

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO**

60

**REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA**

Silvia Montoya



NACIONES UNIDAS

**PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
"REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE"
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

**REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA**

Silvia Montoya



NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROYECTO CONJUNTO CEPAL/GTZ
“REFORMAS FINANCIERAS AL SECTOR SALUD EN
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”
UNIDAD DE FINANCIAMIENTO, D.C.I.T.F.**

Santiago de Chile, julio de 1997

LC/L.1043
Julio de 1997

Este trabajo fue preparado por la señora Silvia Montoya, consultora de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL, dentro del marco del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ "Reformas Financieras al Sector Salud en América Latina y el Caribe". La edición técnica estuvo a cargo del señor Daniel Titelman, Experto en políticas monetarias y financieras de la Unidad de Financiamiento.

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

ÍNDICE

RESUMEN ..	5
INTRODUCCIÓN...	7
Antecedentes e Importancia del Tema.....	7
Objetivos	8
SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	9
El Contexto Macroeconómico.....	9
Los Indicadores.....	10
Organización Institucional	10
Una Estimación de la Demanda	11
El Modelo ...	11
La Oferta	12
Las Necesidades	12
Proyección de la Necesidad de Fondos.....	12
LA ORGANIZACIÓN DE LOS DISTINTOS SUBSISTEMAS	15
El Subsistema de Seguridad Social-Las Obras Sociales.....	15
Regulación..	15
Tamaño.....	17
Contratación de Proveedores	17
El Financiamiento.	17
La ANSSAL y el FSR	18
El Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) ..	21
Contratación de Proveedores	22
Cambios en el Financiamiento del Sistema de Salud.....	22
Los Decretos 292 y 492/95	22
Fondo Solidario de Redistribución	22
Trabajo a Tiempo Parcial	23
Pluriempleo	23
Disolución de los Institutos Sociales	23
El PAMI.	24
Las Contribuciones Patronales	24
La Recaudación	24
El PMO y la Fusión de Obras Sociales	24
Otros Aspectos	25

El Subsector Público	25
Hospitales Públicos	26
Diferencias Regionales	26
Financiamiento	28
Autogestión	29
Recursos Humanos	29
El Subsector Privado	30
LA AGENDA PENDIENTE	31
Obras Sociales	31
La Libertad de Elección	31
Sector Público	32
Sector Privado	32
CONCLUSIONES ..	33
BIBLIOGRAFÍA	35
CUADROS..	37
GRÁFICOS .	51
ANEXO	57

RESUMEN

La reforma en el sector de salud está bajo consideración en muchos países y para diferentes niveles de ingresos, tanto países desarrollados como en vías de desarrollo. Si bien no existe consenso acerca de cuál es el contenido exacto del término reforma en definitiva el fin último es lograr mayor eficiencia y equidad en los servicios de salud. Entre los varios aspectos importantes al considerar la reforma de salud se plantea para el Estado un papel diferente al que ha tenido hasta el momento el sector público tanto en su papel de financiador como de proveedor de los servicios de salud.

El sistema de salud en Argentina al igual que el de la mayoría de los países enfrenta una serie importante de inconvenientes. Existen diferencias substanciales en cuanto a cobertura a lo largo del país y entre diferentes grupos sociales. En muchas áreas los indicadores convencionales de salud -como mortalidad materna e infantil- tienen valores bastante bajos a nivel internacional. Como en muchos países las diferencias están relacionadas con los niveles de ingreso, los niveles educativos y factores ambientales. Adicionalmente, al igual que sucede en muchos países aquellos con las mayores necesidades son los que tienen menos acceso y a los peores servicios.

En Argentina, al igual que en muchos países latinoamericanos, el sistema de salud está organizado en varios subsectores, generalmente se trata de sistemas institucionalmente fragmentados (por la cantidad de agentes intervinientes) y, a la vez, estratificados (porque están claramente definidos los usuarios de cada subsistema). Esto ocasiona una superposición de funciones y la existencia de diferencias geográficas internas en cobertura y calidad de las prestaciones. Estas diferencias no se observan sólo entre los distintos subsistemas en que se encuentra organizado el sistema de salud, sino que también se reproducen en el interior de cada subsistema.

Hay deficiencias tanto en la organización como en la calidad e incluye una ineficiente utilización de los recursos; pobre manejo de los hospitales, desigualdades geográficas en la distribución de servicios y de personal; administración excesivamente centralizada; baja respuesta de los profesionales a las necesidades de los pacientes y falta o estado parcial de datos de salud tanto en lo referente a estado de la salud de la población como con respecto al tipo de servicio, al nivel y composición del gasto y al financiamiento.

