servido de ejemplos, desafortunadamente. La utilización de mecanismos contractuales capitados vía intermediarios es otro ejemplo de preocupación. Relacionado con éste, resulta llamativo que el sector prestador privado pueda soportar sucesivas crisis de financiamiento de la seguridad social sin presentar quiebras masivas, lo que induce a pensar que no se brindan en muchos casos las prestaciones debidas a los beneficiarios. Finalmente, también a nivel prestador, son frecuentes los cuestionamientos al manejo de compras centralizadas, a los mecanismos de presión corporativa empleados por algunos colegios profesionales y al incumplimiento de los horarios laborales.

### ***Heterogeneidad***

77. En tercer lugar, el sector salud Argentino es tremendamente heterogéneo y requiere flexibilidad y priorización en el diseño y ejecución de sus políticas. Las distintas regiones y provincias presentan marcadas diferencias en cuanto a estado de salud, perfil epidemiológico, marco regulatorio, capacidad institucional, disposición de oferta asistencial y nivel de gasto per cápita. Para hacer las cosas más difíciles, las diferencias en niveles de gasto y de oferta asistencial no corresponden con las diferencias observadas en necesidades en salud. Por ejemplo, el gasto per cápita en las provincias con mayores ingresos llega a ser cuatro veces mayor al gasto en las más pobres. Sin embargo, estas últimas enfrentan tasas de mortalidad infantil hasta tres veces mayores a las de las provincias de mayores ingresos. En este contexto, pretender impulsar políticas exclusivamente desde el nivel nacional conlleva riesgos altos de inflexibilidad en los diseños, ineficiencia en el gasto, contradicciones en el direccionamiento, duplicidad y/o resistencias en la implementación y débil sostenibilidad futura. Así mismo, pretender impulsar reformas sostenibles y consistentes sin el concurso activo de la nación parece improbable. [El Anexo II presenta en mayor detalle las diferencias entre provincias en términos de gasto, cobertura y resultados de salud.]

## **2.2. Funciones Esenciales de Salud Pública**

78. Los logros y avances en el sector salud, así como sus problemas y vacíos, reflejan en cierto grado la función de conducción por parte del gobierno respectivo (nacional y/o provincial), responsable al final del día de su desempeño. Esta función, desarrollada en mayor detalle bajo el término "*funciones esenciales de salud pública*", es la encargada de articular el sector, guiarlo en su desarrollo y, más importante, garantizar que logre los objetivos de salud esperados por los ciudadanos. Por ello, el grado de desarrollo de estas funciones determina la posibilidad de identificar, diseñar, implementar y sostener transformaciones exitosas en el sector.

---

<sup>32</sup> Un estudio (2001) del Banco Mundial encontró que el 59 por ciento de los funcionarios de ministerios de salud provinciales consideraban que la corrupción era un problema significativo en sus instituciones; sólo 7 por ciento afirmaba entonces que los casos de corrupción eran reportados a las autoridades competentes. Por otro lado, más de la mitad del personal sentía que había una muy alta interferencia política en la contratación y promoción del personal. World Bank. "An Assessment of Institutional Capacity for Social Sector Reform in Argentina" 2001.

79. Los gobiernos nacional y provinciales enfrentan el desafío de fortalecer las funciones esenciales de salud pública. Evaluaciones recientes<sup>33</sup> han determinado el grado de solidez de estas funciones en Argentina. Los resultados muestran importantes fortalezas en las áreas de monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud, control de riesgos y vigilancia epidemiológica, y respuesta a emergencias y desastres. Así mismo, identifican la necesidad de fortalecer, entre otras, las funciones de (i) planeación y desarrollo de políticas sectoriales; (ii) regulación y control; (iii) mejoramiento de la calidad y (iv) participación social<sup>34</sup>.

- **Planeación y desarrollo de políticas sectoriales.** La OMS (2000) enfatiza la importancia de la función de formulación y desarrollo de políticas en salud. Esta parte de contar con una clara visión sectorial que permita dar coherencia y sostenibilidad a las distintas políticas y facilitar la definición de metas intermedias que sirvan para monitorear el avance logrado. Argentina no cuenta aún con una visión sectorial claramente definida, discutida y consensuada. Esta situación de vacío se presenta tanto a nivel nacional como en la mayor parte de las provincias. No existen prioridades bien definidas con las cuales se pueden medir los avances del sector. El grado de debate público y consenso sobre política sectorial ha sido escaso, exceptuando esfuerzos recientes centrados en implementar respuestas inmediatas frente a la crisis. El trabajo reactivo ocupa la mayor parte del tiempo, con poco espacio para la planeación de largo plazo. Por ello, es difícil determinar los hitos de desarrollo sectorial a alcanzar y existe un alto riesgo de cambios bruscos de rumbo e inconsistencias en la toma de decisiones.
- **Regulación y control.** Más que reflejar ausencia de acciones normativas, las preocupaciones en este campo parecieran apuntar hacia la inestabilidad y el bajo nivel de cumplimiento que tiene la normativa vigente. La experiencia sectorial sugiere que la expedición de nuevas normativas no garantiza por sí misma que las transformaciones esperadas se den; menos aún que se alcancen los resultados esperados. De hecho, el sector cuenta con múltiples normas y regulaciones que se cumplen tan sólo parcialmente antes de ser de nuevo modificadas, que se contradicen entre sí (especialmente, entre los niveles nacional y provincial) o, simplemente, que no se cumplen. Esta situación se agrava en el contexto federal del sector, dada la amplia heterogeneidad de marcos de regulación, vigilancia y control.
- **Garantía de la calidad.** De manera creciente a nivel mundial, se reconoce la necesidad de priorizar la garantía de la calidad en los servicios de salud. La falta de un sistema nacional de garantía de la calidad permite la coexistencia de servicios de muy disímil calidad para una misma población beneficiaria. El desafío está en identificar e implementar un conjunto de políticas que den las bases y los incentivos para el mejoramiento de la calidad. Esto incluye, entre otras, intervenciones en la formación y certificación de los recursos humanos, en el licenciamiento y acreditación de entidades prestadoras y aseguradoras, en la generación de incentivos a la calidad, y un monitoreo de desempeño en base a calidad y resultados de salud.

---

<sup>33</sup> OPS 2001. Esta evaluación se basa en entrevistas al interior del MSN que reflejan la auto-percepción sobre el grado y capacidad de cumplimiento de las distintas funciones esenciales. Banco Mundial. "An Assessment of Institutional Capacity for Social Sector Reform in Argentina"; 2001. Esta evaluación se realizó mediante encuestas y grupos focales con funcionarios de los gobiernos provinciales.

<sup>34</sup> La función esencial de desarrollo y entrenamiento del recurso humano en salud también mostró debilidad en la evaluación y merece mayor atención en estudios posteriores.

- **Participación social.** La salud de la población no puede ser garantizada sólo por el gobierno correspondiente. La experiencia internacional muestra que es necesario vincular a la sociedad civil en el esfuerzo por mejorar su propio estado de salud. La participación ciudadana puede contribuir, por ejemplo, a demandar nuevos desarrollos legislativos, a introducir cambios de comportamiento que reduzcan factores de riesgo o a generar una cultura de rendición de cuentas. Aunque la tendencia en el país ha sido la de definir acciones y políticas de manera vertical y con poca participación social, se debe resaltar el esfuerzo reciente por parte del MSN para impulsar un proceso de concertación sectorial que responda a la crisis (la mesa del diálogo y concertación en salud).

### 2.3. Espacios de Articulación Federal en Salud

80. Argentina enfrenta el desafío de disponer de un espacio efectivo para la articulación de las políticas sectoriales. El Consejo Federal de Salud (COFESA), creado en 1981 mediante decreto ley, puede ser el instrumento para responder a este desafío. Sin embargo, en la práctica, el COFESA ha tenido de tiempo atrás escasa incidencia en las decisiones provinciales o nacionales en salud. Aunque algunos críticos del rol del COFESA señalan que esto se debería al pequeño porcentaje del gasto total en salud que maneja directamente el MSN, el limitado alcance de las actuales funciones del Consejo podría ser la principal barrera. Como se aprecia en el Recuadro 5, las funciones actuales son en general vagas, no vinculantes y sin incidencia sobre el gasto y los incentivos sectoriales. El descuido en el funcionamiento mismo del COFESA (falta de regularidad, continuidad temática o elaboración de actas en sus sesiones, por ejemplo) terminó reduciendo aún más su capacidad de contribución al desarrollo del sector.

81. En meses recientes el comportamiento del COFESA ha empezado a cambiar, mostrando resultados importantes. Desde finales del 2002 y comienzos del 2003, el Consejo ha adquirido mayor protagonismo y capacidad de influencia. Las reuniones se han regularizado, incorporando temas de relevancia nacional y se ha dado un mayor seguimiento a sus decisiones. Por ejemplo, el COFESA ha definido los índices que determinan la distribución, según priorización, de programas nacionales importantes incluyendo medicamentos esenciales, leche fortificada y donaciones. Así mismo, el reciente Acuerdo de San Nicolás del COFESA (marzo 2003) ratifica el compromiso de las autoridades del sector por avanzar en una reforma de su marco legal.

<b>Recuadro 5.</b>	
<b>Argentina, Funciones del Consejo Federal de Salud (COFESA)</b>	
De acuerdo con el Decreto Ley 22.373 (1981), las funciones del COFESA son:	
a)	apreciar los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular;
b)	determinar las causas de tales problemas;
c)	analizar las acciones desarrolladas y revisar las concepciones a que respondieran para establecer la conveniencia de ratificarlas o de modificarlas;
d)	especificar postulados básicos, capaces de caracterizar una política estable de alcance nacional y recomendar cursos de acción aconsejables para su instrumentación;
e)	compatibilizar en el ámbito global las tareas inherentes a la diagramación y ejecución de los programas asistidos, conducidos por la autoridad sanitaria nacional y la de cada jurisdicción a fin de lograr coincidencias en los criterios operativos, en la aplicación de los recursos disponibles y en la selección de los métodos de evaluación estimulando la regionalización y/o zonificación de los servicios; y
f)	contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud.

### **CAPITULO 3. OPCIONES PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO DEL SECTOR**

82. El impacto de la crisis socio-económica en salud, sumado a los problemas crónicos sectoriales, reafirman la necesidad de mejorar el desempeño del sector salud Argentino y elevar el estado de salud de la población, en especial de aquellos más pobres y vulnerables. Esto implica desarrollar reformas e instrumentos que contribuyan a reducir, de manera sostenible y eficiente, las inequidades existentes en el acceso a servicios de salud de calidad y en la protección financiera efectiva contra los riesgos de enfermar o morir. Considerando la experiencia de las reformas de los noventa y los esfuerzos recientes liderados por el MSN por impulsar mayor debate sobre opciones de reforma sectorial, se están dando las condiciones oportunas para el desarrollo e introducción de este tipo de iniciativas.

83. Existen distintas opciones para mejorar el desempeño del sector salud Argentino. Esta sección presenta algunas de estas opciones, seleccionadas por su posibilidad de beneficiar a la población más pobre del país y por su mayor viabilidad de implementación. Primero, el capítulo ofrece un breve marco general que explica la coherencia y complementariedad de las transformaciones identificadas. Luego, detalla estas opciones agrupadas en tres categorías: acciones del nivel provincial, acciones del nivel nacional y reformas complementarias en la seguridad social en salud. Finalmente, presenta una serie de modificaciones en el marco regulatorio global que se requieren para avanzar y sostener con éxito un mejoramiento del desempeño del sector.

#### **3.1. Un Marco de Opciones para el Mejoramiento del Sector**

84. El mayor reto del sector salud Argentino está en lograr mejorar el estado de salud de la población, en especial de aquella más pobre y vulnerable, reduciendo así las brechas existentes. Para alcanzar este objetivo, el sector debe introducir modificaciones sostenibles a su actual esquema de funcionamiento. Modificaciones que le permitan garantizar el acceso efectivo a un conjunto de servicios de salud de calidad y protección financiera suficiente para todos los ciudadanos en caso de enfermedad.

