

S  
UFRJ/IEI  
TD161

044116-3

Universidade Federal do Rio de Janeiro

# INSTITUTO DE ECONOMIA INDUSTRIAL

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 161

OBSERVACIONES SOBRE EL FINAN-  
CIAMIENTO DEL SISTEMA DE SA-  
LUD ARGENTINO

André Cezar Medici

Maio/1988



OBSERVACIONES SOBRE EL FINANCIAMIENTO  
DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO(\*)

André Cezar Medici(\*\*)

Maio/1988



43 - 016482

(\*) Consultoria realizada para la representación de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina en el periodo del 23 al 28 de agosto de 1987.

(\*\*) Investigador de lo IEI/UFRJ y de la ENSP/FIOCRUZ; professor del Departamento de Sociología y Política de la PUC/RJ.

FEA-UFRJ  
BIBLIOTECA  
Data: 12 / 07 / 88  
N.º Registro: 044116-3  
MS98476

5  
UFRJ/IEI  
TD 761

FICHA CATALOGRÁFICA

Medici, André Cezar

Observaciones sobre el financiamiento del sistema de salud argentino / André Cezar Medici. -

Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1988.

33 f. 30 cm. (IEI/UFRJ - Texto para Discussão, 161)

1. Saúde - Financiamento. 2. Sistema de Saúde - Argentina. I. Título. II. Série.

I - Antecedentes

La organización del sistema de salud en Argentina, fue pionera en América Latina. Además del crecimiento de las actividades de carácter asistencial sanitario que se remontan a finales del siglo pasado, y se incrementan con el crecimiento del papel del Estado hacia los años treinta, Argentina fue pionera en la organización y financiamiento de un sistema de salud independiente de la estructura de la previdencia - las obras sociales - las cuales se remontan a la década de los años cuarenta, en el primer gobierno de Perón.

Tal pionerismo, en términos Sud-Americanos, se debe en gran medida, al proceso de industrialización y crecimiento de una clase operaria, de forma intensa en el país, ya en la primera mitad del siglo XX, llegando a ser la sexta economía mundial. Según informaciones recogidas, ya en la década de los años cincuenta, el grado de formalización y cobertura previdenciaria de la población llegaba a más del 70%. Mientras tanto, la economía Argentina viene pasando por un par de décadas de un fuerte proceso de estancamiento económico, acompañado por la destrucción del parque productivo instalado y por una gran pérdida de la capacidad regulatoria del Estado sobre la economía y las políticas sociales, especialmente en lo que se refiere al período de la dictadura militar.

Ya en los años ochenta, el fin de la dictadura y las medidas de reorganización de la economía tomadas a partir del gobierno democrático de Raúl Alfonsín, traen perspectivas de ruptu-

ra con ese proceso, a pesar de que haya un reconocimiento de la necesidad de redefiniciones en el papel del Estado, teniendo en vista garantizar un crecimiento económico auto-sostenido y un perfil más redistributivo de los rendimientos y de las políticas sociales.

II - Evolución del Sistema de Salud

II - Evolución del Sistema de Salud

Por haber sido pionera en términos de la experiencia de industrialización, Argentina tiene una de las primeras formas de organización del Estado en el continente, teniendo en vista cubrir determinadas funciones en el campo de política social. El período de los gobiernos de Perón, representó una gran expansión de las llamadas funciones sociales del Estado. En lo que a Salud se refiere, la mayor parte de los establecimientos hospitalarios públicos fueron construídos a lo largo de ese período. La red hospitalar evolucionó de tal forma que el número de camas del sector público, pasó de cerca de 70.000 al final de los años cuarenta para más de 140.000 al inicio de los años cincuenta. Se afirma, sin embargo, que a partir de entonces, ha habido un total estancamiento en la red hospitalar pública del país. Creció, en consecuencia, una fuerte red privada de servicios de salud que ha encontrado en las obras sociales costeadas por las contribuciones de las empresas y de los trabajadores, su principal fuente de expansión y financiamiento.

Los últimos veinte años marcan de esa forma, un cre-

ciente proceso de privatización de la atención de la salud en Argentina. Tal proceso, ocurre en un contexto donde hay un gran número de trabajadores y familias descubiertas por el sistema de atención médica de las obras sociales. Como el sector público que se destina a una atención universal, se encuentra con gran obsolescencia y capacidad ociosa, la atención médica destinada a los excluídos es escasa, de mala calidad e insuficiente, lo que aumenta el riesgo de las poblaciones más carenciadas. A pesar de las estadísticas oficiales, que indican una cobertura del 74% por parte de las obras sociales, fuentes no gubernamentales indican que la cobertura de los servicios de salud por esta vía no llega a 60% de las familias residentes en el país. La situación se agrava todavía más cuando es detectado el aumento del desempleo, del subempleo y de los trabajadores por cuenta propia, los cuales no están cubiertos por el sistema de salud de las obras sociales.

Vale mencionar que las obras sociales muestran padrones bastante diferenciados de atención médica, lo que trae grandes inequidades entre los grupos mejor cubiertos y los más carenciados de servicios, a partir de su inserción en la actividad económica. Toda esta situación, exige cambios profundos en el seno de la organización de los servicios de salud.

Por fin, pero no de menor importancia, las evidencias indican la inexistencia de una cultura prevencionista en Argentina. El desarrollo de las obras sociales asociadas a la privatización de los servicios de salud trajo, en consecuencia, la generalización de un modelo medicalizante a partir de una medi-

cina de especialidades. A pesar de que el Estado, tanto a nivel Federal, como a nivel de las Provincias cuida razonablemente bien de las campañas de vacunación y erradicación de endemias, no existe, sin embargo, una adecuada integración de la atención médica con las medidas de salud pública en la punta de la línea de servicios, lo que aumenta el índice de demanda hacia los niveles de complejidad más altos del sistema, cuando una atención ambulatorial adecuada podría resolver buena parte de los casos.

