

Año 2016

**BOLETIN DE  
SISTEMAS Y POLÍTICAS  
DE SALUD**

Boletín N° 3

## Breve reseña histórica de la evolución de los Sistemas de Salud. El caso Argentino: una historia de fragmentación e inequidad

Lic. María Teresa Rossi(\*) Lic. Amanda N Rubilar (\*\*)

### CUARTA PARTE

#### LA DÉCADA DE LOS '90 Y LA CRISIS

En 1.989 asume el gobierno el Dr. Carlos Saúl Menem, quien a partir de 1.990 impulsó un acelerado proceso de transformación de las estructuras estatales y del conjunto de la economía Argentina.

Durante la “Primera Reforma del Estado” (1.989-1.996) tuvieron lugar los grandes procesos de transformación, la estabilización monetaria, la privatización de empresas y la transferencia de servicios públicos, la desregulación, la apertura económica y la integración regional.

Con las políticas establecidas por el llamado “plan de convertibilidad” de 1.991, comienzan a instrumentarse en la Argentina diversas medidas traducidas en reformas estructurales.

A partir de la Convertibilidad se impone el modelo neoliberal que transformará a lo largo de 10 años la situación económica y social del país de manera profunda, y que tiene su origen en

la dictadura militar instaurada en 1.976, que dispuso una liberalización indiscriminada del mercado financiero argentino y desencadenó un proceso de endeudamiento especulativo totalmente desvinculado de la expansión de la capacidad productiva y del fortalecimiento de la balanza comercial.

De acuerdo con Belmatino y Bloch <sup>(31)</sup>, en la década de 1990, en paralelo a la reconversión de los mercados y las transformaciones de la actividad estatal producidas a nivel macro social se generó un intento de cambio institucional orientado a superar las distorsiones que la provisión de atención médica había acumulado a lo largo de su desarrollo en las décadas centrales del siglo XX.

Efectivamente, partir de la crisis hiperinflacionaria 1989-1990 se producen modificaciones significativas en la relación entre financiadores y proveedores, siendo la principal la desregulación de los contratos.

A partir de ese momento se realizan contratos de riesgo y se reemplaza la libre elección del profesional y el pago por prestación por estrategias de selección de proveedores y pagos globalizados, modulados o capitados.

La cápita, que consiste en un pago preestablecido por beneficiario y por mes a la institución prestadora de los servicios, permite transferir a la oferta el riesgo derivado de los costos catastróficos en la atención de un conjunto determinado de beneficiarios, desincentiva las conductas oportunistas por parte de los proveedores tales como la sobreprestación o

(\*) Directora Asociada Consultora ExcelGess  
<http://www.consultora-excelgess.com/>

(\*\*) Directora General Consultora ExcelGess

(31) Belamartino,S; Bloch, C.; Báscolo, E. “La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios Provinciales” SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA CEDES. SEMINARIO IV – Julio 2002.

Disponible en:  
[http://www.cedes.org/download/serie\\_sem/SSPP200204.zip](http://www.cedes.org/download/serie_sem/SSPP200204.zip)

sobrefacturación de servicios, así como el aumento de los costos a causa del exceso de la capacidad instalada y el libre acceso de los pacientes a cualquiera de los niveles de atención.

El pago de las internaciones a través de módulos crea en las instituciones un incentivo para evitar los costos innecesarios.

En función de la libertad de contratación imperante financiadores y proveedores pactan libremente valores de cápitas, listados de profesionales y servicios integrados en el contrato y procedimientos cubiertos.

Con el objeto de proveer servicios integrales a las entidades financiadoras se conforman Uniones Transitorias de Empresas UTEs o Redes de Prestadores, asociaciones de sanatorios privados, a las que en algunos casos se incorporan asociaciones de profesionales independientes, sanatorios de obras sociales y hospitales públicos que acuerdan condiciones de contratación con determinadas obras sociales. Contratos globales asignan a la UTEs o Redes sumas globales que deben administrar y transformar en honorarios para remunerar la atención suministrada por sus miembros, los que actúan como proveedores directos.

Esta modalidad de contratación dio origen a la aparición de empresas intermediarias entre la oferta y la demanda (gerenciadoras) encargadas de administrar la cápita y de asumir así el riesgo económico.

La selección de proveedores redujo de manera significativa la oferta de profesionales y servicios para cada obra social y los beneficiarios de las mismas sólo pueden optar entre los servicios integrados a la red de proveedores con la cual la entidad financiera ha formalizado contrato, aunque sigue vigente la posibilidad de ingresar por cualquiera de los niveles. Tampoco se establecieron límites a la libertad de prescripción de los profesionales.

Dentro de este marco general de la reforma del Estado, a principios de 1992 el Poder Ejecutivo Nacional definió las políticas de salud mediante el decreto 1269/92 que estableció cuatro políticas sustantivas: lograr la plena vigencia del derecho a la salud para toda la población; mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica, mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población; disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir; redefinir y orientar el rol del sector salud del Estado Nacional.

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

A partir de 1993, los distintos gobiernos con el apoyo de los organismos de crédito internacional y la OPS/OMS iniciaron la Reforma Sectorial en Salud. Los ejes centrales de la Reforma Sectorial fueron: asegurar un conjunto de prestaciones básicas a toda la población; dar mayor eficiencia a los recursos disponibles; introducir elementos de mercado y competencia entre efectores y seguros; estimular el financiamiento

desde la demanda, y mejorar la calidad de los servicios.