85. Las provincias tienen un rol central que desempeñar en todo esfuerzo por mejorar el estado de salud de los más pobres. Como ya se ha señalado, bajo el actual arreglo político e institucional del país, son las provincias las responsables últimas de garantizar servicios de salud adecuados para sus ciudadanos. Pero, cómo hacerlo?

86. Aunque el desafío de las provincias es común (desarrollar esquemas sostenibles que garanticen el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, en especial los más pobres), las opciones de reforma a seguir son múltiples. Dada la heterogeneidad provincial, se puede anticipar (e, incluso, resulta conveniente) que no existirá una alternativa única que pueda ser aplicada uniformemente en todas ellas. Algunas provincias pondrán un mayor acento en el desarrollo de seguros explícitos, públicos o privados. Otras podrán optar por mantener cobertura (hoy implícita) provincial mediante la provisión de servicios en efectores propios, pero introduciendo una clara separación de funciones a su interior y quizás explicitando los derechos cubiertos. Así mismo, en la prestación de servicios, recurrirán a distintas mezclas de participación pública y privada.

87. No obstante estas múltiples opciones, los gobiernos provinciales, con el apoyo del gobierno nacional, pueden favorecer mejoras a través de la pronta implementación de una serie de intervenciones específicas que mejoran la función de compra de servicios e introducen incentivos

al mejor desempeño en los prestadores. Estas acciones, con nexos importantes entre sí, incluyen: (i) desarrollar “seguros públicos provinciales de salud”, que sirvan como instrumentos para mejorar las garantías en salud (en especial para los más pobres), separar las funciones de compra y provisión de servicios, alinear los incentivos de prestadores y aseguradores, y reorientar el gasto público hacia necesidades prioritarias; (ii) mejorar la gestión y el desempeño de los prestadores públicos a través de la utilización de distintas herramientas (por ejemplo, mediante la utilización de compromisos de gestión); y (iii) fortalecer (o proteger) el financiamiento público en salud, evitando la existencia de subsidios cruzados regresivos.

88. El gobierno nacional tiene un rol fundamental que desempeñar para apoyar los esfuerzos provinciales y asegurar mejores resultados sectoriales. Específicamente, puede hacerlo a través de (i) fortalecer la función de rectoría general del sector, incluyendo incentivar a aquellas provincias que avanzan en mejoras del estado de salud de su población; (ii) liderar iniciativas nacionales de aseguramiento que complementen los esfuerzos provinciales (por ejemplo, en el área de riesgos catastróficos); y (iii) garantizar niveles adecuados de programas de salud pública (aquellos con altas externalidades positivas). Su responsabilidad central es corregir inequidades y garantizar una cobertura mínima igual en todas las provincias.

89. La seguridad social en salud (nacional y provincial) debe sumarse a este esfuerzo. En particular, puede contribuir a él mediante (i) una mejor articulación con la red asistencial pública provincial (reducción de subsidios cruzados regresivos) y (ii) la implementación de reformas internas que mejoren el acceso, la eficiencia y calidad, reduciendo así la presión sobre presupuestos públicos provinciales y los requerimientos de costosos y recurrentes rescates financieros por parte del gobierno respectivo.

90. Finalmente, la existencia de un marco regulatorio sólido y transparente, junto con un espacio de debate y consenso sectorial con participación ciudadana, servirán para el desarrollo y sostenimiento de las anteriores iniciativas de mejoramiento del sector. El Cuadro 10 resume las opciones identificadas, discutidas luego en mayor profundidad.

91. Si bien un análisis financiero detallado se hace necesario para cada opción de mejoramiento del sector, se puede esperar un balance positivo o al menos neutro en el impacto financiero neto del conjunto de intervenciones. La mayor eficiencia derivada de las mejoras en la gestión del hospital público, los agentes de la seguridad social y los programas nacionales prioritarios debería llevar a una mayor disponibilidad de recursos. Estos recursos pueden dirigirse a aquellas iniciativas que requerirán de recursos adicionales, como por ejemplo, el desarrollo de seguros provinciales y el fortalecimiento de los programas nacionales prioritarios. De esta manera, el sector puede lograr una mayor focalización de recursos hacia áreas prioritarias y poblaciones vulnerables en medio del actual contexto de limitaciones presupuestarias.

92. Con estas transformaciones, el sector salud Argentino puede asegurar un conjunto de garantías básicas para todos sus ciudadanos. Estas se darían mediante una combinación de seguros provinciales, y aseguradores de la seguridad social y privados, complementados con programas nacionales efectivos de salud pública. Resultado de ello, el sector puede contribuir a disminuir la morbi-mortalidad evitable, mejorar el estado de salud y fortalecer la protección financiera en la población, especialmente la más vulnerable.

**Cuadro 10**

**Argentina - Opciones de Mejoramiento del Sector Salud**

<b>Objetivo</b>	<b>Nivel</b>	<b>Provincial</b>	<b>Nacional</b>	<b>Seguridad Social</b>	<b>Otros</b>
<i>Fortalecer las garantías en salud para los más pobres</i>		Desarrollo de seguros públicos provinciales	Incentivos al desarrollo de seguros provinciales	Aplicación de la normatividad para elevar su eficiencia	<i>Acuerdos nación – provincias en metas saludables.</i>
			Desarrollo de un seguro nacional para eventos de alto costo (catastróficos).	Mejoramiento de la equidad interna (FSR)	<i>Consolidar un marco regulatorio efectivo y transparente.</i>  <i>Constituir un espacio de debate y consenso de políticas en salud y promover la participación ciudadana.</i>
<i>Mejorar la provisión pública de servicios de salud</i>		Mayor utilización de acuerdos de gestión Introducción de cambios en la gestión asistencial	Incentivos al uso de acuerdos de gestión	Pago oportuno de los servicios prestados por los hospitales públicos	
		Eliminación de subsidios cruzados con la seguridad social	Puesta a disposición de la base consolidada de beneficiarios. Simplificación del mecanismo de facturación y recobro.		
<i>Mejorar la salud pública</i>		---	Fortalecimiento de programas nacionales prioritarios	---	
			Desarrollo de nuevos programas (salud sexual y reproductiva)		

**3.2. Opciones a Nivel Provincial**

93. A nivel provincial, se hace necesario iniciar un proceso de fortalecimiento de la función de compra de servicios de las provincias y la introducción de incentivos al mejor desempeño en los prestadores. De esta manera, los gobiernos provinciales podrán asegurar el acceso a un conjunto de beneficios (explícitos o implícitos) a todos sus ciudadanos. El desarrollo de seguros de salud provinciales representa una opción para fortalecer la función de compra de los gobiernos provinciales en este sentido. Otra opción, que puede ser complementaria o alternativa, pasa por el uso de acuerdos de gestión que mejoren la gestión de los hospitales públicos.

94. **Desarrollo de seguros de salud provinciales.** El fortalecimiento de la función de aseguramiento provincial es necesario para garantizar beneficios explícitos para todos los ciudadanos, en especial para aquellos de menores ingresos. Este fortalecimiento implica ampliar y mejorar la administración del riesgo de la población, desarrollar la función de compra de servicios, reorientar el gasto en procura de mayor efectividad y eficiencia, e introducir incentivos al desempeño en los prestadores. Además, requiere de un esfuerzo deliberado por articular de mejor forma los subsistemas de la seguridad social y privado con los esfuerzos de la provincia.

95. Una opción específica para alcanzar esto – la constitución de “seguros públicos provinciales en salud”- ha tomado ya camino y ofrece oportunidades para su rápida implementación<sup>35</sup>. El desarrollo de un seguro público provincial implica cambios importantes en los incentivos y el funcionamiento de la red pública provincial y de los otros dos pilares del sector: la seguridad social y los prestadores privados. Para la seguridad social (nacional y provincial), el seguro implica la aparición de un control explícito desde las jurisdicciones sobre el conjunto de servicios ofrecidos y un cambio en las modalidades de pago en función de resultados esperados. Para la red pública prestadora (hospitalaria y ambulatoria), la existencia de un seguro implica además el concepto de afiliación nominal de la población beneficiaria, cambios en la estructura de costos, presencia de incentivos atados a resultados, participación complementaria de prestadores privados y constitución de un fondo específico de financiamiento. Para los prestadores privados, el seguro constituye una oportunidad de complementar la oferta de servicios y, eventualmente, la posibilidad de competir en base a la calidad y eficiencia de los servicios brindados.

96. En muchas provincias, un seguro provincial de salud puede inicialmente centrarse en un paquete básico para la población materno infantil. Con ello, se da prioridad a resolver un componente relevante de la carga de la enfermedad que presenta tanto un alto impacto regresivo como significativas oportunidades de intervención y mejoría. Luego, los seguros provinciales podrían ir sumando otros beneficios adicionales para otros grupos de la población o problemas objetivo, sirviendo así de punta de lanza para la transformación sectorial. El Anexo IV presenta en mayor detalle los aspectos críticos en el diseño e implementación de un mecanismo de aseguramiento provincial de esta naturaleza (Seguro Materno Infantil).

97. Una ventaja de este mecanismo es que mejora el acceso a medicamentos esenciales para la población en riesgo, tema fundamental en el acceso y gasto en servicios de salud en el país. En este sentido, el desarrollo de seguros provinciales puede apoyarse en los avances impulsados por el gobierno nacional en años recientes en la provisión de medicamentos esenciales (como por ejemplo, el Programa REMEDIAR).

98. El desarrollo de seguros provinciales tiene que resolver varios retos técnicos. Primero, es necesario asegurar el tamaño suficiente de la población asegurada para lograr una efectiva cobertura de riesgo. En algunos casos, esto podrá implicar el tener que agrupar a la población de varias provincias en regiones, para así mejorar su capacidad de aseguramiento. Un segundo reto se refiere a la contribución que la OSP respectiva pueda aportar en la organización y gestión del seguro provincial. En algunos casos, este aporte puede ser considerable y merece analizarse en mayor detalle.

99. Los seguros de salud provinciales representan una oportunidad para fortalecer la función de compra de las provincias y así garantizar una serie de beneficios a todos los ciudadanos, pero también conllevan riesgos importantes. Uno de ellos es que este mecanismo se constituya en un financiamiento adicional sobre la estructura actual del sector, sin cambios de fondo en los incentivos para los prestadores públicos y privados. Existen varias opciones que permitirían evitar esto, incluyendo (i) atar el financiamiento a desempeño / resultados, (ii) ampliar la competencia entre prestadores del sector público y privado, y (iii) modificar gradualmente la estructura de financiamiento para reemplazar los subsidios a la oferta con subsidios a la demanda.

100. Otro riesgo asociado a la implementación de seguros provinciales es que éstos aumenten la fragmentación e ineficiencia sectorial. En este sentido, se hace necesario evitar que los seguros

---

<sup>35</sup> Existen en la actualidad distintas aproximaciones en las provincias al tema de seguros públicos provinciales: tal es el caso de Catamarca y Santa Fe, y, más recientemente, el lanzamiento del Seguro Materno Infantil en Jujuy.

provinciales estén pagando para una persona ya asegurada mediante otro mecanismo. Esto implica realizar permanentes cruces de bases de datos de los diferentes aseguradores, asegurar una articulación de los seguros provinciales con los programas nacionales de salud pública y los insumos que estos programas proveen, y analizar cualquier otra fuente de financiamiento en el sector para evitar duplicidad.