Desde el punto de vista de los recursos humanos en salud, la Argentina se caracteriza, de la misma forma que otras sociedades donde predominó la medicalización excesiva, por una fuerte sobreoferta de médicos, a pesar de la mala distribución regional de esos profesionales. De acuerdo a comentarios, algunas regiones llegan a tener relaciones habitante/médico del orden de 1 para 3.000, cuando la media nacional se sitúa en 1 para 400. Aliado a todo esto, la sociedad argentina vive en el seno de un fuerte consumo de medicamentos, estimulado por los grandes grupos industriales del sector que tienen en la medicina especializada su principal mecanismo de difusión.

Hoy existe una fuerte conciencia de las autoridades del gobierno sobre todos estos problemas. Para entender sin embargo, mejor las perspectivas de cambio, hay que saber cuál es la estructura gubernamental montada para el gerenciamiento del sector.

### III - La Estructura Gerencial del sector salud en Argentina

En términos generales, el sector salud en Argentina está marcado por cuatro grandes segmentos: el sector público Federal, el sector público de las Provincias y municipalidades; las obras sociales y el sector privado prestador en el cual se incluye la modalidad de pre-pago por servicios. Desde el punto de vista del gerenciamiento, nos interesa la estructura de los tres primeros, dado que el sector privado solo puede ser sometido a la orientación del Estado a través de medidas indirectas de carácter indicativo.

El sector público Federal, está representado por la Secretaría de Salud (SS) del Ministerio de Salud y Acción social (MSAS), el cual cuida además de los aspectos de la salud, de cuestiones relacionadas con la habitación, saneamiento básico, asistencia social, recreación y placer. La actual constitución Argentina, no permite la existencia de más de siete Ministerios Públicos, lo que lleva a esta aglutinación de funciones en un único órgano. Siendo así, la Secretaría de Salud, actúa en forma bastante autónoma e independiente, tal como si fuese realmente un Ministerio. A pesar de disponer de una pequeña red hospitalaria y tener un papel normativo en las cuestiones relacionadas con la salud pública, el sector público federal no ha sido expresivo en la oferta de servicios de salud, absorbiendo recursos equivalentes al 0,5% del PBI Nacional. Recientemente la Secretaría de Salud, pasó a administrar el Instituto Nacional de Obras Sociales INOS, lo que ha ampliado su papel normativo y de control sobre la asistencia médica del país.

El sector público de salud de las Provincias y Municipalidades, tienen una red de servicios tanto en lo que se refiere a la asistencia hospitalar como respecto al cuidado ambulatorio bastante grande. La tradición Federalista de Argentina, hace que el nivel local tenga importancia decisiva en la prestación de servicios de salud, en especial para los sectores no cubiertos por la seguridad social, o sea los trabajadores por cuenta propia, desempleados y sub-empleados, etc., así como sus respectivas familias. A pesar de haber una gran concentración de los servicios en las Provincias y Municipalidades más ricas, como es el caso de Buenos Aires, ese sector responde por cerca de 2,1% del PBI Argentino gastando por lo tanto cuatro veces más que el nivel Federal.

Las obras sociales, como fuera mencionado, creadas desde los años cuarenta, presentan un fuerte crecimiento en términos de cobertura poblacional. Se cree, que cerca de del 74% de la población está cubierta por este sistema, pese a que estimaciones más pesimistas afirmen que la cobertura no pasa del 60%. De cualquier forma, las obras sociales son el fruto del desarrollo del movimiento sindical Argentino, desde las primeras décadas del siglo XX, en que algunas mutualidades sindicales ofrecían servicios de salud para sus afiliados. En el primer gobierno de Perón fueron creadas, en forma independiente de las cajas de jubilaciones y pensiones y su finalidad básica ha sido la de prestar servicios de salud, además de otros como recreación y turismo.

Hoy existen cerca de 350 obras sociales. El gobierno tornó obligatoria la contribución de las empresas y los trabaja-

dores a ese tipo de instituciones. Las obras sociales, gastan con salud, recursos equivalentes al 2,5%/3% del PBI. Mientras tanto, existe una excesiva concentración de recursos en pocas obras sociales, además de grandes inequidades de cobertura entre los diversos programas existentes. De las 350 obras sociales, cerca de 60 abarcan 30% de la población beneficiaria (22,8 millones de personas), siendo que 18 de ellas responden por 15,9 millones de beneficiarios, o sea, 50% de la población. En términos de la cobertura, puede decirse que las obras sociales más ricas han garantizado a sus beneficiarios mejores servicios, mediante la utilización de la red privada contratada, atención hospitalar, exámenes complementarios altamente tecnificados y medicamentos. Las obras sociales más pobres en cambio, no tienen acceso a servicios de hotelería, exámenes y medicamentos, teniendo que recurrir sus beneficiarios en muchos casos a los servicios ofrecidos por la red pública y disputar espacio en las filas con los excluidos, o sea, los autónomos y los indigentes.

La administración normativa y financiera de las obras sociales es realizada a través del Instituto Nacional de Obras Sociales- INOS. Este órgano, pese a que inició sus operaciones en el Ministerio del Trabajo, fue pasado posteriormente para la Secretaría de Salud del MSAS. Así, Argentina es uno de los pocos países donde el Seguro Social relacionado a la asistencia médica se encuentra bajo el mismo comando institucional del sector público federal en salud. A pesar de esa característica positiva, el INOS no tiene gran capacidad de normatizar la asistencia médica y reducir la desigualdad de servicios ofrecidos por las distintas obras sociales. Estas siguen siendo administradas con gran auto-

nomía decisoria por los propios sindicatos.