En ese mismo año por decreto n° 507/93 del Poder Ejecutivo Nacional, las funciones de aplicación, recaudación y ejecución judicial de los recursos de la seguridad social, entre los que se encuentran los aportes y contribuciones con destino al régimen de las obras sociales se transfirieron y centralizan en la Dirección General Impositiva (DGI).

Asimismo, la reconversión de las obras sociales, en particular las sindicales, es el tema que se aborda en una primera etapa de la citada reforma del sector.

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

Con el decreto 9 de 1993, se inicia la salida del esquema solidario que había prevalecido hasta entonces, y se introducen importantes modificaciones al subsistema de la seguridad social.

Ese mismo año, mediante el decreto 576 que reglamentaba las leyes sancionadas en 1988, se terminaron de definir los aspectos relacionados con la libre elección para el seguro nacional de salud en conjunto. Se incorpora entonces

a los pasivos dentro del conjunto de beneficiarios que puede optar por la obra social que desee, se prohibió la doble afiliación de los beneficiarios.

Como lo señala Cetrángolo <sup>(32)</sup>, “el decreto 576/93 es el primero que hizo referencia al Seguro Nacional de Salud en su totalidad, terminando de definir una “especial” interpretación del criterio de justicia distributiva prevaleciente en la ley 22.661. La extensión de la cobertura “mínima” asegurada (a ser definida por el Ministerio de Salud y Acción Social) a la totalidad de los beneficiarios del sistema se vio contrarrestada con la reducción del universo de beneficiarios. Los autónomos se incorporarían voluntariamente al sistema siempre que pudieran realizar un aporte mínimo equivalente al valor de la prestación básica más lo correspondiente al Fondo Solidario de Redistribución. Por su parte, los carenciados se restringieron a aquellos comprendidos en el Programa de Asistencia a Carenciados y no se fijaron las condiciones de incorporación. Paralelamente, se fueron tomando medidas que intentarían definir aspectos necesarios para la instalación de la libre elección”.

Por otro lado, se introdujo la posibilidad de pactar entre empleados y obras sociales planes diferenciales de salud. Asimismo, se ratificó el decreto que el titular disponga del total de sus aportes y contribuciones para la libre elección del agente de salud que desee.

La idea era facilitar la competencia de las obras sociales entre sí y con las compañías de salud privadas (las denominadas *prepagas*), estimulando la elección por parte de los afiliados de la obra social y garantizando que todas las

---

<sup>(32)</sup> Cetrángolo, O.; Devoto, F. “ORGANIZACIÓN DE LA SALUD EN ARGENTINA Y EQUIDAD. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual “. Documento presentado en el Taller: “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, en la ciudad de Toronto, el día 17 de junio de 2002.

Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/SALUDE\\_QYREF.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/SALUDE_QYREF.pdf)

entidades brinden una cobertura obligatoria (Programa Médico Obligatorio) que incluye las principales prestaciones, diagnósticos y tratamientos. Para ello, cada obra social debe presentar un plan de modernización que cumpla las normas de desregulación, de actualización del padrón de afiliados, los modernos criterios de gestión, y que asimismo garantice una canasta de prestaciones.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) fue incorporado al Sistema del Seguro de Salud en función de lo establecido por el Decreto N° 492/95. Una Comisión intersectorial tuvo a su cargo la elaboración del Programa y se estableció un período de seis meses desde su aprobación para que comenzara a ser exigible. El Decreto N° 247/96 aprobó la canasta del Programa Médico Obligatorio (PMO) cuya no cobertura por parte de un agente de seguro implicaría su fusión con otro u otros agentes. El PMO garantiza prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico, odontológico y medicamentos. No admite períodos de carencia, como tampoco modificar los valores de los coseguros estipulados en él. Las prestaciones no incluidas podrán ser brindadas a través del mecanismo de la excepción.

En 1.995 se redefinió el Fondo Solidario de Redistribución, creado en la década de los 70 y al cual todas las obras sociales aportaban obligatoriamente un 10% de sus ingresos. El Fondo era destinado a compensar a las obras sociales de menores ingresos pero su manejo se hacía en forma discrecional. Por Decreto N° 292/1995 se modificaron las funciones de redistribución, dándole un carácter automático. Luego el Decreto N° 492/95 garantizó a cada obra social un monto de ingresos mínimo prefijado de \$40 por titular.

Los decretos de desregulación de las obras sociales y control de la medicina prepaga firmados en octubre de 1996 permitían a las empresas de medicina privada funcionar como obras sociales,

en consecuencia, deberían tener el mismo tipo de control que aquellas, contar con solvencia económica y financiera, y reunir requisitos de atención médica.

Otros actores involucrados fueron los hospitales públicos. Las nuevas normativas promovieron la descentralización funcional de los mismos, el incremento de su capacidad de autogestión institucional y la elevación de su nivel de eficiencia y eficacia.