Este trabajo pretende hacer un análisis que se admite parcial -dadas las múltiples problemáticas que rodean al sector salud en Argentina- el financiamiento del sector salud en los distintos subsistemas y los cambios introducidos en los últimos años. Para ello, en primer término, se repasa brevemente la organización del sector salud y el funcionamiento de los subsistemas de seguridad social, público y privado. Dado que ya se han emprendido una serie de reformas buscando la solución por cambios en la administración del financiamiento y gestión de los servicios -que intentan, en definitiva- modificar el modelo prestacional- se pretende analizar los cambios introducidos y evaluar cambios complementarios que podrían completar el funcionamiento del sistema.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes e Importancia del Tema

La sociedad considera el acceso a servicios de salud como un derecho inalienable y universal. El mejoramiento de la calidad de vida de la población y de sus condiciones sanitarias depende tanto de una adecuada provisión de esos servicios como de otros factores, tales como el incremento en el ingreso per cápita, el progreso técnico y el mayor nivel educativo. Las razones por las cuales conviene invertir en salud no sólo se reducen a la búsqueda del bienestar de la población y a factores meramente económicos, sino que el gasto también se justifica por consideraciones éticas y de solidaridad social.

La reforma en el sector de salud está bajo consideración en muchos países y para diferentes niveles de ingresos, tanto países desarrollados como en vías de desarrollo. Si bien no existe consenso acerca de cuál es el contenido exacto del término reforma en definitiva el fin último es lograr mayor eficiencia y equidad en los servicios de salud. Entre los varios aspectos importantes al considerar la reforma de salud se plantea para el Estado un papel diferente al que ha tenido hasta el momento el sector público tanto en su papel de financiador como de proveedor de los servicios de salud.

El sistema de salud en Argentina enfrenta la mayoría de los países una serie importante de inconvenientes. Existen diferencias substanciales en cuanto a cobertura a lo largo del país y entre diferentes grupos sociales. En muchas áreas los indicadores convencionales de salud -como mortalidad materna e infantil- tienen valores bastantes bajos a nivel internacional. Como en muchos países las diferencias están relacionadas con los niveles de ingreso, los niveles educativos y factores ambientales. Adicionalmente, al igual que sucede en muchos países aquellos con las mayores necesidades son los que tienen menos acceso y a los peores servicios.

En este momento existe una política del gobierno a nivel nacional centrada en lograr una mayor cobertura del sistema de salud hacia aquellas población no incluida en el sistema a la vez que se intentan reformas en el financiamiento de las instituciones hospitalarias del sector público. El análisis es bastante complejo por los diferentes matices y sistemas de organización institucional imperante tanto para el financiamiento como para la provisión de los servicios. Esta complejidad se ve potenciada por el proceso de descentralización de servicios desde la nación hacia las provincias y, de estas, hacia los municipios.

En Argentina, al igual que en muchos países latinoamericanos, el sistema de salud está organizado en varios subsectores, generalmente se trata de sistemas institucionalmente fragmentados (por la cantidad de agentes intervinientes) y, a la vez, estratificados (porque están claramente definidos los usuarios de cada subsistema). Esto ocasiona una superposición de funciones y la existencia de diferencias geográficas internas en cobertura y calidad de las prestaciones. Estas diferencias no se observan

sólo entre los distintos subsistemas en que se encuentra organizado el sistema de salud, sino que también se reproducen en el interior de cada subsistema.

El sistema de salud está organizado en tres sectores que enfrentan problemas diversos. Hay deficiencias tanto en la organización como en la calidad e incluye una ineficiente utilización de los recursos; pobre manejo de los hospitales, desigualdades geográficas en la distribución de servicios y de personal; administración excesivamente centralizada; baja respuesta de los profesionales a las necesidades de los pacientes y falta o estado parcial de datos de salud tanto en lo referente a estado de la salud de la población como con respecto al tipo de servicio, al nivel y composición del gasto y al financiamiento.

Desde el punto de vista de la provisión de los servicios de salud existen tres niveles en el sector público (la Nación, las provincias y los municipios) de provisión de la oferta de salud con participación variables según la provincia además de prestadores y hospitales pertenecientes a obras sociales y al sistema privado. Desde el punto de vista del financiamiento, este proviene básicamente de tres fuentes: impuestos nacionales y provinciales (en el caso del sector público), la contribuciones a la seguridad social (con arreglos especiales en el caso de las obras sociales provinciales) y un sector privado cuya participación ha crecido mucho en los últimos años. Todos estos aspectos y la superposición de cobertura entre los distintos agentes hacen preguntarse cómo podría funcionar un sistema integrado y cuáles pueden ser la dirección de las reformas necesarias en los hospitales públicos y en las instituciones de la seguridad social de manera de poder lograr mejorar la eficiencia y la equidad del gasto en salud.