101. El gobierno nacional puede impulsar los esfuerzos provinciales de mejoramiento de las garantías en salud. Por ejemplo, puede otorgar incentivos financieros que apoyen los esfuerzos de aquellas provincias que impulsan, bajo unos criterios básicos, el desarrollo de seguros provinciales. Estos incentivos pueden provenir de recursos financieros disponibles a nivel nacional, de eventual asistencia técnica y financiera vía préstamos internacionales, de una mejor articulación con los programas nacionales y de la regulación de los agentes del SNSS (OSN y PAMI).

102. **Mejoramiento de la gestión de los hospitales públicos.** La implementación de seguros provinciales u otros mecanismos de aseguramiento que separen las funciones de compra y prestación harán más evidente el desafío de fortalecer la capacidad de gestión y mejorar el desempeño de los hospitales públicos provinciales. Para lograrlo, existen diversas opciones, en su mayor parte relacionadas con exponer en mayor o menor grado la gestión del hospital a incentivos atados a su desempeño. La experiencia fallida de reforma de los noventa en el país sugiere que, sin cambios en los incentivos externos, es poco probable avanzar en reformas efectivas y sostenibles en la gestión del hospital público. Esta experiencia también demuestra la renuencia existente a nivel provincial y nacional a transitar hacia hospitales de plena autogestión, que conllevaría una transformación completa de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda.

103. Promover una mayor utilización de acuerdos de gestión (o compromisos de desempeño) que aten el financiamiento provincial con el cumplimiento de metas de la función hospitalaria puede ser una alternativa intermedia a seguir. En varias provincias, la utilización reciente de estos acuerdos ha mostrado resultados iniciales positivos en eficiencia, calidad y capacidad de respuesta a los usuarios<sup>36</sup>. La existencia simultánea de seguros provinciales de salud puede servir de complemento importante al interior del gobierno provincial, al separar las funciones de compra y de prestación de servicios.

104. Paralelo a las señales externas, los hospitales públicos deberán avanzar en mejorar a su interior la gestión asistencial. Esto incluye introducir modelos de organización de la oferta asistencial ya probados exitosos en otros países, como son la internación polivalente y por niveles de cuidados progresivos, el mayor uso de cirugía ambulatoria y servicios de hospital de día, el funcionamiento de clínicas integradas y las extensiones de los horarios de atención en función a las características de la población objetivo. Es difícil imaginar una mejor garantía de las prestaciones asistenciales a la población sin que se de un cambio real en el actual modelo de prestación de servicios. Además, es necesario asegurar que los hospitales públicos tengan un perfil prestacional acorde con las necesidades del sistema, así garantizando redes funcionales de servicios.

105. El MSN puede incentivar a las provincias en su esfuerzo por mejorar el desempeño de la función prestadora. Para hacerlo, puede nuevamente recurrir a recursos que tiene a su disposición, en particular relacionados con la regulación de los aseguradores nacionales. Tal es el caso, por ejemplo, de poner la base consolidada y actualizada de beneficiarios de la seguridad social a

---

<sup>36</sup> Tal es el caso de las provincias de Santa Fe y Catamarca, las cuales han obtenido resultados favorables al utilizar convenios de gestión al interior del correspondiente MSP.

disposición de los hospitales públicos provinciales y facilitar el proceso de recupero de costos. Así mismo, puede liderar el diálogo sobre elementos constitutivos de un sistema de garantía de la calidad (por ejemplo, habilitación, categorización y acreditación de prestadores).

**106. Fortalecimiento del presupuesto de los hospitales públicos.** A corto plazo, los gobiernos provinciales, conjuntamente con el MSN y la SSS, pueden emprender acciones que permitan reducir al máximo los subsidios cruzados hacia los distintos aseguradores del orden nacional y provincial (públicos y privados) y fortalecer así los siempre limitados presupuestos de la red hospitalaria pública. Una iniciativa de esta naturaleza permitirá a los hospitales recuperar recursos útiles para (i) mejorar la provisión de insumos básicos, en especial en el primer nivel de atención; (ii) mejorar el mantenimiento preventivo y reparativo del equipamiento hospitalario, descuidado de tiempo atrás por falta de presupuestos e incentivos; y (iii) incorporar incentivos al desempeño del personal.

107. Una política efectiva de recuperación de costos requiere, además de la decisión política de la autoridad provincial, de un decidido impulso desde el nivel nacional. El apoyo del nivel nacional debe incluir:

- i) poner a disposición de la red hospitalaria pública el padrón consolidado y periódicamente actualizado de los beneficiarios de la seguridad social en salud. Este padrón debe incorporar, como mínimo, todos los beneficiarios de las OSN, el PAMI, las OSP, el PROFE y otros programas específicos de seguros de salud;
- ii) revisar y simplificar los mecanismos de facturación y pago automático a los hospitales, garantizando procesos fluidos, oportunos y confiables (que deben incluir la utilización adecuada de glosas para corregir errores o evitar abusos);
- iii) extender estos mecanismos de recupero de costos a otros aseguradores (por ejemplo, a mutuales y a seguros de accidentes de tránsito y de riesgo profesional);
- iv) revisar y actualizar, de manera periódica y con base en evaluaciones de costos, el manual de tarifas en el ámbito del COFESA, y
- v) monitorear y evaluar periódicamente, también en el ámbito del COFESA, los avances obtenidos en materia de recuperación de costos y tomar las medidas correctivas del caso.

### **3.3. Opciones a Nivel Nacional:**

108. **Rectoría.** La función de rectoría por parte del gobierno nacional, en cabeza del MSN, es crítica para el desarrollo del sector. Esta función requiere la definición de metas de corto y largo plazo que reflejen las prioridades establecidas por consenso con los gobiernos provinciales, la sociedad civil, los profesionales de salud y otros actores involucrados. Esto implica fortalecer las funciones esenciales de salud pública. Un primer paso concreto y efectivo para avanzar en este campo es liderar el desarrollo de una propuesta consensuada de visión sectorial a través de un proceso participativo que involucre a los distintos actores del sector en el marco del COFESA. El desarrollo de esta visión sectorial permitirá avanzar en un segundo desafío: la construcción de consensos sobre las prioridades en salud y el monitoreo y evaluación del progreso en el logro de éstas. Estos consensos, de nuevo liderados por el MSN, pueden dar pie a la generación de acuerdos nación – provincias sobre metas saludables en salud.

109. La generación de acuerdos nación – provincias en torno a metas saludables permitirán (i) reflejar el consenso alcanzado en torno a prioridades nacionales y provinciales en salud; (ii) fijar metas y compromisos públicos específicos a alcanzar en tiempos determinados y en función de los recursos disponibles; (iii) delimitar el marco de responsabilidades y los compromisos de los

distintos actores sectoriales; y (iv) permitir el monitoreo y evaluación del logro de las metas, y la incorporación oportuna de las modificaciones que resulten necesarias. Las Metas de Desarrollo del Milenio, en particular en sus tres metas directamente ligadas con el sector salud, sirven de referencia inicial para este ejercicio en varias provincias. Estas están relacionadas con reducir la mortalidad infantil, mejorar el estado de salud materno y combatir efectivamente el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades infecto-contagiosas.

110. Finalmente, otra forma efectiva de implementar una adecuada función de rectoría es, como ya se señaló, a través de incentivos a los gobiernos provinciales que avancen en reformas efectivas para fortalecer el aseguramiento en salud y la prestación de servicios a los más pobres. Esto genera el desafío de revisar en detenimiento la actual distribución del gasto del nivel nacional en salud, la efectividad de los programas nacionales y su articulación con los distintos subsistemas.

111. **Otras iniciativas de aseguramiento.** El gobierno nacional puede liderar la definición e implementación de un esquema de aseguramiento nacional para riesgos catastróficos en salud. El desarrollo de un seguro nacional para enfermedades catastróficas (o de alto costo y baja incidencia) reducirá los incentivos a la selección de riesgo y fortalecerá la protección financiera de los ciudadanos, en especial de aquellos de menores ingresos. La estructuración de un seguro de esta naturaleza, que podría reemplazar a la APE, exige un detallado trabajo técnico aún pendiente<sup>37</sup>. Sin embargo, se puede anticipar que en su diseño final deberá considerar los siguientes atributos esenciales: (i) administración independiente y especializada (asignada, por ejemplo, mediante un proceso competitivo abierto); (ii) pool de riesgo suficientemente amplio para garantizar su sostenibilidad (por ejemplo, con participación obligatoria de las OSN, OSP, PAMI y otros aseguradores e incorporación gradual de las provincias para la población pobre no asegurada y voluntaria del sector privado); (iii) financiamiento a través de una alícuota sobre todos los fondos aseguradores participantes; y (iv) esquema de riesgo compartido con los agentes aseguradores.

112. **Fortalecimiento de los programas nacionales de salud pública.** Además de apoyar a las provincias en el acceso a servicios individuales, el gobierno nacional tiene la responsabilidad de garantizar la salud pública. Los desafíos acá incluyen: (i) revisar el conjunto de programas nacionales para determinar, en el largo plazo, cuáles deben seguir siéndolo y en qué condiciones; (ii) fortalecer aquellos programas prioritarios; (iii) desarrollar nuevos programas necesarios, y (iv) garantizar un adecuado nivel de financiamiento y gestión para el conjunto de programas.

- i) La actual *composición y funcionamiento* de programas nacionales amerita una revisión a fondo que fortalezca su efectividad, eficiencia y sostenibilidad. No todos los programas nacionales que hoy existen deben necesariamente continuar siendo responsabilidad de las autoridades nacionales. Varios de ellos corresponden a responsabilidades y competencias de los niveles subnacionales y podrían regresar a éstos una vez superada la actual crisis; otros corresponden a responsabilidades de subsectores que ya cuentan con el financiamiento para su provisión (por ejemplo, de aseguradores). Tal es el caso de la adquisición y distribución de medicamentos por el nivel central (independiente de la posibilidad de mantener economías de escala por compras consolidadas entre provincias) o de la provisión de insumos críticos para los bancos de sangre provinciales. Otros programas deben evolucionar en la medida en que se desarrollen nuevos instrumentos de aseguramiento: este es el caso del actual programa materno-infantil ante la eventual creación y desarrollo de seguros provinciales materno-infantiles. En todos los casos, se

---

<sup>37</sup> Está en marcha un estudio técnico que precisará distintas alternativas para el desarrollo de este seguro para riesgos catastróficos.

debe buscar una estrecha coordinación y consenso con las provincias, para lo cual el COFESA resulta fundamental.

- ii) Algunos programas prioritarios ameritan un pronto y decidido fortalecimiento. Este es el caso del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, de reciente lanzamiento luego de la promulgación, en el 2002, de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La implementación efectiva de este programa será decisiva para reducir las altas tasas de mortalidad materna e infantil, en especial en la población más pobre (ver Recuadro 6). Otro programa a fortalecer es el Programa Ampliado de Inmunizaciones, cuyas coberturas y gestión se han visto afectadas por la reciente crisis.

**Recuadro 6.**  
**Salud Sexual y Reproductiva en Argentina**

En Argentina, un tercio del total de las muertes maternas y miles de hospitalizaciones cada año se explican por abortos clandestinos y sus complicaciones. El 17 por ciento de los embarazos corresponden a adolescentes (entre los 10 y los 19 años de edad) y la tasa de prevalencia de VIH-SIDA ya ha alcanzado a la de Brasil (0.7 por ciento entre adultos de 15 a 49 años de edad). No obstante esta situación, la disponibilidad de métodos modernos de anticoncepción en el país se da de manera irregular, generalmente limitada a aquellas personas con capacidad de pago en el subsector privado y excluyendo a las personas de menores ingresos.

Durante la última década, cerca de la mitad de las provincias han pasado leyes de salud sexual que ordenan la prestación de estos servicios en la red asistencial pública. Sin embargo, como lo demuestra un estudio reciente del Banco Mundial (2002)<sup>38</sup>, la existencia de estas leyes no garantiza la disponibilidad de los insumos y servicios requeridos en la red asistencial pública.