El gran instrumento a disposición del INOS es el llamado fondo de redistribución, que corresponde a 10% de los recursos recogidos por las obras sociales. Dicho fondo, sin embargo, ha sido utilizado hasta el presente para cubrir déficits de las Obras Sociales de mayor envergadura. Cerca de 1/3 de los recursos de INOS tienen que ser distribuidos automáticamente para las Obras Sociales de menor recaudación, y la suma restante, se destina a la cobertura de déficits y diferencias de los programas de forma administrada por el Instituto.

El sistema de salud en Argentina, engloba también el sector privado que absorbe el gasto de las familias con consultas, internaciones y medicamentos, absorbiendo algo en torno de 2,0 a 3,0% del PBI. Los mercados que componen tales servicios privados pueden ser representados por los médicos independientes, sanatorios y clínicas privados, los cuales corresponden a 47% de las atenciones hospitalarias del país, sin tomar en cuenta los centros privados de especialidades múltiples. La facturación del sector privado hospitalario no convenido en Argentina representa algo en torno de 150 millones de dólares.

Sin embargo, gran parte del sector privado sobrevive de las Obras Sociales a través de credenciamientos y convenios. Esto, ha hecho que históricamente buena parte del sector público no haya tenido cómo crecer. Así, pocos son los contratos firmados entre las obras sociales y el sector público, sea a nivel federal, sea a nivel local (Provincias y Municipios), lo que hace que haya

gran capacidad ociosa y deteriorización física de los establecimientos públicos del sector.

En términos globales, por lo tanto, el sector salud en Argentina, absorbe cerca de 6,6% a 8,1% del PBI del país. Estudios de CEPAL, muestran que la masa global de recursos es distribuida en la proporción de 27 a 28% para médicos y consultorios, 24% para pagos de clínicas y hospitales y 20% para medicamentos. Lo restante corresponde al costo gerencial/administrativo del sector y a las medidas de carácter preventivo (28%).

#### IV - Sistemas Complementarios

Para sustentar ese sistema de salud, se presentan dos sistemas complementarios de gran importancia: el sistema de formación de médicos y otros profesionales de salud y la industria farmacéutica.

Es de público reconocimiento que la Argentina presenta una mala distribución regional de médicos, pese a la existencia de un contexto de sobre-oferta de esos profesionales. Se forman cerca de 4.000 médicos por año. El país ya tiene cerca de 75.000 de estos profesionales. Aún así, no hay perspectivas de reducción del número de ingresos en Medicina. Las Universidades son autónomas y deciden sobre la oferta de la matrícula. Cualquier iniciativa gubernamental de reducir por ley y decretos el número de ingresantes provocaría posiblemente el rechazo de los alumnos y profesores universitarios. Cabe entonces preguntar, a quién sirve esa

sobre-oferta de médicos? Ciertamente a las grandes clínicas privadas que aprovechan la rebaja salarial de los médicos como estrategia de rentabilidad.

En ese contexto de sobre oferta, no hay cómo evitar la concentración de los servicios ofrecidos. Entre los médicos credenciados, cerca de 15% detienen 80% de los contratos y los restantes se encuentran en una situación de sub-remuneración frente al mercado. La sobre-oferta impide, tanto técnica como políticamente, la utilización de estrategias de empleo único con dedicación exclusiva al sector público, pues cómo absorber todos esos profesionales con empleo único?

El segmento médico de la sociedad Argentina, ha sido bastante corporativo. Sin embargo, este corporativismo ha beneficiado a pocos profesionales como demuestran algunos estudios. Es necesario que haya una serie de medidas que puedan regular la oferta y distribuir mejor, tanto regionalmente como institucionalmente la demanda por estos profesionales. Siendo así, se recomienda que:

- a) Haya estímulos para reducir la formación de médicos en Argentina.
- b) Se estimule la absorción de médicos en tiempo integral con dedicación exclusiva a un único empleo, especialmente en las provincias y municipalidades.
- c) Se estimule la formación entre los médicos de una conciencia sanitaria que se sobreponga a la lógica mercantil de organización de esos profesionales.

Se sabe, sin embargo, cuan difícil es adoptar medidas en esa dirección en una sociedad donde el Estado es débil y la sociedad civil fuerte, como parece ser el caso de Argentina. Esto exige un proceso de negociación permanente que pueda caminar constantemente en la dirección de un pacto social.

La formación de los demás profesionales de salud tiene un carácter secundario en Argentina. Los enfermeros no han tenido el crecimiento adecuado para una mejor composición interna de los equipos de salud y sólo recientemente se ha visto preocupación con la escasez de profesionales de nivel medio. Permanece la lógica de la bipolarización profesional médico/auxiliar de enfermería descalificado al nivel de los servicios y el bajo estímulo a la multidisciplinariedad de los equipos de salud. Esto responde, en parte, a la lógica de un modelo médico asistencial marcado por la especialización y por la medicalización excesiva.

De acuerdo a la información recogida, el consumo de medicamentos en Argentina, en términos per-cápita, es el mayor de los países Latinoamericanos. A diferencia de lo que ocurre en Brasil, sin embargo, la industria farmacéutica argentina pasó por un fuerte proceso de nacionalización donde cerca de 55% de la producción es de origen nacional. Esto no impide la existencia de prácticas oligopolísticas por parte del cartel farmacéutico que absorbe buena parte de los gastos de las familias. Existe, por otra vía, una cierta rigidez de precios relativos de la industria farmacéutica con relación a los precios de las demás prestaciones en salud. Si se utiliza, por ejemplo, una clase de productos con ciclo de vida de 5 años, se observa que tales productos represen-



tan siempre una relación fija con el precio de las consultas médicas (informaciones brindadas por Jorge Katz). Esto torna difícil pensar en administrar a nivel federal, los precios de los servicios de salud, reduciéndolos costos a través de estudios que permitan cambios en las estructuras de precios relativos.