El decreto 578/93 del Poder Ejecutivo Nacional estableció un marco normativo para el desarrollo del hospital público de autogestión (HPA) e invitó a las provincias a adherir a esa propuesta, que propendía a lograr la descentralización funcional de los hospitales públicos, incrementar su capacidad de gestión institucional, elevar su nivel de eficiencia y mejorar su nivel de autofinanciamiento. El citado decreto estableció además el Registro del hospital público de autogestión incluyendo un sistema de pago automático para las prestaciones otorgadas por los agentes del Seguro de Salud a los hospitales.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) creada a partir de la fusión de la ANSSAL (ley 23.661), el INOS (ley 18.610) y la DINOS (ley 23.660), como organismo descentralizado, en 1996 en jurisdicción del Ministerio de Salud y Acción Social. El Decreto N° 1.615, establecía la autarquía administrativa, económica y financiera del ente que tiene a su cargo fiscalizar y supervisar el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de obras sociales, la supervisión del Programa Médico Obligatorio y el cumplimiento de las obligaciones de pago de los entes comprendidos en el Sistema respecto a los Hospitales Públicos de Autogestión.

Entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, el que se basó en el funcionamiento de operadores privados, encargados de gestionar y atender las

necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. El nuevo sistema cambió totalmente las normas existentes al poner en funcionamiento un conjunto de regulaciones, disposiciones y mecanismos que permitieron su estructuración en poco tiempo. El sistema es supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Hacia 1.998, se inició la discusión acerca de los contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del subsector público de atención de la salud. La compra y venta de servicios a terceros encuentra su marco legal en la normativa de los hospitales públicos de autogestión (HPA) que establecía la posibilidad de que los mismos firmen convenios con entidades de la seguridad social u otras, de que cobren servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores, y de que se integren en redes de servicios. Para facilitar la facturación de los hospitales públicos se establecieron aranceles modulares (Resolución N° 282/93 del Ministerio de Salud y sus actualizaciones). La descentralización de la gestión hospitalaria ha conferido flexibilidad administrativa a los directores permitiendo a las autoridades locales privatizar algunos servicios (alimentación, limpieza, etc.).

En ese mismo año (1998) la opción de libre elección queda limitada a las obras sociales sindicales, mixtas, de la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados y de personal de dirección.

Tal como lo afirman Mera, J. y Bello, J. <sup>(33)</sup>, desde el momento de lanzamiento de la posibilidad de traspaso, se generó una estrategia de acuerdos entre obras sociales “chicas” y empresas de medicina prepaga u obras sociales de

personal de dirección, con el propósito de atraer nuevos afiliados mediante el acceso a los planes ofrecidos por estas organizaciones. Esto ha determinado la opción de traspaso de buena parte de los beneficiarios; en efecto, de las 15 entidades que más altas tuvieron entre Mayo de 1998 y Febrero de 1999, nueve tenían convenios de este tipo y concentraron el 64,8% del total de altas en ese período, desempeñando en los hechos el papel de “gestoras de padrones”.

Esta situación contradictoria encuentra su explicación en el camino ambivalente desarrollado por la legislación, que evidencia el variable poder de presión de los distintos actores involucrados (obras sociales sindicales, obras sociales de personal de dirección y empresas de medicina prepaga) en las distintas etapas de este proceso de desregulación.

El profundo proceso de transformación que se llevó a cabo a partir de 1.990, desde su inicio mostró indicadores económicos que revelaban el crecimiento de la economía, pero a la vez se registraba una marcada concentración de la riqueza y de la distribución de los ingresos entre los sectores de mayor nivel adquisitivo.

Los cambios producidos en muchos sectores fueron profundos y acelerados, y esto ocasionó que algunas privatizaciones se transformaran en nuevos monopolios privados, o bien que los marcos de regulación no sean considerados eficientes para proteger a los usuarios.

Los índices de desocupación alcanzados, así como otros indicadores sociales, muestran que el crecimiento económico logrado no aseguró por sí solo un aumento del bienestar para amplios sectores sociales, y los sistemas y programas sociales aplicados no han sido

<sup>(33)</sup> Mera, J.; Bello, J. “Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina. Una introducción”. Buenos Aires OPS 2003.

Disponible en: [http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/Pub56.pdf](http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub56.pdf)

suficientes para sustentar el proceso de transformación. Tales modificaciones son de referencia obligada como contexto de los cambios en el sector salud.

La falta de financiamiento y la pérdida de impulso del modelo (evidente desde 1.995), pusieron de manifiesto la abrumadora dependencia Argentina del respaldo económico externo. En ese contexto el gobierno decidió aplicar severas disposiciones para aliviar el déficit fiscal, achicando el gasto público mediante fuertes recortes a los programas sociales e intensificando las medidas contra la evasión tributaria.

En las elecciones presidenciales de 1999 triunfa la Alianza, partido político nacido en 1997 de la coalición entre la Unión Cívica Radical (UCR) y el Frente para un País Solidario (Frepaso), el Dr. Fernando de la Rúa asume en diciembre de ese año como Presidente de la Nación.

El nuevo gobierno heredaba una situación económico social complicada, por el elevado endeudamiento externo, las limitaciones que imponía el modelo de convertibilidad, y el marcado retroceso que sufrieron los indicadores sociales a lo largo de la década de 1.990, por lo que hubo de afrontar muy pronto condiciones sociales y financieras sumamente críticas.

En lo que respecta al sector salud, además de las transformaciones señaladas la evolución de la oferta durante ese período se caracterizó por la incorporación de nuevas formas organizativas: servicios de emergencia, traslados, hospital de día, cirugía ambulatoria, internación domiciliaria.