La reciente expedición de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) crea por primera vez en el país un Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Los objetivos de este programa son (i) reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil; (ii) prevenir el embarazo no deseado; (iii) promover la salud sexual de los adolescentes; (iv) prevenir las enfermedades de transmisión sexual, y (v) respetar el derecho de las mujeres a decidir sobre su sexualidad. Para alcanzar estos objetivos, el Programa prevé el entrenamiento y acción de agentes comunitarios, el fortalecimiento de los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y la provisión en la red asistencial pública de métodos modernos (reversibles) de anticoncepción. La ley también obliga a garantizar el acceso a estos métodos a través del plan médico obligatorio (PMO) en la seguridad social.

La implementación de esta ley será fundamental para mejorar el estado de salud materno-infantil, en especial en los sectores de menores ingresos. Para ello, es necesario que (i) se reglamente debidamente; (ii) se defina la coordinación interministerial requerida, en particular con el sector educación; (iii) se aprueben y ejecuten a nivel nacional los recursos presupuestarios suficientes que sirvan como incentivo y complemento para los esfuerzos subnacionales; y (iv) se realice un cuidadoso monitoreo y evaluación del programa y de sus planes anuales de implementación, introduciendo oportunamente los ajustes del caso para alcanzar los resultados esperados.

- iii) Es necesario impulsar nuevos programas nacionales que respondan a crecientes retos de salud pública en el país. En especial, existe el desafío de desarrollar programas de promoción y prevención frente a enfermedades crónicas no transmisibles cuya participación en la carga de la enfermedad es cada vez más preponderante. Para hacer esto de manera coordinada e integral, se recomienda reconstituir la Comisión Nacional para la Promoción de la Salud (que fue abandonada durante la crisis) y rescatar el plan nacional de prevención de riesgos y promoción de la salud, definido por consenso con

<sup>38</sup> Cesilini S. y Gherardi N. “Los Límites de la Ley: La Salud Reproductiva en Argentina”; Banco Mundial, 2002.

múltiples sectores en el 2001, pero cuya implementación nunca se dio. Las prioridades inmediatas seguramente incluirán el control del tabaquismo (Argentina tiene la mayor prevalencia en el continente), el mejoramiento de aspectos nutricionales, la prevención de los accidentes de tránsito, y la reducción de riesgos para la hipertensión arterial, la diabetes y las enfermedades cardio-vasculares (como son el sedentarismo, sobrepeso y dietas altas en colesterol).

- iv) Por último, está el desafío de garantizar la protección financiera de los programas prioritarios, evitando su interrupción o ejecución sub-óptima que acarrea costosos retrocesos y serios efectos adversos. Para lograr esto, no será suficiente realizar ejercicios presupuestarios a nivel nacional. También será necesario incluir una revisión detallada de la forma en que confluye el financiamiento provincial en cada uno de estos programas y la manera en que se articulan éstos con otros subsectores, en especial el de la seguridad social. Esta tarea, que puede liderar el MSN con apoyo del COFESA, es necesaria para evitar duplicidades, ineficiencia y subsidios cruzados.

### **3.4. Reformas complementarias en la Seguridad Social**

113. Aunque estas recomendaciones están enfocadas hacia la población más pobre del país, no pueden pasar por alto el funcionamiento del subsector de la seguridad social (en general volcado hacia sectores de la población de mayores ingresos relativos). El desempeño de la seguridad social en salud incide de manera significativa sobre el conjunto del sector en términos de financiamiento e incentivos, desplaza demanda y puede generar serios costos de oportunidad para el país (por ejemplo, mediante frecuentes programas de rescate financiero)<sup>39</sup>. Por ello, es necesario simultáneamente avanzar en el mejoramiento de la seguridad social en salud. Esto implica: (i) cumplir con el marco legal vigente (por ejemplo, aplicando la normatividad en materia de cumplimiento de márgenes de solvencia, prestación de servicios y libertad de elección); (ii) mejorar la eficiencia y equidad en la estructura de financiamiento de la seguridad social en salud; y (iii) introducir reformas efectivas en el PAMI.

114. El cumplimiento de la normatividad vigente en la seguridad social nacional tendrá importantes efectos sobre la eficiencia y efectividad del sistema. Ella conllevará, por ejemplo, a la fusión o cierre de un número considerable de aseguradores que no han logrado alcanzar criterios mínimos (legales, financieros y de prestación de servicios) que garanticen a la ciudadanía un adecuado aseguramiento en salud. Esto mejorará la calidad y eficiencia del sector, expresados en la reducción en costos administrativos, disminución de desequilibrios financieros (y de los consiguientes esfuerzos de rescate financiero), mejoras en el acceso oportuno al PMO y simplificación de la función de vigilancia y control.

115. La eficiencia y equidad de la estructura de financiamiento del SNSS puede continuar su proceso de mejoramiento a través de una reingeniería del FSR que eleve el porcentaje de las contribuciones que recibe y modifique su mecanismo de compensación. Con ello se beneficiará a los individuos y familias de menores ingresos, evitando la existencia de coberturas de seguro que ex ante se sabe resultan insuficientes y terminan en derivaciones a la red pública o al sector privado. La base de recaudación del Fondo se puede continuar ampliando de manera progresiva, como ya se viene haciendo, mediante la retención de un porcentaje cada vez mayor de los aportes obligatorios al sistema. Luego, la redistribución de estos aportes se deberá dar mediante una fórmula per cápita, con ajuste de riesgo.

---

<sup>39</sup> El desempeño de la seguridad social en salud debe asegurar que las garantías básicas consensuadas en el país sean también efectivas para la población con cobertura de seguros.

116. El desafío pendiente de reforma del PAMI no puede tampoco pasar desapercibido, dado su impacto social y su rol como principal comprador de servicios de salud en el país. Sin embargo, no existe en el momento consenso sobre una propuesta para su reforma. Una alternativa a considerar es la de avanzar en su transformación en un asegurador más entre distintas opciones de aseguramiento que compiten bajo un esquema regulado. Otra es la de transferir sus recursos y afiliados a aquellos gobiernos provinciales que cumplan con un conjunto de criterios de selección (por ejemplo, saneamiento fiscal, generación de información, solvencia técnica, etc.). Esto lograría introducir un mayor control social sobre la gestión y el desempeño del PAMI. Una tercera opción es, bajo las actuales condiciones, generar un proceso de federalización en el control y seguimiento de los contratos de prestación de servicios a sus beneficiarios. A esto podría sumarse la transferencia de aquellos programas de asistencia social (por ejemplo, alimentación) que no son centrales a su objeto, a otras entidades más afines.

### **3.5. Marco Regulatorio y Diálogo Sectorial**

117. **Espacio nacional de diálogo y definición de políticas.** Para asegurar la viabilidad de las reformas propuestas, es crítico consolidar un espacio federal efectivo para la discusión y definición de las principales políticas sectoriales. La oportunidad para constituirlo existe: el MSN puede promover la reforma del actual COFESA de forma tal que éste se constituya efectivamente en un espacio deliberativo y decisorio de política sectorial. Su finalidad sería permitir la discusión, definición, seguimiento y evaluación de políticas sectoriales, mejorar la articulación en el país entre los distintos subsistemas y programas, y asegurar el cumplimiento de objetivos sanitarios prioritarios (reflejados en acuerdos nación – provincias), promoviendo una cultura de evaluación de resultados y rendición de cuentas.

118. Esto exige avanzar en una reforma legal y funcional del COFESA, que lo dote de instrumentos efectivos legales y técnicos. El COFESA reformado deberá poder incidir directa o indirectamente sobre la asignación de recursos y la definición de incentivos. Esto se puede lograr, por ejemplo, incluyéndolo en la definición de los programas nacionales prioritarios o dándole mayor responsabilidad sobre la evaluación y control del funcionamiento de actores claves del sistema (por ejemplo en la seguridad social en salud). Una transformación de esta naturaleza del COFESA exigirá, además de una reforma legal, el fortalecimiento de su capacidad de análisis técnico y la definición de un adecuado reglamento interno de funcionamiento (reuniones con regularidad, con definición previa de agenda y continuidad en el seguimiento, con registro público de sus deliberaciones y decisiones, etc.).

119. También exige un esfuerzo deliberado por ampliar la participación de la sociedad civil en el diálogo sectorial. La validación social de las necesidades priorizadas favorecerá la implementación de los cambios necesarios, siempre expuestos a fuertes resistencias al cambio. Por ello, se debe considerar dar continuidad a los procesos iniciados a lo largo del 2002 en las mesas de diálogo y concertación, asegurando la representatividad de los actores involucrados y el impulso a la generación de organizaciones de usuarios que desarrollen capacidades de control social sobre los actores sectoriales.

120. **Regulación y control.** Un segundo punto crítico para el desarrollo del sector en su conjunto es el fortalecimiento de la regulación y control del sector, asegurando el cumplimiento de las garantías básicas establecidas en la normativa vigente. Para esto, el desafío pendiente incluye transformar la SSS en una entidad con mayor capacidad y efectividad en la vigilancia y control sobre el sector. La SSS podría concentrar sus esfuerzos en hacer cumplir el marco normativo del sector y proteger los derechos de los beneficiarios, inicialmente para la totalidad del SNSS

incluyendo al PAMI y, luego, ampliando su competencia sobre otros actores del sector. Esto conlleva necesariamente introducir cambios en la actual organización y funcionamiento de la SSS, asegurando que ésta sea (i) una instancia válida para todos los actores, independiente del proceso político y del influjo de grupos de interés, (ii) más relacionada con el COFESA y con una mayor participación del mismo sobre su gobernabilidad, (iii) participe en las deliberaciones del marco normativo, pero sin llegar a ser la entidad decisoria del mismo, (iv) ajena a conflictos de interés en sus funciones, y (v) conformada por un cuerpo técnico de altas calificaciones y elegido por concurso público. Las funciones de la SSS se centrarían en primer lugar en defender los derechos de los beneficiarios; para ello vigilaría el cumplimiento de normas relacionadas con la idoneidad y calidad de aseguradores (y, eventualmente, prestadores), recolectaría y manejaría información crítica para el sistema (empezando por el padrón de beneficiarios), supervisaría los mecanismos de financiamiento, y atendería los reclamos específicos de los usuarios de los seguros de salud.

121. El ordenamiento de la multiplicidad de regulaciones en áreas donde existe superposición de acciones, tanto en el sector salud como entre el sector salud y otros, constituye un desafío adicional. Estas áreas incluyen, por ejemplo, las regulaciones sobre alimentos y medicamentos y las áreas de interacción entre el sector salud y los sectores de educación, medio ambiente, trabajo, previsión social y seguros generales. En estos ámbitos, se hace necesario definir más claramente las responsabilidades y competencias de los actores y sectores involucrados.

## CONCLUSIONES

122. La transformación del sector salud argentino es un proceso que implica lograr cambios institucionales y en la estructura de incentivos. Por lo tanto, es un cambio de largo plazo que exigirá continuidad de los esfuerzos y la visión en el tiempo para garantizar la consolidación de los resultados esperados.

123. El sector salud argentino enfrenta el desafío de elevar su desempeño en función de las expectativas y necesidades de la población y de los importantes recursos que de ésta recibe. Para hacerlo, debe encontrar opciones que le permitan resolver las actuales inequidades en cuanto a estado de salud, acceso a servicios y protección financiera. Además, debe superar la ineficiencia derivada de su complejo y desarticulado arreglo institucional. La tarea se hace más imperativa en presencia de los efectos de una crisis económica y social que evidencia viejas debilidades estructurales del sector y trae nuevos retos.

124. El objetivo principal de todo esfuerzo de cambio del sector debe ser contribuir a mejorar el estado de salud de la población, en especial de los más pobres y vulnerables, garantizando para todos el cumplimiento efectivo de derechos básicos en materia de salud. Estos derechos deben interpretarse de manera explícita el consenso de la sociedad y contar con los recursos y arreglos institucionales y administrativos necesarios para su efectivo cumplimiento.