#### V - La Estructura del Financiamiento Sectorial

Los principales mecanismos de financiamiento a la atención de la salud en Argentina, son el presupuesto fiscal del gobierno Federal, Provincias y Municipios, las contribuciones de empleados, empleadores e ingresos diversos que constituyen los fondos para las obras sociales y los rendimientos de las familias. Desde la óptica del gasto, podemos decir que las fuentes directamente públicas (presupuesto fiscal) responden por 22% del gasto, las indirectamente públicas (obras sociales) por 39% y las fuentes privadas por 39%.

El presupuesto fiscal en Argentina es financiado básicamente con impuestos directos. Las informaciones obtenidas indican que hay muy poco espacio para negociar un aumento de la carga fiscal, sea junto a los asalariados, sea junto a los empleadores. La rigidez de la carga fiscal, es un reflejo de la rigidez social en una sociedad donde la distribución de la renta, sea de forma directa sea a través de beneficios líquidos de acción estatal parece estar congelada.

Las contribuciones sociales de los empleados y empleadores son, a diferencia de lo que ocurre en otros países como el

Brasil, calculados por separado de las demás prestaciones previdenciarias que alimentan las cajas e institutos de jubilaciones y pensiones. Según información del Dr. Sovilla del INOS, ellas son del orden de 3% de los ingresos de los asalariados y 4,5% de la foja salarial de las empresas conforme la legislación de las obras sociales (Ley 18.610, modificada posteriormente por la Ley 22.269 que separa las Obras Sociales de la gestión sindical). Existen perspectivas de que la contribución de las empresas pase a 6% de la foja salarial, lo que daría una proporción de 1/3 del financiamiento proveniente de los empleados y 2/3 de las empresas tal como ocurre con las contribuciones previdenciarias Brasileñas. Dependientes de las Obras Sociales, existen también otros fondos de financiamiento, tal como ocurre con las Obras Sociales de los trabajadores de energía eléctrica, donde 1% del valor de la propia facturación por consumo de energía es transferida a su fondo de recursos, la de los bancarios donde 0,2% de los depósitos a la vista es repasado, etc. Por lo tanto, no hay ninguna homogeneidad en la distribución de los demás fondos por las obras sociales.

Vale resaltar, sin embargo, que en una estructura económica oligopólica como la Argentina, donde las grandes empresas son formadoras de precios y no existe control de los márgenes de lucro por parte del Estado, las contribuciones de las empresas son repasadas a los precios de los bienes y servicios consumidos, haciendo que la sociedad entera financie en la forma de una solidaridad invertida, las obras sociales en un sistema de accesibilidad a los servicios bastante inequitativo. En ese sentido, no hay mucho fundamento en el discurso de las corporaciones sindica-

les de evitar una unificación del sistema de obras sociales y la universalización de la asistencia médica a partir de estos fondos.

Por otro lado, como la masa de salarios cae más rápidamente que la masa de ganancias en los períodos recesivos, la utilización de la foja salarial como única fuente de financiamiento de las Obras Sociales trae problemas tales como la inestabilidad de los ingresos en los períodos recesivos, trayendo como consecuencia pérdida de cobertura, justamente en los períodos donde la demanda por servicios es mayor, debido al aumento del desempleo y de la caída de la calidad de vida.

Se recomienda, de esa forma, que se busque una mayor diversificación de las fuentes de financiamiento de las obras sociales, en especial en lo que se refiere a la contribución de las empresas. La utilización del lucro como una de las bases de la recaudación de fondos para las obras sociales, podría ser una alternativa debido a que:

- a) Las ganancias son mucho más inelásticas a la caída que los salarios en las coyunturas recesivas, propiciando mayor estabilidad en los ingresos de las obras sociales;
- b) Una contribución sobre las ganancias es más difícil de ser transferida a los precios que una contribución sobre la foja de salarios que constituye un costo.

Se recomienda, por otra vía, que las contribuciones diversas arriba mencionadas (sobre energía eléctrica, sobre cuentas bancarias) sean unificadas de forma a ser transferidas directamente para el fondo de redistribución del INOS, como forma de aumentar el poder compensatorio de aquella institución en el sentido de igualar los servicios ofrecidos por las distintas obras sociales.

#### VI - El Papel de las Corporaciones

A partir del desarrollo de las Obras Sociales, el sistema de salud en la Argentina está pasando por un proceso progresivo de privatización de la atención médica. El número de camas hospitalarias privadas sigue creciendo, mientras que la capacidad hospitalaria del sector público sigue igual. Las Obras Sociales más poderosas partiendo del objetivo de extender a sus afiliados las condiciones de salud disfrutadas por las camadas más ricas de la población, continúan estableciendo convenios con las clínicas privadas posibilitando el acceso a exámenes complementarios y laboratorios, además de los servicios hospitalarios ofrecidos para aquellos que puedan pagar.

Análogamente, las obras sociales con menos recursos no tienen cómo ofrecer servicios de alta complejidad a sus afiliados, obligándolos a recurrir a convenios de más baja calidad de atención o sino a los hospitales públicos del gobierno federal y de las provincias. Tales hospitales, por carecer de financiamiento, sea para expansión, sea para mantenimiento, se encuentran en un proceso real de deterioro de su red física, dado que los recursos públicos han sido insuficientes para mantenerlos en condiciones



adecuadas.

Una de las formas de remediar esta situación sería incrementar el número de convenios de las mejores Obras Sociales con la red pública, lo que en parte ha estado ocurriendo a nivel de las provincias. No obstante, la baja calidad ofrecida por el sector público y los aspectos ideológicos que tienden a valorizar la atención privada, son parte de la naturaleza de las corporaciones sindicales que consideran una atención diferenciada como símbolo de status y ascenso social.