Además, a partir de la apertura de la economía, el sector privado a pesar del sobredimensionamiento de la oferta de servicios y la contracción del gasto, adoptó la estrategia de diferenciación del producto a través de la incorporación de tecnología de alta complejidad, buscando de este modo recomponer la tasa de retorno.

A mediados de la década mencionada, tanto el crecimiento de la población cubierta por obras sociales así

como la utilización de las mismas para la atención de su salud cambia de sentido en función del aumento de la desocupación y el incremento de personas y familias que al perder su relación de dependencia se separan de la cobertura de las obras sociales. Por otra parte disminuye la pertenencia de la población a prepagos privados de salud ya sea por pérdida de su empleo o por no poder mantener sus cuotas de afiliación al día.

Además, la tendencia durante esos años ha sido transferir parte de la financiación a los usuarios. Esto se refleja en la participación creciente del gasto privado directo sobre el gasto total del sector. La medida de política más fuerte consistió en la reducción de 1% en las contribuciones patronales que financian las obras sociales.

En el año 2000 la Reforma Sectorial se encontraba en la fase de puesta en marcha de los mecanismos de regulación y control previstos, tales como la Superintendencia de salud, el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, y el Programa Médico Obligatorio (PMO). El PMO, definido conforme a lo dispuesto por el Decreto 492/95 y aprobado en su configuración por Resolución N° 247/96 del Ministerio de Salud, fue modificado por la Resolución 939/00 del Ministerio de Salud. La misma explicitó en forma más detallada las coberturas a brindar por los agentes de seguro; puso énfasis en los aspectos de promoción y prevención; y jerarquizó la atención primaria. Normativas adicionales extendieron a todos los agentes del seguro la atención de pacientes con SIDA, de personas discapacitadas y de personas con adicciones.

Los Hospitales de Autogestión se denominaron Hospitales de Gestión Descentralizada (HGD).

Asimismo, la desregulación de las obras continuó en sus ejes principales: a) Reconversión de las obras sociales, a través del Programa de Reforma de las

Obras Sociales (PROS) con financiamiento del BM; b) busca de eficiencia y racionalización de gasto de estos agentes y su posibilidad de éxito en un mercado abierto y competitivo, lo que había reducido su número de 312 en 1994 a 275 en 1999; c) Libertad de elección de sus beneficiarios, lo que no había producido transferencias de afiliados de magnitud pues está limitada a las obras sociales sindicales (el sentido de los cambios va de las obras sociales mayores y con menor ingreso per cápita a las más pequeñas y de mayor nivel económico); d) Competencia en un plano de total apertura con las instituciones de prepago médico privado lo que se ha dado en forma de acuerdos particulares entre dirigentes de obras sociales y entidades médicas de prepago a fin de que las transferencias se produzcan por conjuntos de afiliados y no a partir de la libre elección personal.

Desde el año 2000 se han sucedido algunos intentos de incrementar el componente redistributivo de las contribuciones sobre el salario que financian las obras sociales, mediante el aumento de los porcentajes de esas contribuciones que se destinan al Fondo de Redistribución de Obras Sociales. El decreto 446 del año 2000 dispuso que esos porcentajes fueran variables según el nivel salarial y con independencia del tipo de institución, y los estableció en el 10 % (para salarios brutos menores a \$700), 15 % (entre 700 y 1500 pesos) y 20 % (mayores de 1500 pesos). El mismo decreto, suspendido en marzo del 2001, estableció además el marco regulatorio para las obras sociales nacionales.

El año 2001 se caracterizó por una gran turbulencia política y social que provocó en noviembre de ese año la renuncia del Presidente de la República, en medio de una profunda crisis económica.

La magnitud del quiebre institucional se expresa en la sucesión de presidentes interinos que se produjo hasta que finalmente la Asamblea Legislativa

designa al Senador por la provincia de Buenos Aires, el Dr. Eduardo Duhalde, como Presidente de la República. Duhalde, quien asumió con un déficit enorme, una deuda externa que trepaba los 159.000 millones de dólares, un elevado nivel de desempleo, más de la mitad de la población viviendo en la pobreza y un nivel de concentración del ingreso sin precedentes en nuestro país, anunció la formación de un gobierno de unidad nacional con representantes de otras agrupaciones políticas.

El 6 de enero de 2002, a propuesta del flamante Poder Ejecutivo, ambas cámaras del Congreso de la Nación Argentina aprobaron la ley 25561 de "Emergencia pública y reforma del régimen cambiario", que declara la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria, modificando así las condiciones fijadas por la ley de convertibilidad de 1991 y estableciendo las bases para la reestructuración de las obligaciones entre acreedores y deudores, y para el canje de títulos, así como las facultades que se otorgan al Poder Ejecutivo para la protección de los usuarios y consumidores.

Poco después, haciéndose eco de las recomendaciones de la Mesa del Diálogo Argentino, mediante el decreto 565/02 lanzó un programa de ayuda a los desocupados denominado Plan de Jefes y Jefas de Hogar, que consistía en otorgar una subvención de 150 pesos (unos 50 dólares al cambio de fines de 2002) para asegurarle a esa población un ingreso mínimo, programa que continúa en la actualidad.