125. La estructura federal de Argentina y su marcada heterogeneidad determinan la existencia de un rol fundamental por parte de las provincias en el desempeño del sector salud. Son estas quienes responden de manera más directa por las necesidades de la población más pobre. Por su parte, corresponde al gobierno nacional el reto de guiar, coordinar e incentivar el desarrollo efectivo del sector. Esto incluye garantizar que otros subsectores - el más importante de ellos, el de la seguridad social en salud – se sumen a los propósitos sectoriales.

126. Existen opciones concretas para mejorar el desempeño del sector salud argentino y, en particular, la respuesta que éste da a las necesidades de los más pobres y vulnerables. Entre estas opciones se destacan:

- fortalecer la función provincial de aseguramiento en salud, implementando instrumentos (por ejemplo, seguros públicos provinciales y/o compromisos de gestión) que permitan separar las funciones de compra y prestación de servicios, focalizar los recursos y responder de mejor forma a las actuales inequidades;
- mejorar la gestión de los prestadores públicos, atando crecientemente su financiamiento a su desempeño y evitando la presencia de subsidios cruzados a favor de terceros pagadores;
- asegurar un adecuado funcionamiento de la seguridad social, aplicando la normatividad vigente y procurando una creciente solidaridad en su financiamiento y una adecuada articulación con los otros subsectores (en particular con los prestadores públicos);
- fortalecer la salud pública, manteniendo niveles adecuados de financiamiento y gestión en los programas nacionales prioritarios y cubriendo áreas críticas hasta ahora desprotegidas (por ejemplo, salud sexual y reproductiva y patologías crónicas); y

127. La existencia de un sólido marco de liderazgo, regulación y diálogo sectorial contribuirá al avance y la sostenibilidad de estas transformaciones. El liderazgo desde la nación y las provincias

debe conducir a la definición de consensos nacionales con amplia participación social y a la firma de acuerdos nación – provincias en torno a metas saludables prioritarias (con su correspondiente monitoreo y evaluación). El establecimiento y cumplimiento de un marco sólido de regulación dará mayor transparencia al sector y generará mayor confianza entre los distintos actores. La existencia de un espacio permanente de diálogo sectorial (por ejemplo, representado por el COFESA reestructurado) reforzará este proceso de mejoramiento.

128. Con estas transformaciones, el sector salud Argentino puede asegurar un conjunto de garantías básicas para todos sus ciudadanos. Estas se darían mediante una combinación de seguros provinciales y aseguradores de la seguridad social y privados, complementados con programas nacionales efectivos de salud pública. Resultado de ello, el sector podrá elevar su contribución a la disminución de la morbi-mortalidad evitable, mejorar el estado de salud y fortalecer la protección financiera de la población, especialmente aquella más vulnerable.

129. El sector salud, como otros de la vida social en Argentina, enfrenta hoy el doble desafío de cambio frente a la transición institucional y la necesidad de dar respuestas a problemas urgentes. Tiene frente a ambos una oportunidad: impulsar transformaciones que mejoren la calidad de vida de millones de personas pobres y sienten las bases para reformas posteriores más profundas en la búsqueda continua de mayor equidad y más calidad en los servicios sanitarios.

## ANEXO I: GASTO PUBLICO EN SALUD

Las provincias ejecutan más de dos tercios del gasto público en salud, usando para ello principalmente recursos de coparticipación federal –a través de la cual se redistribuyen los impuestos recaudados a nivel central– que representan la mayor fuente de sus recursos<sup>40</sup>. Una característica del financiamiento provincial es que la fórmula de reparto de la coparticipación federal no considera variables relacionadas con las necesidades en salud de la población o el desempeño del sector. Otra es que no existe destinación específica (“earmarking”) para los recursos de salud: cada provincia tiene la potestad de definir que porcentaje de su presupuesto (y de los recursos coparticipados) gastará en salud. En consecuencia el gasto provincial en salud varía entre provincias desde menos del 8% hasta 28% del gasto provincial total.

La mayor parte del gasto público en salud se destina a sustentar los hospitales públicos (ver Cuadro A1). En el caso del gasto provincial en salud (equivalente a 3,900 millones de pesos en el 2001), el 88% se destina a la prestación de servicios de salud en la red pública (incluyendo salarios, insumos, infraestructura, equipamiento y mantenimiento), un 9% adicional a acciones de política, coordinación y regulación, y el 2% restante a programas de salud pública. El gobierno nacional, que tiene un gasto total mucho menor (462 millones de pesos en el 2001) concentra también su gasto en salud en la prestación de servicios (en un 66%), pero destina un porcentaje mayor a acciones de política, coordinación y regulación (20%) y a los programas de salud pública (14%).

Respecto a la focalización del gasto público en salud, la variación que se observa en el gasto público provincial en salud no parece relacionarse con las necesidades en salud de la población. La oferta de servicios – más que la demanda de los mismos – parece ser el mayor determinante del gasto público en salud. En efecto, un estudio del gasto provincial en salud<sup>41</sup> muestra que éste no está relacionado con las necesidades en salud de la población provincial respectiva, medidas en términos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), mortalidad infantil y perfil epidemiológico, pero sí tiene relación con la oferta de servicios, medida por el número de establecimientos, camas y médicos.

Por otro lado, el gasto nacional en programas prioritarios que complementa las acciones provinciales, si bien representa un monto menor, está mejor focalizado. En el caso del programa de lucha contra el SIDA y las ETS, la distribución de recursos entre provincias está altamente relacionada con la distribución de muertes por SIDA. Asimismo, el destino de los recursos del programa de atención de la madre y el niño tiene una correlación positiva con indicadores provinciales de mortalidad infantil, desnutrición de niños y proporción de nacimientos<sup>42</sup>.

Además del gasto en programas nacionales, el gobierno nacional realiza transferencias presupuestarias a los gobiernos provinciales para fines específicos en salud. Estas son

---

<sup>40</sup> En el 2000, en promedio, el 56% de los recursos totales de las provincias venían de la coparticipación y 15 de las 23 provincias financiaban más del 70% de sus gastos totales con recursos de la coparticipación. A pesar que la Constitución Argentina establece amplias responsabilidades impositivas a nivel provincial, las provincias han delegado en la nación la recaudación de la mayoría de los impuestos. En el año 2000, el nivel federal era responsable de recaudar el 83% de los ingresos del país, mientras que las provincias eran responsables del 17% y los municipios tan sólo del 0.4%. Tommasi, M. Federalism in Argentina and the Reforms of the 1990s. Mayo 2002.

<sup>41</sup> Maceira et al., 2002.

<sup>42</sup> CEDI 2002, en base a datos del año 2000.

insignificantes con relación al gasto provincial total en salud (2% en promedio), pero sí representan un aporte importante para los programas nacionales. En el año 2001, el gobierno nacional transfirió 23 millones de pesos a las provincias para programas nacionales, lo que representa un cuarto del gasto provincial total en estos programas.

**Cuadro A1: Gasto Público Año 2001**  
(en Millones de pesos corrientes)

	Nación	Transferencias	Provincias	Total	% del total
<b>Prestación del servicio de salud</b>	<b>304.49</b>	<b>45.13</b>	<b>3,453.76</b>	<b>3,803.37</b>	<b>86%</b>
Efectores (hospitales y centros de salud)	254.75	45.04	3,387.70	3,687.50	83%
Salarios, insumos y mantenimiento	198.24	-	3,342.66	3,540.90	80%
Asistencia beneficiarios PNC	56.51	45.04	45.04	146.60	3%
Bienes e insumos aportados por la Nación	49.74	0.08	0.09	49.91	1%
Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual	49.74	0.08	0.09	49.91	1%
Infraestructura y Equipamiento	-	-	65.97	65.97	1%
<b>Acciones de política, coordinación y regulación</b>	<b>91.10</b>	<b>1.31</b>	<b>364.52</b>	<b>456.93</b>	<b>10%</b>
Administración central (principalmente salarios)	50.70	1.31	305.94	357.94	8%
Formación de Recursos Humanos Sanitarios y Asistenciales	20.60	-	46.12	66.72	2%
Planificación Control Regulación y Fiscalización de la Política de Salud	6.43	-	4.80	11.23	0%
Apoyo para Estudios e Investigación en Salud Pública	5.29	-	-	5.29	0%
Reforma del Sector Salud	8.07	-	7.66	15.74	0%
<b>Programas de salud pública</b>	<b>66.47</b>	<b>22.73</b>	<b>91.17</b>	<b>180.37</b>	<b>4%</b>
Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual	3.41	-	0.76	4.16	0%
Prevención y Control de Enfermedades y Riesgos Específicos (incluye Inmunizaciones, VIGI-A, etc.)	38.81	3.65	13.12	55.58	1%
Atención de la Madre y el Niño	10.46	19.00	23.62	53.08	1%
Cobertura de Emergencias Sanitarias	1.26	-	12.80	14.06	0%
Otros Programas	12.54	0.08	40.87	53.49	1%
<b>Total</b>	<b>462.05</b>	<b>69.17</b>	<b>3,909.44</b>	<b>4,440.66</b>	<b>100%</b>

Fuente: Dirección Nacional de Gasto Público consolidado - Ministerio de Economía 2003

En medio de la crisis económica y social de los últimos 2 años, que provocó una caída en el gasto total en salud, el gobierno nacional ha protegido el gasto de los programas prioritarios de salud. El gasto público nacional en estos programas (incluyendo transferencias), creció en un 70% entre el 2001 y el 2002, de 90 millones a 150 millones de pesos (constantes del 2001). Este crecimiento se debe principalmente al fortalecimiento del programa materno infantil y del programa de prevención y control de enfermedades y riesgos especiales (que incluye la compra de vacunas). Para el 2003, se proyecta un gasto nacional en programas prioritarios de salud menor al gasto del 2002 (en términos reales) pero mayor al gasto del 2001, sugiriendo que se mantiene el énfasis en estos programas (ver cuadro A2).

El gasto público provincial en salud, por otro lado, se ha mantenido en términos reales entre el 2000 y el 2001, pero ha caído de manera significativa en el 2002. Un análisis de 7 provincias del

país<sup>43</sup>, responsables por el 60% del gasto provincial total en salud sugiere que esta caída ha sido del orden del 30%.

**Cuadro A2**  
**Erogaciones Totales Sector Salud (incluye Gasto Público Nacional y Transferencias)**  
*En millones de pesos de 2001*

	<b>2001</b>	<b>2002*</b>	<b>2003**</b>
<b>Total Programas de Salud Pública</b>	<b>89.19</b>	<b>150.84</b>	<b>121.92</b>
Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual	3.41	1.03	0.24
Prevención y Control de Enf. y Riesgos Espec.(incluye Inmunizaciones, VIGI-A, etc.)	42.46	100.52	65.86
Atención de la Madre y el Niño	29.46	40.32	41.84
Cobertura de Emergencias Sanitarias	1.26	0.67	0.88
Otros programas	12.61	8.31	13.09
Prevención y asistencia de adicción y control y lucha contra la drogadicción		7.41	11.39
Detección y tratamiento de enfermedades crónicas y conductas		5.22	16.42

Fuente: Dirección Nacional de Gasto Público consolidado - Ministerio de Economía 2003

---

<sup>43</sup> El análisis incluye a las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Chubut, Neuquén, Río Negro, San Juan y al G.C.B.A.

## ANEXO II: HETEROGENEIDAD ENTRE PROVINCIAS

En Argentina, las provincias son muy heterogéneas en cuanto a las necesidades en salud de su población, la cobertura por parte de los diferentes agentes de seguro de salud y el gasto mensual por beneficiario de estos agentes. Este anexo presenta tres cuadros que ilustran estas diferencias interprovinciales. El cuadro A3 presenta las tasas de mortalidad infantil y materna, el porcentaje de la población sin cobertura de seguro social en salud y el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas, por provincia. Se puede notar que la mortalidad infantil es tres veces mayor en provincias como Jujuy y Corrientes que en la ciudad de Buenos Aires. Así mismo, estas provincias tienen un alto porcentaje de la población con NBI y sin cobertura de seguros de salud.