El individualismo colectivo del corporativismo sindical argentino ha sido, por lo tanto, una de las principales barreras para la obtención de una atención médica universal, equánime e integral. Paralelamente, la fuerza de los sindicatos más consolidados se sobrepone a los propios organismos de unidad sindical como la C.G.T., impidiendo una acción realmente igualitaria de las condiciones de vida de los trabajadores por parte de estos organismos.

A lo largo de los dos gobiernos peronistas, el estado argentino todavía tenía alguna fuerza que le permitía negociar en condiciones de superioridad con las funciones corporativistas de la sociedad. El período que marca el fin del peronismo y la dictadura militar, representó una pérdida creciente del poder normativo/regulador del Estado en la Argentina, ocasionando la pérdida de los instrumentos administrativos de control y negociación colectiva, especialmente en lo que se refiere a la cuestión social.

Hoy se pretende encontrar una línea de orientación que refuerce el camino correcto de las negociaciones colectivas en el marco de la construcción de un pacto social que permita reconstruir el papel redistributivo del Estado. Pero las vías han sido muy distintas y generalmente se han caracterizado por una situación de empate donde se mueven en el medio de las presiones de la burguesía y de los sindicatos, ergo una situación extremadamente difícil.

Frente a esta situación no hay muchas perspectivas inmediatas, puesto que la función redistributiva del gobierno depende de la construcción de un pacto social. Para que sea posible un pacto social, es necesario que el Estado fortalezca su estructura interna. Pero el fortalecimiento de la estructura interna del Estado exige un redimensionamiento del gasto público el cual depende de una redefinición de los mecanismos redistributivos y fiscales. Ese círculo vicioso tendría que ser interrumpido de alguna forma, pero hasta el momento no se han encontrado los eslabones débiles, que permitan ruptura.

#### VII - Los Avances y Bloqueos del Camino de una Mayor Equidad

No obstante tales obstáculos de naturaleza corporativa, la Argentina ha avanzado en el sentido de buscar una mayor equidad de los servicios de salud. Tales avances pueden ser substanciados desde tres ópticas distintas: avances legales, avances en el papel que juega el sector público, y avances obtenidos en la mejoría de los instrumentos de regulación.

Los avances legales se expresan con la Ley del Seguro Nacional de Salud, la cual fue aprobada por la Cámara de Diputados y se encuentra en vías de ser aprobada por el Senado Federal argentino. El Seguro Nacional de Salud toma en consideración algunos datos de la compleja situación política argentina, tales como la dificultad de unificar el sistema a través de la creación de una única Obra Social. La mayoría de los países desarrollados que han adoptado el sistema de seguridad social, tienen en un único órgano estatal y un único plan de asistencia médica para los trabajadores del país y sus respectivas familias. En el caso argentino cada Obra Social tiene un sistema de asistencia médica diferente, lo que obliga al país a convivir en una extrema heterogeneidad de condiciones reales de cobertura. Hay dos datos perversos derivados de esta heterogeneidad. El primero consiste en la fragmentación de la población cubierta en distintas modalidades asistenciales, acentuando fuertes desigualdades al nivel de acceso por parte de los beneficiarios, y diferentes condiciones de producción de servicios, por el lado de la estructura de asistencia médica. El segundo dato perverso es la dificultad de clasificación de los trabajadores en las 350 Obras Sociales, lo que determina la existencia de afiliados a dos, tres o más obras sociales. Esa superposición contribuye a un fuerte desperdicio en lo que se refiere a las fuentes de financiamiento, costos administrativos, etc. La contabilidad de los recursos desperdiciados con esa superposición no es fácil de llevar, pero explica el porqué de los altos costos administrativos en los servicios de salud en la Argentina, los cuales llegan a más del 20% según estimaciones no oficiales.

Además de esta heterogeneidad institucional, los desperdicios y las dificultades de control, la red de servicios se encuentra en una situación de real deterioro de su estructura, sin haber posibilidades de una implementación de sistemas de jerarquización, evaluación, referencia, y contra-referencia.

La dificultad de integración no está reflejada a nivel técnico, pero sí a nivel político. La tradición corporativista mencionada en el ítem anterior, no permite desmontar de inmediato la trama de intereses creada en torno a las Obras Sociales. Para la población, la diferenciación de atención es un símbolo de "status". Para los dirigentes sindicales, el control de las Obras Sociales es una fuente de poder político. Esto sin contar la corrupción que, aún cuando residual, es permitida a partir de la absoluta falta de control existente en el sistema. Así en el corto plazo, aún con todos estos problemas, se tiene que respetar la personalidad jurídica de las Obras Sociales.

Si no es posible unificar las obras sociales del punto de vista institucional o administrativo, es posible hacer una integración funcional. La ley del Seguro Nacional de Salud pretende integrar funcionalmente las obras sociales a partir de algunos principios básicos:

- universalización de la cobertura para toda la población;
- garantizar un nivel mínimo de equidad a través de una forma más solidaria de financiamiento del sistema;
- posibilitar una integración efectiva en la atención de salud, aún con un sistema pluralista en términos

de clientelas y modalidades de financiamiento;

- permitir un alto nivel de desconcentración (descentralización) transmitiendo mayores responsabilidades a las provincias en la coordinación local del sistema, al mismo tiempo en que se busca garantizar una federalización de la normatización y el control de las acciones.