Según información del Ministerio de Salud, basada en un estudio de los gastos en salud efectuado en 1997, se estima que 45% corresponden al ámbito privado y 55% al público, incluyendo en este las obras sociales públicas y privadas. De acuerdo con los datos de 1999, el gobierno nacional participó con 3,3% de los gastos totales en salud, los gobiernos provinciales con 17% y los municipios con



3,8%. El INSSJyP (a través del PAMI) aportó 8% para la atención de jubilados y pensionados, las obras sociales nacionales 16% y las obras sociales provinciales 8%. Los desembolsos particulares directos, los copagos y los pagos a seguros privados representaban 44% del gasto total. Antes de la pesificación el gasto en salud se estimaba en 650 dólares; con la crisis y la consiguiente devaluación del peso, según la Superintendencia de los Servicios de Salud esa cifra se ha reducido a unos 184 dólares como consecuencia de la devaluación, la baja de los ingresos de la seguridad social y el desempleo.

Según información de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud correspondiente al año 2000, en el país había 3311 establecimientos con internación, de los cuales 1271 en el sector público (nacional, provincial o municipal), 47 en el subsector de obras sociales, 1990 en el sector privado y 3 mixtos.

La repercusión de la crisis económica en los hospitales públicos fue severa. La interrupción de la cadena de financiación, la quiebra o insolvencia de muchas obras sociales, la crítica pérdida de ingresos económicos de la población por el alto índice de desempleo, el empobrecimiento de la clase media, entre otros factores, produjeron un enorme aumento de la demanda de servicios hospitalarios, casi todos los cuales ya venían funcionando en forma deficitaria antes del colapso financiero.

De acuerdo a datos recogidos por la Representación Argentina de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), a través de un cuestionario aplicado a los hospitales públicos de provincias y Capital Federal los mayores problemas afrontados como consecuencia de la crisis fueron:

- Los presupuestos que ya eran deficitarios se vieron notoriamente comprometidos, por el aumento significativo de los precios de los insumos, instrumental y servicios.

Los precios de los medicamentos y del material descartable aumentaron en promedio 290 y 340%, respectivamente. En algunos hospitales el rubro medicamentos llegó a representar 70% del presupuesto de la institución. Los medicamentos más difíciles de reponer fueron los anestésicos, los antibióticos de amplio espectro, los hemoderivados, la insulina, los antirretrovirales y otros.

- Quedó afectado el acceso al crédito, aun para plazos breves, y el aumento de precios, que incluso fue mayor que el del dólar, limitó seriamente la capacidad de compras programadas obligando a adquirir cantidades mucho menores.
- Los proveedores exigieron el pago al contado, o el pago diferido con fuertes sobrepagos.
- En algunos casos fue preciso retomar la práctica de volver a usar los materiales reciclables y de reutilizar prótesis previa esterilización.
- Suspensión de pruebas de laboratorio por falta de insumos y reactivos, falta de placas radiográficas. Paralización de equipos de alta tecnología con elevado costos de funcionamiento y mantenimiento.
- El deterioro del salario real y el atraso en el pago de haberes suscitaron frustración y afectaron la motivación del personal.
- La falta de presupuesto obligó a postergar la reparación y el mantenimiento de diversos equipos, tales como

esterilizadores, autoclaves, nebulizadores, tomógrafos, aparatos de rayos X y ambulancias, así como los arreglos de la infraestructura física en edificios de hospitales que suelen tener muchos años de construidos.

- Fue preciso racionar la alimentación ofrecida a los pacientes internados.
- Se percibió un aumento en la cantidad y complejidad de los trámites administrativos, especialmente en las compras, por las dificultades y nuevos procedimientos que planteaba la cambiante situación.

Al interrumpirse la cadena de pagos por las altas tasas de desempleo, muchas obras sociales y otras prestadoras de servicios quebraron o vieron severamente afectado su desenvolvimiento.

Según Mera <sup>(34)</sup>, los ingresos de las obras sociales nacionales, que cubrían más de 11 millones de beneficiarios, sin incluir al PAMI, sufrieron un descenso del orden del 12% comparando los primeros semestres de 2001 y 2002.

La recaudación directa de las obras sociales y los aportes al Fondo Solidario de Redistribución cayeron de 249 a 220 millones de pesos por mes. Las deudas acumuladas por las entidades para agosto de 2002 superaban los 1.000 millones de pesos.

La Administración de Prestaciones Especiales alcanzó una deuda de alrededor de 1.000 millones de dólares.

En este contexto es que 38 Obras Sociales, que otorgaban cobertura a más de un millón de beneficiarios, el 10% de la población bajo seguro público nacional, se encontraron en "procesos de crisis" por las dificultades para hacer frente a sus

deudas y 17 de ellas se presentaron en convocatoria de acreedores y homologaron su concurso preventivo.

Estas realidades se expresaban en la efectiva prestación de los correspondientes servicios de salud. Para enero de 2002 el 62% de los agentes del seguro, en el área metropolitana de Buenos Aires, no cumplían con las normas del PMO. Este incumplimiento llegó en otras regiones al 80%. Cabe señalar que la aceptación de hecho del bajo cumplimiento del PMO por parte de los agentes del seguro se convirtió en una modalidad operativa habitual.