**Cuadro A3**  
**Indicadores de Salud por Jurisdicción**

Provincia	Mortalidad Infantil (c/1,000 nv)	Mortalidad Materna (c/10,000 nv)	% de la Población sin Cobertura de Seguro Social	% población con NBI
	(1)	(2)	(3)	(4)
C. A. de B.A.	9.4	0.9	34*	7%
Tierra del Fuego	10.5	0.0	43	22%
Neuquen	11.4	1.0	23	22%
Stigo del Estero	13.2	7.1	38	37%
Mendoza	14.3	3.9	32	17%
Santa Fe	14.4	4.7	43	16%
Córdoba	15.0	2.4	42	14%
Buenos Aires	15.1	2.1	34*	17%
La Pampa	15.3	7.5	24	12%
Chubut	15.8	2.4	32	21%
Río Negro	16.6	3.6	16	22%
Entre Ríos	16.9	5.2	42	19%
Santa Cruz	17.2	7.1	40	14%
San Luis	17.2	6.0	23	21%
Salta	18.8	6.5	41	37%
San Juan	19.4	8.7	44	19%
La Rioja	20.9	3.4	44	27%
Catamarca	21.0	3.7	24	28%
Chaco	21.9	15.9	61	38%
Misiones	22.2	5.3	56	33%
Tucumán	22.4	5.8	34	27%
Formosa	23.0	13.9	66	38%
Jujuy	23.1	19.7	36	35%
Corrientes	30.4	5.4	60	30%
<b>TOTAL</b>	<b>16.6</b>	<b>4.3</b>	<b>45</b>	

Los gastos se expresan en pesos constantes de 1999. \*Esta cifra se refiere a la provincia y ciudad de Buenos Aires conjuntamente. Fuentes: (1) 2000. Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación; (2) Idem, 2001; (3) Ver Cuadro A4; (4) 1991. INDEC 1993.

El cuadro A4 presenta la cobertura de la población vía la seguridad social y una estimación de la población sin cobertura por jurisdicción. La cobertura por agentes de la seguridad social va desde un máximo de 80% de la población en Río Negro, San Luis y Neuquén, hasta una cobertura menor al 40% en provincias del noreste (Chaco, Formosa, Corrientes). Estas diferencias se repiten al interior de cada subsector de la seguridad social en salud (OSN, PAMI, y OSP).

**Cuadro A4.**  
**Cobertura de la Población por Jurisdicción por Tipo de Seguro Social**  
**Año 2001**

Provincia	% Población con Cobertura de Sin Cobertura de			
	OSN	PAMI	OSP	SS
Ciudad de Buenos Aires	49	14	-	34
Buenos Aires	10	8		
Río Negro	54	6	24	16
Neuquén	48	4	25	23
Tierra del Fuego	48	2	7	43
La Pampa	46	9	22	24
San Luis	46	6	25	23
Chubut	44	6	18	32
Mendoza	43	8	17	32
Tucumán	35	8	24	34
Santa Fe	32	11	14	43
Córdoba	31	10	17	42
Salta	30	6	23	41
San Juan	26	7	23	44
Entre Ríos	25	10	23	42
La Rioja	23	5	28	44
Misiones	23	5	16	56
Santa Cruz	23	5	32	40
Santiago del Estero	21	8	33	38
Catamarca	20	5	51	24
Jujuy	17	6	40	36
Corrientes	15	6	19	60
Chaco	15	6	17	61
Formosa	8	3	23	66
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>45</b>

Fuente: CEDI 2002.

El gasto en salud per cápita varía considerablemente, de una provincia a otra, y de un subsector de la seguridad social en salud a otro (ver Cuadro A5). En el 2000, el gasto en salud mensual promedio era de \$36 pesos por beneficiario para el conjunto de los agentes de la seguridad social, con un mínimo de \$18 en Tucumán y un máximo de \$45 en Buenos Aires. Desagregando este gasto por subsectores, el PAMI dispone en promedio de \$52 pesos por beneficiario (con variaciones entre \$55 y \$81), las obras sociales provinciales \$33 pesos por beneficiario (\$15 a \$229) y las obras sociales nacionales \$30 pesos por beneficiario (\$13 a \$47). En comparación, el PROFE dispone de \$22 pesos mensuales por beneficiario.

**Cuadro A5**  
**Gasto Mensual en Salud por Beneficiario**  
**Según agente de los Seguros Sociales. En pesos corrientes, año 2000.**

Provincia	Gasto mensual por beneficiario			Total Seguros Sociales
	OSN	PAMI	OSP	
Ciudad de Buenos Aires		58	-	
Buenos Aires	22	56	52	45
Catamarca	30	69	20	26
Córdoba	26	56	35	34
Corrientes	37	56	17	31
Chaco	33	63	31	37
Chubut	15	57	53	28
Entre Ríos	28	55	20	30
Formosa	47	80	24	34
Jujuy	35	58	15	25
La Pampa	16	66	36	28
La Rioja	26	81	34	35
Mendoza	20	55	22	25
Misiones	30	66	17	30
Neuquen	16	66	66	35
Río Negro	20	56	25	24
Salta	18	61	28	26
San Juan	21	62	23	27
San Luis	20	60	18	23
Santa Cruz	31	68	81	60
Santa Fe	28	57	30	34
Santiago del Estero	19	72	19	25
Tierra del Fuego	30	72	229	64
Tucumán	13	57	15	18
<b>Total Del País</b>	<b>30</b>	<b>52</b>	<b>33</b>	<b>36</b>

Fuente: CEDI 2002; Censo INDEC; y Tobar 2002.

### ANEXO III: GASTO PRIVADO EN SALUD

Como consecuencia de la fragmentación institucional y de los desequilibrios en el financiamiento del sector salud argentino, una carga importante del financiamiento recae en contribuciones de bolsillo de la población. En efecto, en el 2000, el gasto de bolsillo en salud representaba el 43% del gasto total en salud en el país o más de US\$ 10 millones<sup>44</sup>. Esto incluye el gasto que los hogares realizan en medicamentos y en servicios de salud (pago por servicios privados o de medicina prepaga), pero excluye los aportes para sistemas de seguridad social.

La mayor parte del gasto de bolsillo se destina a medicamentos, especialmente en los hogares pobres. En promedio, los hogares argentinos destinan el 58% de su gasto en salud a medicamentos y el 42% a servicios de salud. Para los 3 quintiles de menores ingresos, el gasto en medicamentos es aún mayor, por encima del 60% del gasto total en salud<sup>45</sup>. En comparación, el 20% más rico de la población destina entre 36% y 56% de su gasto de bolsillo a medicamentos. Un análisis desagregado por regiones muestra que de todas las provincias, sólo tres de ellas, Ciudad de Buenos Aires, Chubut y Tierra del Fuego, cuentan con un gasto privado en servicios de salud mayor al gasto privado en medicamentos. En el extremo opuesto, Entre Ríos, Santiago del Estero y Chaco son las únicas tres provincias donde el gasto en medicamentos supera en más del doble al gasto en servicios de salud.

En promedio, el gasto en salud representa el 6.8% del gasto total de los hogares Argentinos, con variaciones entre quintiles y entre provincias. Las variaciones interprovinciales van desde un mínimo de 4% en Santa Cruz hasta un máximo de 11% en la ciudad de Buenos Aires. Se observa además que: (i) los hogares en las regiones más ricas gastan más en *servicios de salud*, como porcentaje de su gasto en consumo, que los hogares en las regiones pobres; pero (ii) los hogares en las regiones con mayores necesidades de salud (medidas por NBI y TMI) gastan más *en total en salud* como porcentaje de su gasto en consumo, que los hogares en las otras regiones <sup>46</sup> (ver Cuadro A6).

Cuadro A6.

Región	Gasto Privado en Salud como % gasto total	% de la Pob con NBI	TMI	% gasto provincial en salud
Patagónica	4.6	15,1	18,3	18,39
Noreste	5.5	16,5	18,3	10,12
Pampeana	7.5	18,3	17,8	9,55
Noroeste	6.9	20,9	17,2	9,83
Cuyo	8.1	32,2	20,9	10,34
Metropolitana	9.1	34,5	25,5	9,25

Fuente: Maceira et al. 2002

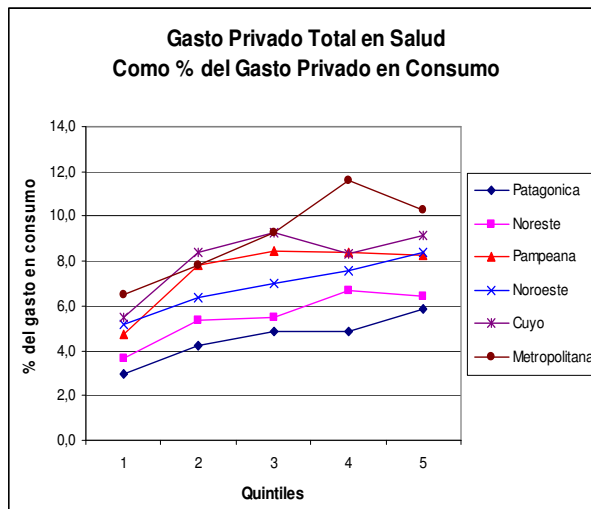
<sup>44</sup> Tobar, F. 2002.

<sup>45</sup> Maceira 2002. El análisis divide el país en 6 regiones: Metropolitana, Patagonia, Cuyo, Pampeana, Noreste, y Noroeste.

<sup>46</sup> Cabe notar que estas diferencias interprovinciales no son estadísticamente significativas.

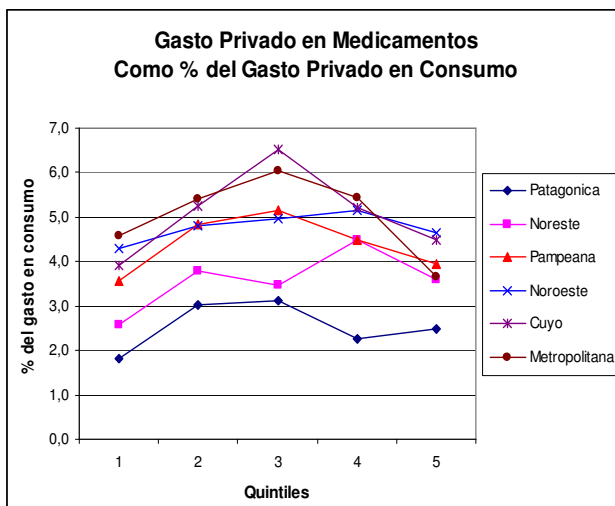
Por otro lado, un análisis por quintiles de ingresos muestra que en todas las regiones, los hogares destinan un mayor porcentaje de su consumo a salud, a medida que crecen sus ingresos (ver Gráfico A1). Como ya se mencionó, el gasto de bolsillo se divide entre el gasto en medicamentos y el gasto en servicios de salud. Los hogares que gastan más en medicamentos (como porcentaje de su consumo total) son los de ingresos medios (ver Gráfico A2). Por otro lado, son los hogares más ricos que destinan un mayor porcentaje de su consumo a la compra de servicios de salud (ver gráfico A3). Esto es porque los hogares ricos tienen mayor probabilidad de contratar seguros privados que los hogares pobres. Los quintiles medios y bajos, por otro lado, tienen cobertura principalmente a través de la red de obras sociales o recurren directamente al sector público como prestador y financiador de última instancia.