La universalización de la cobertura se pretende hacer mediante la incorporación de dos importantes segmentos excluidos: los indigentes y los autónomos. Los primeros serán integrados directamente en las Obras Sociales de las provincias (las cuales no son afiliadas a INOS, manteniendo una estructura independiente a partir de una confederación). Para tal, se pretende aumentar las transferencias del gobierno federal para las provincias. En cuanto a los autónomos, hay una primera dificultad en su inclusión: cómo caracterizarlos? dónde clasificarlos? Deberán ingresar en las Obras Sociales ya existentes o deberán participar de una obra social exclusiva? Si esta última hipótesis fuera verdadera, cuál es la base de contribuciones de los autónomos sobre sus rendimientos para que estos puedan participar del sistema de forma viable? Todas estas preguntas son decisivas, puesto que en la medida en que los autónomos no tienen patrón, tendrán que contribuir con alignatos mayores sobre sus rendimientos. Todavía en lo que dice con respecto a los autónomos, vale hacer una diferenciación entre ellos y los llamados "cuenta-propistas" que caracterizan situaciones mucho más precarias de inserción en el mercado de trabajo. Finalmente, se puede mencionar cómo controlar la evasión

de la recaudación, por la declaración de rendimientos en contraste con los reales, en un sector donde no existe un control efectivo de las rentas recibidas por la mayor parte de sus integrantes.

La garantía de un nivel mínimo de equidad estaría dada a partir de la obligación legal de prestación y cobertura mínima de servicios para la totalidad de las Obras Sociales. Debería ser estudiada, inicialmente, una forma de componer un conjunto de procedimientos que no ignoren las Obras Sociales más pobres. En la medida en que un nuevo sistema vaya ganando consistencia, tal nivel sería extendido a servicios de mayor costo y complejidad, hasta llegar a un nivel más homogéneo de cobertura en todas las Obras Sociales.

La integralidad y la descentralización podrían estar definidas a partir de la creación de sistemas de atención a la salud más completas que posibiliten la planificación en conjunto o las modalidades de atención, de forma jerarquizada, con las acciones de carácter preventivo prestadas por el sector público y las acciones de vigilancia sanitaria y ambiental. Es necesario que tales acciones se definan a nivel ejecutivo local, consecuentemente pueden ser normatizadas, acompañadas y evaluadas en el ámbito federal.

Aún con todas estas perspectivas, la Ley del Seguro Nacional de Salud trae en sí el desafío político conciliar los intereses de los sindicatos con el papel redistributivo del sector público, en tanto instrumento para una mejoría de las condiciones

de vida creando una unión funcional en un cuadro de pluralidad administrativa.

Desde la óptica de la ampliación de las funciones del Estado, además de los aspectos ya mencionados, se pretende elevar la capacidad redistributiva a partir del Fondo Solidario de Redistribución, el cual no es más que el actual Fondo de Redistribución (10% de la recaudación de las Obras Sociales) con algunas modificaciones. El nuevo fondo será compuesto por 10% de la mayoría de las Obras Sociales, 15% de las obras sociales con mayores recursos (las patronales y de personas de la dirección) y 50% de los recursos que ingresan al sistema a partir de las llamadas "leyes especiales" (1% sobre el consumo de energía eléctrica; 0,2% de los depósitos a la vista en la red bancaria, etc.) Actualmente los recursos del Fondo de Redistribución suman cerca de US\$ 250 millones, para un presupuesto integrado de cerca de US\$ 2,2 billones de las Obras Sociales. Con la nueva propuesta se pretende elevar en un 1/3 la recaudación del Fondo de Redistribución, pues solamente la última fuente mencionada (50% de los recursos originados de las leyes especiales) representa un fuerte crecimiento de los recursos.

El nuevo proyecto preve mayor autonomía del INOS en la repartición del Fondo de Redistribución, evitando los actuales endeudamientos de la grandes Obras Sociales con el Fondo para efectos de financiamiento de déficits. Con eso el papel del sector público en el fomento a la inversión y gastos al mantenimiento, en la búsqueda de mayor equidad, se hará sentir en forma más intensa.

Bajo la óptica de los instrumentos de control, se pretende crear un mecanismo efectivo de monitoreo de las aplicaciones hechas por las Obras Sociales, ya sea en lo que respecta a la cobertura del nivel mínimo de cobertura asistencial propuesto, cómo en lo que se refiere al control de las transferencias hechas al sector privado, evitando fraudes y proporcionando mayor eficacia en el retorno de las prestaciones pagadas. En ese sentido una de las propuestas en curso tiene que ver con el perfeccionamiento de los nomencladores y de las tablas de servicios a partir de la utilización de pagos por diagnóstico y no solamente por procedimiento, tales como las estrategias de DRG (Diagnosis Related Groups) utilizadas en Inglaterra y en los Estados Unidos que combinan criterios de pago con la obtención de información sobre el cuadro nosológico.

#### VIII - El Estado actual de las estrategias de negociación

La ley del Seguro Nacional de Salud aprobada en la Cámara de Diputados ha sido negociada recientemente con la Confederación General de Trabajadores (C.G.T.), la cual le ha dado apoyo en sus aspectos más generales. Faltan otras fases de negociación tales como empresarios, provincias, Asociación Médica, dueños de hospitales, etc. Para continuar en este proceso de negociación fue instituída desde 1984 la "Comisión Permanente de Concertación en Salud".

A pesar de existir desde 1984 tal Comisión, solamente comenzó a funcionar efectivamente en 1987. A lo largo de es-

tos últimos meses algunos puntos relacionados con las tablas de pago ya han sido negociados y aprobados, aunque todavía estén en espera de la aprobación de la Asociación Médica Argentina. De cualquier forma, los acuerdos puntuales han sido siempre más fáciles de negociar que los acuerdos de carácter general.

Sin lugar a dudas, una etapa importante de la negociación será el aumento de la contribución de las empresas en la composición de los fondos de costeo de las obras sociales, lo cual ya fue referido en el ítem V de este informe.