Ante esta situación el Ministerio reformuló el PMO y decidió elevar los aportes de las obras sociales al Fondo Solidario de Redistribución del 10% al 15%, y del 15% al 20%, de acuerdo con el nivel salarial del trabajador y la naturaleza de la obra social. Esta medida, sumada al incremento en los aportes patronales significó un incremento del 67% en la recaudación mensual promedio del Fondo Solidario de Redistribución entre el primer semestre del año 2002 y los meses de julio y agosto, revirtiendo la caída en los ingresos anuales, producida desde 1997.

Por otra parte, la recaudación del PAMI cayó cerca de un 40% durante los últimos meses del 2001 y principios de 2002, acumulando un déficit total de u\$s \$1.867 millones al 31 de mayo 2002, lo que representa más del 75% del total de su presupuesto operativo anual.

La Ley 25.615 de julio de 2002 aprobada por el Congreso Nacional aumentó la contribución de los empleadores al PAMI del 1.5% al 2% y estableció que la deuda acumulada al 30 de junio de 2002, por aproximadamente \$1,550 millones de pesos (no incluyendo la deuda judicial, pero sí la deuda no exigible), fuera cancelada con aportes del Tesoro y con los eventuales superávits futuros del organismo.

---

<sup>(34)</sup> Mera, J.; Bello, J. "Organización y Financiamiento.....op.cit.

Las obras sociales provinciales presentaban en general un panorama similar, con desfinanciamiento por disminución del número de aportantes, y el aumento de los insumos. En ellas la evasión no jugaba un papel fundamental, pero sí la postergación o endeudamiento de los aportes de los gobiernos provinciales.

Evolución similar han tenido los seguros privados, de gran auge en la primera mitad de los años noventa, pues la crisis económica y la consiguiente disminución de los ingresos de la población han repercutido negativamente sobre su financiación, generando: un deterioro en los balances financieros de los aseguradores privados; un atraso en el pago de servicios a su red de prestadores, que pasó a realizarse a más de 180 días (contra un patrón previo de pago inferior a 45 días); una reducción en sus tasas de afiliación por deserción o migración de los usuarios (hacia planes más económicos o hacia otros subsectores).

Entre octubre del 2001 y junio del 2002, la cobertura privada de la población cayó entre un 8 al 12% ya sean los datos de la encuesta del Banco Mundial o lo informado por las cámaras de medicina prepaga.

Las deudas por cobrar por los prestadores privados superaban los U\$S 2.000 millones previamente a la caída de la convertibilidad. Para la red de farmacias, esta suma se acercaba a los U\$S 600 millones sólo con entidades de la seguridad social, incluyendo U\$S 150 millones de deuda contraída por el PAMI.

A este conjunto de situaciones debe agregarse el incremento sostenido de los insumos y el aparentemente creciente riesgo de las demandas judiciales por mala praxis.

Ante este panorama el Ministerio de Salud, a cargo del Dr. Ginés González García, decidió declarar la Emergencia Sanitaria Nacional (decreto 486/02) y al amparo del mismo puso en marcha las siguientes iniciativas:

- Programa Remediar: Por la grave carencia de medicamentos en los centros de atención, así como por el ocultamiento de existencias y el alza injustificada de precios, sumada a la escasez de recursos para adquirirlos de gran parte de la población, el Ministerio puso en marcha esta iniciativa financiada con fondos de la Nación y con la reprogramación de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por un monto aproximado de 100 millones de dólares estadounidenses. El Programa tiene por objetivos asegurar el acceso de la población más desprotegida a la distribución gratuita de medicamentos básicos para el tratamiento de las patologías más frecuentes y fortalecer el sistema de atención primaria de la salud. En una primera etapa del proyecto se cubrieron 2000 centros de atención primaria (CAPS) con unos 6 millones de tratamientos completos. El vademécum de Remediar contiene 39 principios activos en 51 presentaciones consideradas suficientes para cubrir las patologías más comunes en el primer nivel de atención. La distribución de los medicamentos se efectúa mediante botiquines diseñados al efecto, que contienen las dosis para tratamientos completos. Por otro lado, con este programa se procura fortalecer el primer nivel de atención aplicando estrategias de atención primaria de salud con participación comunitaria en la promoción y gestión de políticas de salud así como en los procesos de control en las etapas de implementación del programa.
- Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (Nº25.649): el 28 de

agosto de 2002 fue sancionada la ley 25 649, según la cual “toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de la forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración”. Esta ley, que consta de 13 artículos, faculta al Poder Ejecutivo, entre otras cosas, a establecer una política gradual de sustitución de importaciones. Esta medida está destinada a permitir la compra medicamentos a menores precios, y, por lo tanto, inducir una reducción del importante diferencial de precios existente en el mercado. A su vez, también debería atenuar el impacto de la devaluación en el sector. Para que este tipo de política sea efectiva debe ser complementada con un eficaz control de calidad. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), es el organismo regulador estatal encargado de verificar la eficacia e inocuidad de esos productos. Por su parte, también se eliminaron los aranceles sobre la importación de insumos para la salud y redujo la presión impositiva sobre parte del sector al reducir el IVA sobre las compras importadas, medida, esta última, que beneficia a la seguridad social y al sector público, por estar exentos del IVA sobre sus ventas.