**Gráfico A1.**

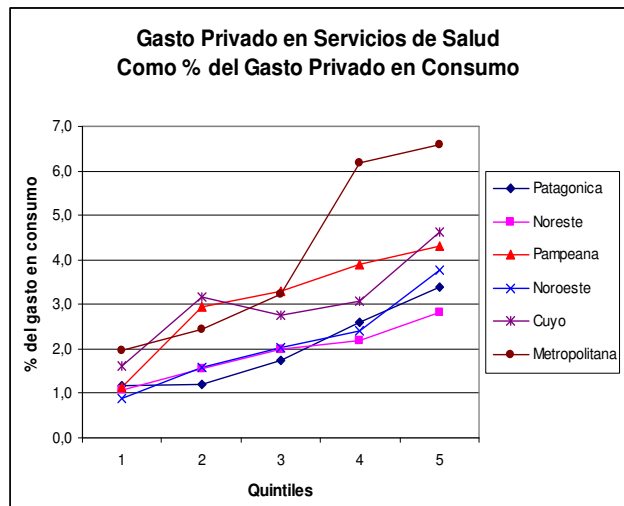


Fuente: Maceira et al. 2002.

**Gráfico A2**



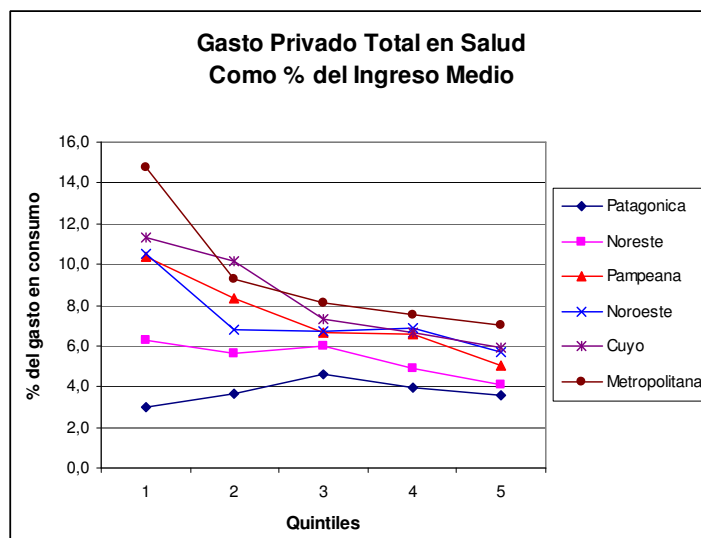
**Gráfico A3**



Fuente: Maceira et al. 2002

Por último, el gasto privado en salud como porcentaje del ingreso es regresivo. En todas las regiones, excepto Patagonia, los hogares más pobres gastan más en salud – como porcentaje de su ingreso – que los más ricos (ver Gráfico A4). En promedio, el quintil más pobre gasta 9.4% de su ingreso en salud, mientras que el quintil más rico gasta 5.2%. La misma tendencia se observa cuando se mira sólo al gasto en medicamentos. El gasto en servicios de salud, por otro lado, sube a medida que suben los ingresos. Sin embargo, dado que la mayoría del gasto privado se va en medicamentos, el impacto final es que el gasto privado es regresivo. Estas tendencias reflejan lo inelástica que resulta la demanda de medicamentos y las limitaciones del sistema de salud en ofrecer protección financiera efectiva a los ciudadanos más pobres.

Gráfico A4.



Fuente: Maccira et al. 2002

## ANEXO IV: SEGURO MATERNO INFANTIL

Como paso inicial en la implementación de seguros públicos, una opción en la cual existen avances importantes en el país, es el desarrollo de un Seguro Materno Infantil (SMI). El enfoque de un seguro de este tipo en la población materno-infantil responde a la epidemiología del país y permite focalizar los recursos hacia la población más vulnerable. Este seguro permitiría además: (i) responder a la marcada inequidad inter-provincial; (ii) incidir positivamente sobre el estado de salud de la población materno infantil, en especial la más pobre y vulnerable; y (iii) modificar la estructura actual de asignación de recursos y de incentivos en la prestación de los servicios. A continuación se discuten algunos elementos técnicos a considerar en el desarrollo de esta opción.

**Afiliación.** En el caso de la población actualmente no afiliada a seguros sociales, el SMI implica constituir una base de datos, consolidando las diferentes bases que existen en el país (incluyendo las bases del SNSS y de las OSP, así como otras bases de programas sociales). La actualización y cruce permanente de estas bases de datos es un elemento clave para evitar duplicidad en el financiamiento en el sistema de salud argentino y así impedir que se genere mayor fragmentación e ineficiencia. Por otro lado, es necesario asegurar que la afiliación no se constituya en una barrera de acceso.

**Paquete de prestaciones.** El paquete materno infantil debería incluir prestaciones priorizadas por su costo efectividad en la mortalidad y morbilidad materno infantil, de acuerdo con el financiamiento disponible, de manera de garantizar la sostenibilidad del SMI.

**Pool de riesgo.** Es necesario asegurar un pool de riesgo suficiente para garantizar la función de aseguramiento. Para algunas provincias con pequeñas poblaciones actualmente sin cobertura de aseguramiento, esto implicará desarrollar mecanismos de aseguramiento por regiones.

**La Gobernabilidad y regulación** del SMI es clave y tiene que enmarcarse dentro del contexto federal del país. Por ello, se recomienda la discusión y acuerdo del diseño básico en el ámbito del COFESA y la posterior constitución de un directorio colegiado liderado por el MSN e integrado además por aquellas provincias que gradualmente se adhieran al SMI. Este directorio sería el responsable de definir los criterios básicos que le dan una uniformidad mínima al seguro. En este marco, las provincias que se adhieren al SMI firmarían un compromiso de gestión que fije metas de salud específicas y responsabilidades de las partes. Estas responsabilidades incluiría: (i) el Gobierno Nacional se compromete a garantizar el cumplimiento por parte de las entidades de la seguridad social nacional (PAMI y OSN) y a concurrir con el co-financiamiento (tanto en nuevos recursos como a través de los programas verticales nacionales); (ii) la provincia adherida se compromete a sumar a su respectiva OSP al SMI (incluye proporcionar la base de beneficiarios correspondiente y entablar mecanismos automáticos de pago a prestadores), contribuir al financiamiento del SMI (inicialmente, a través de su infraestructura física y recursos humanos pero luego también por medio de crecientes aportes financieros), atender a los beneficiarios del SMI en la red pública provincial, y facilitar su monitoreo y evaluación.

**Financiamiento.** El SMI se podría financiar con varias fuentes. Para la población que no tiene cobertura de aseguramiento explícito, éstas incluyen: (i) recursos del TGN vía el MSN; (ii) insumos proporcionados a través de los programas nacionales (PROMIN, PAI, VIGIA, Remediar, etc.); y (iii) aportes de los gobiernos provinciales, inicialmente en recursos humanos e infraestructura. Para la población beneficiaria de las Obras Sociales, la totalidad del

financiamiento vendría de sus agentes de seguro. Desde su inicio, el SMI debería incluir proyecciones financieras que permitan asegurar su sostenibilidad a futuro.

**Flujo de fondos.** El SMI debería asegurar un flujo de fondos transparente que evite la generación de subsidios cruzados regresivos entre la seguridad social y el financiamiento público, y que sea previsible y fiable para los prestadores (tanto públicos como privados). Este punto es central para que exista confianza en el seguro y se dé una adecuada respuesta por parte de los prestadores. Para ello, se debería agilizar un mecanismo de descuento automático a las OSN y OSP (de las provincias adheridas) para la atención de sus asegurados con el SMI en proveedores públicos (incluyendo a los centros de atención primaria en salud). Adicionalmente, se debería asegurar una articulación de los insumos de los programas nacionales y otras fuentes de financiamiento con los servicios prestados por el SMI, evitando duplicidad en el financiamiento.

**Prestadores.** El SMI debería incluir a prestadores públicos y privados en red, acreditados bajo garantías mínimas de: calidad de recursos humanos y físicos, sistema de referencia, accesibilidad a estudios de apoyo diagnóstico, y horarios de atención ampliados. (Se excluirían los actuales intermediarios como son las “Gerenciadores de servicios”).

**El Mecanismo de pago** es clave para evitar que el SMI se constituye en una fuente de financiamiento adicional sobre la estructura sectorial actual. El mecanismo de pago debe asegurar un cambio real en los incentivos bajo los cuales operan los prestadores públicos y privados. Para ello, es necesario, evitar la generación de incentivos perversos, como los que se pueden dar en un sistema capitado, particularmente en el caso de poblaciones rurales con barreras geográficas o culturales de acceso a los servicios. Además, el mecanismo de pago debería ser atado a metas de proceso y resultado, con incentivos, especialmente para el personal en el primer nivel de atención.

**El Monitoreo y evaluación** debería incluir las siguientes características: sistema transparente encaminado hacia resultados con indicadores trazadores de proceso y resultados; responsabilidad de recolección de información compartida entre la administración del SMI y las provincias; sistema externo de verificación con control social y auditorías sociales; soporte informático creciente de acuerdo a las posibilidades de las provincias.

### **Indicadores potenciales**

De procesos:

- Horarios de atención ampliados
- Partos institucionales
- Tasas de uso de servicios

De resultado:

- Concentración de controles de niños y embarazadas
- Inmunizaciones
- Casos de enfermedades inmuno-prevenibles
- Tasa de mortalidad infantil
- Tasa de mortalidad materna
- Análisis de muerte por comité
- Tasa de embarazos en adolescentes

## ANEXO V: INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS – PAMI

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP o PAMI) es un ente público no estatal, regido por derecho privado, creado en 1971 para dar cobertura médica y social a la población pasiva en Argentina; en especial, a los pensionados y jubilados. Brinda servicios integrales de salud y de asistencia social (incluyendo alimentación, subsidios funerarios y otros) a una población cautiva y se financia mediante aportes obligatorios de los empleadores y trabajadores activos, así como de los pasivos (ver Cuadro A7).

**Cuadro A7.**  
**Financiamiento del PAMI**

SECTOR	Aportes Trabajadores	Contribuciones Empleadores
Sector Público	3%	2%
Sector Privado	3%	2%
Autónomos	5%	---
Pasivos (pensionados)	3% sobre haber mínimo 6% sobre el excedente	---

A finales de 2002, el PAMI contaba con 3,175,000 afiliados directos, lo que lo convierte en el asegurador y comprador de servicios de salud más grande del país.<sup>47</sup> Su población está compuesta mayoritariamente por afiliados directos (tan sólo 29% son familiares), de edad avanzada (79% mayores de 60 años y 56% mayores de 70 años), y mujeres (64%) y está distribuida a todo lo largo del país (con un 52% en los grandes centros urbanos).

De tiempo atrás, el PAMI atraviesa una difícil situación caracterizada por pobre capacidad de respuesta a las necesidades de sus afiliados, debilidad en la gestión, permanente desequilibrio financiero con déficit creciente y recurrentes acusaciones de corrupción. Esta situación explica reiteradas intervenciones por parte del Ejecutivo Nacional y variados intentos de reforma, infructuosos a la fecha. Los principales problemas del PAMI, fuertemente relacionados entre sí, incluyen:

- **Debilidad e ineficiencia en su gestión administrativa.** El PAMI cuenta con una estructura administrativa propia, altamente centralizada, compuesta por más de 10,400 empleados directos y centenares de oficinas coordinadoras distribuidas por todas las provincias. Su gasto administrativo, difícil de precisar, se estima cercano al 20%. Distintos esfuerzos en años recientes por aligerar esta pesada estructura han fallado. La administración del Instituto es altamente politizada, lo cual se refleja en una muy alta rotación de sus directivos y en frecuentes cambios de estrategias y políticas. No existe una cultura de rendición de cuentas y los escándalos por corrupción son frecuentes.