#### IX - Comentarios Generales sobre las Propuestas de Cambio

Uno de los objetivos principales de la nueva estrategia institucional en el campo de la salud en la Argentina es recuperar el papel del sector público en la conducción de las políticas de salud, para lo cual, se hace necesario aumentar el margen de las acciones estatales, en especial en lo que se refiere a las llamadas acciones básicas de salud, las estrategias de Atención Primaria, especialmente, a nivel de las provincias, lo que significa aumentar la base de costeo efectivo del sector público. Hace 15 años, la participación del sector en el funcionamiento global del sector era de un tercio del gasto total, lo mismo sucedía por las Obras Sociales y el Sector Privado. Hoy, como fue visto en el ítem I, el sector público redujo su participación al 22%, ampliándose la participación del sector privado y de las Obras Sociales al 39%, respectivamente.

Recuperar la capacidad financiera del sector público es una tarea que no va a suceder de la noche a la mañana. Mientras tanto esto es necesario para garantizar mayor equidad y universalidad del acceso, mediante la cobertura de los indigentes y de los autónomos por las Obras Sociales.

Es verdad que existen planes de reequipamiento de los hospitales y ambulatorios de la red pública tanto en la capital como en las provincias. Muchos recursos internacionales también están siendo dirigidos hacia la red pública, como es el caso de la construcción de los once hospitales financiados por el BID, a ser construídos en las provincias con capacidad total de 3.300 camas.

Es verdad también que han aumentado el número de contratos, credenciamientos y convenios de las Obras Sociales con la red pública como es el caso de los 3,6 millones de dólares que son transferidos anualmente a la Municipalidad de Buenos Aires (cerca de 7% del presupuesto total del sector público en salud de aquella Municipalidad).

Mientras tanto se debe tener cuidado con el hecho de que muchos mecanismos que vienen siendo propuestos podrán tener un efecto contrario al esperado en términos del aumento de los recursos. Un ejemplo claro de esa afirmación es lo que puede ocurrir con la eliminación de las duplicaciones y desperdicios a través de la doble o triple cobertura de un mismo individuo por las Obras Sociales. Se debe mencionar que uno de los sostenes de la opulencia del sistema consiste en la doble o triple recaudación,

lo que hace que las Obras Sociales tengan que cubrir en la práctica un número menor de personas proporcionalmente a lo que recauda efectivamente.

En realidad, la cobertura de múltiple recaudación tiene origen en un problema de mayor envergadura que es el multi-empleo que aumentó en gran escala en la sociedad argentina como mecanismo de defensa ante el deterioro de los salarios reales. Por tanto, la eliminación del efecto "caída de recaudación" con base en la caída de cobertura sólo tendría sentido si hubiese una gran elevación de la tasa de salarios, lo que depende de variables y tendencias macro-económicas no controladas por el sistema y dependientes del proceso político redistributivo.

Una posible solución para ese punto sería crear un catastro único de beneficiarios de las Obras Sociales, centralizado en el INOS, de forma que cada individuo o familia independientemente de las contribuciones que hiciese, solo tuviese una sola Obra Social para su atención. De cualquier forma, los mecanismos para implantar tales innovaciones son complejos y lentos, exigiendo una mayor capacidad de control técnico y administrativo de la que actualmente existe.

Otra cuestión se refiere a la creación de una Obra Social para los autónomos. Estos, como fue señalado, no tienen un perfil totalmente desconocido, lo que obliga a tomar medidas concretas para conocerlos. Las investigaciones por muestras de domicilios realizadas semestralmente por el INDEC podrán servir de punto de partida para caracterizar mejor a estos trabajadores.

Tales investigaciones permiten conocerlos según variables como sexo, grupos de edad, tipo de ocupación, escolaridad, nivel de rendimiento, condiciones habitacionales, estado civil y muchas otras, con una desagregación a nivel de provincias y capitales provinciales. Mayores detalles podrán ser obtenidos a través de investigaciones realizadas por el propio INDEC, en convenio con la Secretaría de Salud del MSAS o con el propio INOS.

La cuestión de la base técnica del sector prestador de servicios de salud es otro punto que merece atención. Se conoce que la Argentina sufrió un largo proceso de estancamiento en lo referente a las inversiones en capacidad tecnológica en salud. Tal hiato tecnológico fue cubierto hasta la segunda mitad de los años setenta por el crecimiento y capacitación del sector privado. La crisis económica de los años ochenta, trajo un gran estancamiento económico al país, ocasionando pérdida de la capacidad de inversión de ambos sectores. Al mismo tiempo, se procesaban fuertes transformaciones en la base técnica de los servicios de salud, que pasaron a exigir nuevos equipamientos y nuevos procedimientos, los cuales significaban un alto costo de internalización por parte del sector privado. En es contexto, solamente el sector público, podrá volver a tener escala para una gran parte de estas nuevas inversiones. El sector privado tendrá que esperar largos plazos de retorno a la inversión realizada, lo que ocasionaría pérdidas en el corto plazo, o aumento de los costos indeseables para los consumidores.

Por último, vale la pena mencionar, que el sector salud en Argentina precisa de tantos nuevos cuadros técnicos. Hay una



buena cantidad de profesionales altamente capacitados pero que se encuentran dispersos en múltiples actividades aisladas y no contribuyen continuamente para mejorar la capacidad crítica de análisis, diagnóstico y proposición de innovaciones para el sector. Creo que se requieren esfuerzos en el sentido de aglutinar la producción técnica-académica aislada de estos individuos, muchos de los cuales, se encuentran en la frontera del conocimiento de su área, y posibilitarles un proyecto común, donde haya espacio no sólo para la creatividad y la crítica, sino también para la construcción y la formación de nuevos cuadros para el sector.