- Programa Médico Obligatorio de Emergencia: El catálogo de prestaciones del PMO aprobado por la Resolución Ministerial 939/00 establecía una amplia gama de servicios, incluidos los relacionados con patologías de

baja incidencia y alto costo de tratamiento. Por otro lado, los mayores costos de los proveedores de servicios de salud y el uso creciente de tecnologías caras tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las enfermedades pusieron en riesgo la viabilidad financiera de las obras sociales en un período de crisis económica. Ante la potencial descapitalización del sector por la merma de recaudaciones y evasión de aportes, el Ministerio juzgó oportuno, en el marco de la Emergencia Sanitaria, dictar medidas que regulen el funcionamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud y del INSSJyP (PAMI) y aseguren a la población las prestaciones básicas imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de la salud priorizando las medidas preventivas y la atención primaria. Para ello, mediante la Resolución Ministerial 201/02, se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) y se resolvió que “Los agentes del seguro adapten todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos, a los efectos de garantizar a sus beneficiarios el PMOE”. También se dispuso que la Superintendencia de Servicios de Salud formase una Comisión revisora del Programa Obligatorio definitivo que será aplicado después del período de emergencia. La aplicación del PMOE no ha estado exenta de dificultades, debido sobre todo a que varias obras sociales y las “prepagas” privadas fueron seriamente afectadas por la crisis económica: algunas se declararon insolventes y otras

redujeron drásticamente sus prestaciones.

- **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación**

**Responsable:** Ante el desalentador panorama de la salud materno infantil, por el elevado número de embarazos y abortos en mujeres menores de 20 años, de familias de escasos recursos, el Ministerio de Salud impulsó un programa de salud reproductiva que fue luego aprobado por el Congreso de la Nación al sancionar la ley 25 673 el 30 de octubre de 2002. Según las estimaciones estadísticas del Ministerio, la cantidad de abortos provocados habría aumentado en más de medio millón por año y las tasas de internación hospitalaria por complicaciones del aborto se habrían incrementado en 46% entre 1995 y 2000, con picos superiores a 100% en algunas provincias. El alcance de esta ley beneficia a la población en general, pues prevé acciones coordinadas con los ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente para la capacitación de educadores, trabajadores y de la comunidad en su conjunto. La ley dispone, además, la distribución gratuita de anticonceptivos y de información sobre esos procedimientos a quienes lo soliciten.

En mayo del año 2003 asume como Presidente de la República, el Dr. Néstor Kirchner quien decide la continuidad del Dr. Ginés González García al frente del Ministerio de Salud.

El Ministro presenta el Plan Federal de Salud 2004-2007 en el que se plantean los siguientes ejes fundamentales:

- Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría.
- Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal.
- Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención.
- Protección del financiamiento de los programas establecidos.
- Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

Se ratifica, asimismo, el alcance de la Política Nacional de Medicamentos, incorporada en 2002, a través de la cual se establece un nuevo marco regulatorio con reglas fijas y claras que benefician al sistema sanitario en su conjunto.

Además, para el año 2004 y hasta el 2007 el Gobierno Nacional garantiza, a través del Programa Remediar, la provisión de medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios a 5300 Centros de Atención Primaria de la Salud en todas las localidades del país que permiten dar respuesta al 80% de los motivos de consulta en los mismos.

Desde finales de 2003 la economía Argentina comienza a presentar indicios de recuperación. En los años 2004 y 2005 se registraron tasas de crecimiento superiores al 8% anual, se estima que el año 2006 va a cerrar cerca del 9%, y para los próximos dos años (2007 y 2008) se prevén niveles de crecimiento similares.

A pesar del buen desempeño de la economía y del superávit fiscal, el Poder Ejecutivo elevó a inicio de noviembre del 2006 al Senado el proyecto de ley que proroga una vez más la emergencia económica hasta el 31 de diciembre del 2007, lo cual implica el sostenimiento

hasta la fecha indicada de la emergencia alimentaria y la sanitaria.

El crecimiento mencionado ha permitido que se registraran algunas mejoras en los indicadores socioeconómicos, pero en el tema de la desocupación, el trabajo no formal y la pobreza lejos están de haber sido superados es mucho lo que queda por hacer.

#### REFLEXIONES FINALES:

A modo de conclusión podemos decir que, queda claro que desde muy temprano el sistema de salud argentino se caracterizó por la fragmentación (\*) y segmentación (\*\*) lo que provocó serios problemas de equidad y de accesibilidad. Características éstas que se profundizan a partir de la década de los 90 cuando la aplicación del modelo neoliberal transforma la realidad socioeconómica del país, y paralelamente a nivel sectorial se decide que el mercado regule el sistema de la seguridad social, lo que fragmentó aún más la solidaridad dentro del subsector.

Ya antes de la crisis 2001-2002 la situación de los tres subsectores (público, seguridad social y privado) era complicada, la crisis agravó significativamente los problemas existentes.

El impacto de la crisis sobre el sector salud puede explicarse, según lo expresa la oficina local del Banco Mundial, por cuatro factores principales:

- Deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas.

- Aumento en los costos en medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación.

- Incremento de la demanda de servicios en la red pública hospitalaria.

- Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población.

Si bien ya ha pasado la etapa aguda de la crisis, los factores mencionados siguen incidiendo en cada uno de los subsectores.