---

<sup>47</sup> Adicionalmente, cerca de 350,000 afiliados del PAMI han optado por quedarse en la obra social de origen al momento de pensionarse, haciendo uso de un derecho de opción introducido en 1995. El PAMI reconoce una cápita específica a estos aseguradores.

- **Complejo modelo de prestación de servicios.** Con excepción de dos policlínicas y algunos servicios específicos propios, el PAMI contrata los servicios médicos para sus afiliados con prestadores externos, privados y públicos. El método preferido de contratación ha sido la capitación fragmentada (por niveles de complejidad y servicios), en muchas ocasiones a través de redes intermediarias en las provincias. En ausencia de efectivos sistemas de información y control, el incentivo a la subprestación y a la baja calidad en los servicios es grande y se refleja en una alta derivación de pacientes a las redes asistenciales públicas y en gastos adicionales de bolsillo por parte de los afiliados. Este cuadro de ineficiencia se agrava por la marcada inestabilidad de los contratos, sujetos a presiones externas y a la rotación de directivos. Como resultado de todo esto, el 33% de los afiliados del PAMI que utilizaron sus servicios en el 2000 se sintieron insatisfechos con los mismos.
- **Desequilibrio financiero y creciente déficit.** No existe correspondencia entre los ingresos del Instituto (atados a las cotizaciones laborales y a las fluctuaciones del mercado laboral) y sus gastos (presionados por un perfil epidemiológico de alto riesgo, débil gestión de aseguramiento y alta politización). Como consecuencia de esto, el PAMI enfrenta un continuo déficit operativo desde 1994 (ver Cuadro A8.). Este creciente déficit se ha financiado a expensas de (i) aportes extraordinarios del tesoro general, por cerca de \$1,200 millones de pesos; (ii) acumulación de deuda con prestadores y entidades financieras (en total, cercana a los \$1,850 millones), y (iii) recortes en la prestación de servicios (incluyendo demoras en la atención e interrupciones en los servicios).

**Cuadro A8.**  
**Ingresos y Gastos del PAMI, 1991-2001**

*(en millones de pesos corrientes)*

<b>Año</b>	<b>Ingresos</b>	<b>Egresos</b>	<b>Resultado</b>
<b>1991</b>	1,675	1,867	(192)
<b>1992</b>	2,517	2,056	461
<b>1993</b>	2,826	2,534	292
<b>1994</b>	2,790	3,244	(454)
<b>1995</b>	2,821	3,236	(415)
<b>1996</b>	2,594	3,028	(434)
<b>1997</b>	2,791	2,825	(34)
<b>1998</b>	2,460	2,733	(273)
<b>1999</b>	2,387	2,845	(458)
<b>2000</b>	2,335	2,618	(283)
<b>2001</b>	2,142	2,435	(293)

Fuente: Banco Mundial 2002.

- **Falta de articulación con la política sectorial.** Contrario a las propias disposiciones legales, el PAMI no responde a la regulación y control de la SSS y, en muchas ocasiones, no se alinea con las políticas sectoriales. Por ejemplo, este ha sido el caso con la reciente

política nacional de prescripción por nombre genérico, con la definición del PMO o con el pago a los hospitales públicos de autogestión.

En el 2002, el Congreso de la República aprobó una nueva ley para el PAMI (ley 25.615) procurando darle mayor autonomía al Instituto y, a la vez, mayor representación y poder en su conducción a sus propios afiliados. Sin embargo, esta ley – que precipitó vetos por parte del ejecutivo nacional – tiene implicaciones sobre la posibilidad de introducir reformas futuras en el Instituto. Específicamente, la ley: (i) mantiene al PAMI como ente público no estatal, por fuera de los controles de la administración pública; (ii) limita la posibilidad de introducir reformas estructurales (por ejemplo, prohíbe delegar o contratar funciones de administración o evaluación); (iii) reforma su conducción, ahora en cabeza de un cuerpo colegiado con mayoría de representantes de los beneficiarios; (iv) dificulta la posibilidad de intervenir desde afuera al Instituto en caso de una crisis mayor; (v) incrementa los aportes obligatorios de los empleadores (de 1.5% a 2.0%) y (vi) abre el camino para que con nuevos aportes del tesoro general se salde la deuda consolidada con los prestadores a la fecha. En conclusión, se puede afirmar que actualmente el Gobierno Nacional ha perdido control sobre la gestión del Instituto, mientras preserva la responsabilidad última, política y fiscal, por su desempeño.

Hay alternativas de reformas efectivas para el PAMI? Es necesario que las haya, dado el significado político, social y fiscal de sus servicios, más aún en una época de crisis. Las lecciones aprendidas luego de múltiples intentos de reforma durante los noventa indican que se requiere, ante todo, de una fuerte voluntad y consenso político para avanzar y sostener una real reforma del PAMI. Así mismo, indican que no es posible mejorar su desempeño tan sólo a través de mejoras internas de gestión – por el contrario, se hace necesario introducir reformas estructurales. Rasgos específicos que deberá tener una verdadera reforma del PAMI son:

- Separación clara de las funciones de financiamiento y compra, administración, y prestación de servicios de salud, hoy por hoy mezcladas.
- Introducción de incentivos al desempeño y rendición de cuentas en cada una de estas funciones.
- Generación de un nuevo modelo de contratación de servicios de salud caracterizado por la competencia por calidad entre prestadores acreditados, la integración de cápitales hoy fragmentadas, el control efectivo de las prestaciones, la estabilidad contractual en función de resultados, una mayor información a los usuarios y la libertad de elección por parte de éstos últimos.
- Introducción de normas de responsabilidad financiera por parte de sus funcionarios en el manejo de los recursos, impidiendo el crecimiento desbordado de la deuda (ley de administración financiera).
- Modernización y profesionalización de la estructura administrativa, incluyendo mejoras en sus sistemas de información y gestión.
- Inserción efectiva en el marco de regulación y articulación de políticas sectoriales.
- Revisión de sus fuentes de financiamiento, considerando alternativas para estabilizar sus ingresos; por ejemplo, vía rentas generales.

## ANEXO VI: EL PROGRAMA FEDERAL DE SALUD (PROFE)

**Antecedentes.** El Programa Federal de Salud (PROFE) se encarga de financiar la provisión médica y social de los titulares de pensiones no contributivas en el país (y sus familiares). Este programa inició su funcionamiento en 1996 bajo la Secretaría de Desarrollo Social, en cierta forma como una escisión en los servicios brindados por el INSSJyP. Recientemente, mediante Decreto No. 1606 de 2002, el PROFE ha sido transferido a la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

**Cobertura.** A diciembre de 2001, el PROFE cubría a 436,357 beneficiarios, incluyendo niños, ancianos, discapacitados y veteranos de la guerra, la mayor parte de ellos en condiciones de pobreza. Esto se refleja en la distribución de los beneficiarios entre los distintos tipos de pensiones no contributivas, así: asistenciales (62%), graciabiles (29%) y por leyes especiales (9%). Sin embargo, se estima que entre su población existe también una importante superposición con otros sistemas de aseguramiento nacionales o provinciales, aún por cuantificar. La Ley de Presupuesto del 2000 ha dejado prácticamente fijos los cupos del PROFE, al limitar la posibilidad de crecimiento en el número (y gasto) de pensiones no contributivas; exceptuando las graciabiles otorgadas por el Congreso.

**Financiamiento.** El presupuesto total del Programa durante el 2002 es de \$805 millones de pesos. Más del 80% de estos recursos provienen del Tesoro Nacional (fuente 11 en el presupuesto nacional); el resto corresponde a transferencias internas (fuente 14). El 4% del presupuesto se destina a cubrir los costos de las unidades de gestión provincial. Se desconoce el consolidado total del gasto administrativo del programa, que también cuenta con una estructura central.

**Administración.** El PROFE es un programa federal con ejecución provincial. El MSN establece convenios con cada una de las provincias, mediante los cuales les transfiere una cápita por beneficiario. La distribución de beneficiarios por provincia varía mucho: por ejemplo, mientras Tierra del Fuego cuenta con 780 beneficiarios, en Santiago del Estero hay cerca de 29,000. Actualmente, la cápita del PROFE se sitúa cerca a los \$22 pesos/ mes.

Cada provincia establece a su interior las redes prestaciones y modelos de atención para la población a cargo. En general, se prefiere la atención a través de prestadores públicos y por niveles de complejidad. Una excepción importante a la operación vía las provincias se da con el INSSJyP, encargado desde el 2000 de los servicios médicos de 125,000 beneficiarios del PROFE (principalmente, excombatientes de las Islas Malvinas y beneficiarios por invalidez). La existencia desde el 2001 de un fondo solidario para el pago de prestaciones de baja incidencia y alto costo con cobertura nacional es un arreglo llamativo del programa que amerita un análisis más detallado a futuro.

**Resultados.** La debilidad en los sistemas de monitoreo y evaluación de la prestación de servicios dificulta el análisis de la efectividad del PROFE. Se desconocen evaluaciones sistemáticas que presenten su desempeño en términos de oportunidad de los servicios, accesibilidad, nivel técnico o satisfacción de los usuarios, por ejemplo.

**Alternativas a Futuro.** El PROFE, en su estado actual, es un ejemplo más de la fragmentación del sistema de seguridad social en salud. Hasta ahora, los esfuerzos de mejoramiento del mismo se han centrado en dimensiones internas de gestión, con resultados e impacto dudosos. Una alternativa a debatir es que el Programa sirva de ejemplo para una nueva modalidad de cobertura para personas hoy a cargo del estado. En esta modalidad, los beneficiarios podrían elegir su cobertura en salud, optando por recurrir a algún esquema operado directamente por la provincia

en donde reside o escogiendo entre los distintos agentes de la seguridad social (OSP, OSN y PAMI). El Programa transferiría el valor de una prima ajustadas por riesgo a la provincia o al asegurador seleccionado. Esta opción es factible, considerando que en la actualidad un 30 por ciento de los beneficiarios del PROFE está adscrito al PAMI y el resto recibe atención vía la correspondiente red pública provincial. Más adelante, se podría considerar la fusión del fondo del PROFE con algún fondo nacional de salud (por ejemplo, surgido a partir del FSR).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial. An Assessment of Institutional Capacity for Social Sector Reform in Argentina. 2001.
2. Banco Mundial. Argentina, Rural Reproductive Health; Reporte No. 22255-AR, Junio 2001.
3. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI). El Funcionamiento del Sistema de Salud Argentino en un Contexto Federal. CEDI, Buenos Aires, Argentina, Agosto 2002.
4. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Debates: Reforma y Salud en Argentina. Buenos Aires, Argentina, 2002.
5. Cesilini S. y Gherardi N. Los Límites de la Ley: La Salud Reproductiva en Argentina. Banco Mundial. 2002.
6. Maceira, D. et al. Financiamiento y Equidad en Salud en un Sistema Descentralizado: el Caso Argentino. CEDES, Buenos Aires, Argentina, 2002.
7. Maceira, D. y Cicconi, V. Obras Sociales Nacionales: Financiamiento y Equidad. CEDES, Buenos Aires, Argentina, 2002.
8. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos de Argentina. Año 2001.
9. Siempre. Encuesta de Condiciones de Vida. Septiembre 2001.
10. Tobar, F. et al. El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo. Ediciones ISALUD No 5. Buenos Aires. 2002.
11. Tobar, F. Financiamiento del sistema de salud Argentino; en *El sistema de salud en Argentina*. Ed. J. Bello y J. Mera. OPS. Buenos Aires. 2001.
12. Tommasi, M. Federalism in Argentina and the Reforms of the 1990s. Mayo 2002.
13. UNDP Human Development Report 2002.
14. Uribe, JP y Schwab, N. El sector salud argentino en medio de la crisis. Banco Mundial, Noviembre 2002.
15. Vassallo, C. Programa Federal de Salud – PROFE. 2002.