#### X - El Sistema de Información para la Salud en Argentina

A primera vista, el sistema de informaciones para la salud en Argentina puede ser dividido en tres componentes: las investigaciones domiciliarias (censos demográficos, investigaciones por muestras domiciliarias, investigaciones de empleo y desempleo e investigaciones por presupuestos familiares elaboradas en conjunto con los levantamientos de precios al consumidor); las investigaciones por establecimientos (censos económicos, investigaciones industriales, etc.) y los registros administrativos (registro civil, estadísticas de la seguridad social, estadísticas de las asociaciones médicas). Tal sistema estadístico tiene, en cierto sentido, un nivel de desagregación provincial, aunque sea necesario ampliar la cobertura de algunos temas.

Las estadísticas domiciliarias, en especial los censos demográficos, las investigaciones por muestras domiciliarias,

permitirán obtener un buen levantamiento de las condiciones socioeconómicas de la población para mapear la demanda potencial de los servicios de salud (en líneas generales) de acuerdo con las características básicas de la clientela. El INDEC pretende para el censo demográfico de 1990, utilizar procesos de digitalización óptica de los mapas censitarios permitiendo obtener, para cada área de 200 domicilios, una serie de informaciones socioeconómicas. En estos mapas censitarios, serán ploteadas informaciones sobre oferta de servicios sociales (educación, salud, etc.) a partir de las informaciones recogidas en las provincias y municipalidades. Con eso será posible tener una representación geográfica de demandas sociales por oferta de servicios, siendo posible establecer zonas de riesgo, a partir de determinadas clases de enfermedades asociadas al perfil socioeconómico de la población (curvas de iso-riesgo). Como para estas mismas regiones se tendrán informaciones sobre la estructura de la oferta de servicios, será posible inferir cuáles son las regiones que deben ser objeto de mayor intervención del estado en el campo de las políticas de salud, a partir de una visión de planeamiento estratégico. Se sugiere que la OPS dé fuertes incentivos a ese proyecto.

A nivel de las estadísticas domiciliarias, las investigaciones de presupuestos familiares relacionados con los índices de precios al consumidor, proporcionan una buena base mensual de datos para acompañar la estructura de gastos de salud de las familias en sus modalidades básicas (consultas, gastos hospitalarios y gastos en medicamentos) constituyéndose tal información en una excelente fuente para monitorizar la cobertura efectiva (por diferencia) de los servicios prestados por las obras sociales y

por el sector público.

A nivel de las estadísticas por establecimiento, el sector salud en Argentina carece de informaciones que pudieran ser relevadas de forma descentralizada en la totalidad de los establecimientos hospitalarios y ambulatorios públicos y privados existentes en el país, tal como es realizado en el Brasil por la encuesta de asistencia médico sanitaria (AMS). Tal investigación levanta anualmente informaciones sobre la naturaleza del establecimiento, especialización, capacidad instalada (equipamiento, camas, consultorios) producción de servicios (consultas altas, internaciones y movimientos de pacientes por día por clínicas), recursos humanos por categoría profesional y datos financieros, ingresos y gastos por clase del establecimiento. Esto permite crear indicadores de resolutivez de los servicios, así como proporcionar una serie de informaciones estratégicas para un control efectivo del sector. Según consultas realizadas, existe un fuerte interés por parte del gobierno y de investigadores en salud, en realizar una investigación de esa naturaleza en Argentina.

Por último, cabe resaltar la escasez de una consolidación de los ingresos y gastos del sector salud, sea en el nivel de las obras sociales, sea a nivel del sector público federal, provincial y municipal. Sugiere-se que en convenio con el INDEC sean elaborados dos formularios patrón, uno para obras sociales, y otro para las provincias y municipalidades a efectos de computar

anualmente la estructura de ingresos/gastos de estas instancias institucionales.

Todas estas informaciones podrán ser centralizadas y sistematizadas en la Secretaría de Salud del MSAS, a efectos de viabilizar la planificación estratégica en un núcleo que promueva el tratamiento derivado de estas informaciones y la realización de diagnósticos rápidos teniendo en mente alimentar el planeamiento estratégico del sector.

Este núcleo debe tener una estructura organizacional simple. Esto es, tres áreas, fin y dos áreas medio. Estas áreas fin serán las de estudio a nivel de la demanda por servicios (perfil socioepidemiológico de las poblaciones), de oferta y estructura interna de los servicios (aspectos productivos, organizacionales, microeconómicos, etc.) y de estructura de financiamiento sectorial (aspectos macroeconómicos, presupuestarios, indicadores generales de desempeño financiero, necesidades de inversión, ciencia y tecnología). Las dos áreas medio deberían ser, una de apoyo administrativo (relación con otros órganos, colección y gerenciamiento de las informaciones) y otra de apoyo informático (banco de datos, sistematización de las informaciones) y producción de estadísticas derivadas).

	Nº de páginas
157. <u>GIAMBIAGI, Fabio. Decisões Independentes, Expectativas e Racionalidade Econômica: Uma interpretação para o Fracasso dos congelamentos. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1988 (Discussão, 157)</u>	25
158. <u>JAGUARIBE, Anna Maria. Projeto Estado. Bases para uma comparação entre Brasil, Itália e Espanha nos anos 60-80. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1988 (Discussão, 158)</u>	38
159. <u>OZORIO, Anna Luiza. A posição do ensino de economia na UFRJ: funcionários, professores e verbas. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1988 (Discussão, 159)</u>	31
160. <u>TAUILE, José Ricardo. Notas sobre tecnologia, trabalho e competitividade no Brasil. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1988 (Discussão, 160)</u>	27
161. <u>MEDICI, André Cezar. Observaciones sobre el financiamiento del sistema de salud argentino. IEI/UFRJ, Rio de Janeiro, 1988 (Discussão, 161)</u>	33