En países como el nuestro con sistemas de salud altamente segmentados, se verifican las siguientes características:

- 1- el financiamiento público para salud es en general reducido (el promedio del período 1995-2001 da a este sector una participación porcentual del 22% sobre el total del gasto);
- 2- el gasto privado en salud es elevado ( para el mismo período el gasto medio asciende al 43%, casi el doble del gasto público);
- 3- el gasto de bolsillo no sólo es elevado sino que afecta proporcionalmente más a la población de menores recursos. Efectivamente, el quintil más pobre de la zona Metropolitana destina el 15% de sus ingresos al mismo, duplicando al quintil más rico de su región <sup>(35)</sup>. Además se estima que el 32% del total del

(\*)La fragmentación se produce cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica sino más bien tienden a ignorarse o a competir entre sí y se puede manifestar en el ejercicio de todas o alguna de las funciones del sistema.

(\*\*)La segmentación consiste en la división de los sistemas de protección de salud en sub-componentes "especializados" en diversos grupos de población y habitualmente se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el sub-sistema de Seguridad Social, especializado en los trabajadores formales y sus

dependientes; y en un sub-sistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población; también existe, con mayor o menor presencia en los países, un sub-sistema privado sin fines de lucro orientado a atender las necesidades de aquellos que no consiguen acceder al subsistema público y que habitualmente son extremadamente pobres o sufren algún tipo de discriminación.

<sup>(35)</sup> Maceira, D. "Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros. El caso de Argentina" SERIE SEMINARIOS SALUD Y

gasto privado se destina a desembolsos directos o gasto de bolsillo.

todo lo cual genera un grave problema de equidad en el acceso de la salud ya que el mismo se encuentra condicionado a la ubicación social o geográfica de la población.

Como hemos visto, a lo largo de nuestra historia hubo varios intentos de solución a esta situación. Es evidente que ninguno de ellos dio resultado, en algunos casos porque los proyectos de reforma ni siquiera lograron implementarse, en otros porque la negociación con los gremios desvirtuó la filosofía original, o porque al tratarse de propuestas que abordaban la problemática de un solo subsector no fueron capaces de revertir la situación.

Hoy, superada la crisis, y después de tres años de crecimiento ininterrumpido de la economía acompañado por importantes superávits fiscales, con la perspectiva de mantener esta tendencia positiva al menos hasta el 2008, no sólo estamos en condiciones de pensar en una reforma estructural del sector tendiente a revertir la desarticulación de la política de salud, sino que la misma es imprescindible y se debe descartar la aplicación de más de lo mismo y de aplicar cualquier tipo de parche al escenario actual.

Tanto las experiencias nacionales, como las internacionales indican que será necesario la coordinación de un sistema de salud que integre las iniciativas de los diferentes subsectores en el logro de un sistema equitativo de cobertura universal, es decir que todos los sectores sociales por su simple condición de ciudadanía deben tener la obligación de aportar para y el derecho a recibir el servicio de salud que necesitan.

Será necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la

rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se fortalezcan entre sí.

En este sentido resultará prioritario que el Estado asuma el rol de regulación y control del sistema y diseñe una estrategia sanitaria nacional consensuada en el Consejo Federal de Salud y con todos los actores del sector que tienda a compensar las fuertes iniquidades regionales.

Especial atención deberá ponerse a nuestro particular sistema de seguridad social tan vinculado al sindicalismo y con una fuerte resistencia a los controles y disciplinamiento en aras de los objetivos de una política de salud integradora. De hecho todos los intentos de reforma orientados a la integración y coordinación fueron fuertemente resistidos por los sindicalistas, aunque debemos reconocer que no estuvieron solos ya que fueron acompañados por el gremio médico y los empresarios de la salud.

Tal como lo afirma el Dr. Aldo Neri <sup>(36)</sup>, “como en toda reforma, buena o mala, habrá que pagar el costo adicional de enfrentamiento con los naturales intereses corporativos que se consolidaron en el pasado que pueden variar en su composición, pero no en su lógica interna”.

Deberá abandonarse progresivamente el financiamiento con carga sobre la nómina salarial y avanzar hacia un sistema financiado con recursos presupuestarios, a fin de lograr un esquema financiero más estable y equitativo; es esencial encarar una reforma impositiva que lo sustente.

La experiencia indica que el camino no será fácil, pero el sólo hecho de pensar que una reforma de este tipo posibilitará la inclusión de muchísimos

POLÍTICA PÚBLICA. CEDES. SEMINARIO VI 2004. Disponible en:

[http://www.cedes.org/descarga/serie\\_sem/SSPP2\\_00206.zip](http://www.cedes.org/descarga/serie_sem/SSPP2_00206.zip)

<sup>(36)</sup> Neri, A. “Claves de Política Social. Bs. As. Ed. Miño y Dávila 2004. pág. 158.

conciudadanos que hoy están excluidos de la protección social a la salud (se estima que el 36,3% de la población no cuenta con seguro alguno), convierten en ineludible este desafío, en un país en el que la política de derechos humanos es una política de estado y teniendo en cuenta lo que establece la Constitución.

En la formulación de la reforma deberá participar la sociedad civil, que es quien recibe los servicios y sortea como puede los problemas de financiamiento para dar respuesta a sus necesidades de prevención, reparación y rehabilitación de su salud, así como de accesibilidad a los servicios. Por ende, prestadores, financiadores y sociedad civil deberán acordar las bases para un sistema de salud que brinde protección y seguridad a toda la población.