Objetivos

Este trabajo pretende hacer un análisis que se admite parcial -dadas las múltiples problemáticas que rodean al sector salud en Argentina- el financiamiento del sector salud en los distintos subsistemas y los cambios introducidos en los últimos años. Para ello, en primer término, se repasa brevemente la organización del sector salud y el funcionamiento de los subsistemas de seguridad social, público y privado. Dado que ya se han emprendido una serie de reformas buscando la solución por cambios en la administración del financiamiento y gestión de los servicios -que intentan, en definitiva- modificar el modelo prestacional- se pretende analizar los cambios introducidos y evaluar cambios complementarios que podrían completar el funcionamiento del sistema.

SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El Contexto Macroeconómico

Es un hecho conocido que la Argentina viene experimentando desde comienzos de la década del '70 una profunda crisis económica que no responde a un hecho exógeno o coyuntural, sino que está íntimamente vinculada al agotamiento del modelo de economía cerrada con subsidios y privilegios sectoriales. Esta situación se agravó hacia fines de la década pasada y recién logró revertirse a comienzos de la presente cuando se produjo un cambio total en el modelo de crecimiento económico implementado hasta ese momento. Si bien el programa de transformación económica adoptado en 1989 tuvo resultados importantes en términos macroeconómicos, aún subsisten gran parte de los problemas originados en el pasado.

En este sentido, las consecuencias de la crisis son múltiples y profundas, excediendo los aspectos estrictamente económicos. En materia social, los datos más significativos son la tendencia a la concentración en la distribución del ingreso y el aumento considerable en la cantidad de hogares y de población en situación de pobreza. Este fenómeno estuvo también asociado al comportamiento desfavorable de los indicadores del mercado de trabajo, derivados del deterioro de la relación entre producto y empleo.

Son varios los aspectos comprendidos en el proceso de desmejoramiento. A grandes rasgos se pueden verificar en relación a los indicadores usuales de desarrollo social el preocupante incremento en la tasa de mortalidad infantil que se produjo durante la década del '80 y las dificultades para mejorar algunos parámetros claves tales como la cantidad de población analfabeta o acceso y permanencia en el sistema educativa. Completando este panorama operó una tendencia a la concentración en la distribución del ingreso junto con un crecimiento de la pobreza.

Si bien durante los últimos cinco años se ha producido un importante crecimiento a nivel macroeconómico y una reversión parcial de algunos indicadores no ha sido suficiente para eliminar los problemas acumulados en las últimas décadas. En este sentido el sector salud no ha sido ajeno a las modificaciones en el modelo económico y social argentino. En este sentido se ha producido un importante incremento en la inversión en bienes de capital con la consiguiente explosión en la oferta de servicios de alta tecnología no siempre ligadas a las necesidades de la población¹.

¹ Ver Taffani (1995).

Los Indicadores

Históricamente, los principales indicadores para medir el estado de salud de una población han sido la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil. En Argentina, la esperanza de vida al nacer es de 72 años con diferencias importante entre varones y mujeres. A nivel provincial no existe demasiada dispersión con respecto a este indicador a lo largo del país.

Con respecto a la tasa de mortalidad infantil, situada en 23‰ aún debe hacerse mucho más para alcanzar valores como los de los países desarrollados. En este caso sí se registran diferencias regionales importantes². Más allá de que muchas provincias presentan ya problemas de salud propios de países desarrollados los niveles de la tasa de mortalidad infantil, considerada un indicador apropiado del nivel de salud general, son aún preocupantes.

Respecto de la población *sin cobertura*, la proporción es relativamente alta (35%) y fundamentalmente se trata de personas jóvenes (el 34% de la población sin cobertura tiene menos de 14 años; el 44%, menos de 19 y el 63% menos de 29 años). Esa población puede aproximarse -se considera al grupo que no cuenta con ninguna cobertura- constituye una estimación de demanda mínima, ya que una buena parte de la población que cuenta con sólo una obra social (40 % de la total), también demanda atención por parte del sector público.

Se verifican por otra parte, diferencias grandes en cuanto a nivel de cobertura entre las jurisdicciones: mientras en Capital Federal casi el 20% de la población no tiene cobertura (7), en Formosa la proporción llega a casi el 60%.

La población sin cobertura demanda servicios de salud principalmente del subsector público, ya que la mayoría no posee ingresos suficientes como para afrontar el pago de servicios privados. Teniendo en cuenta la tasa de mortalidad infantil, como indicador general del estado de salud, y el porcentaje de población sin cobertura, es posible detectar que existen grandes diferencias que, muchas veces, se reproducen al interior de las diferentes provincias con la misma fuerza y que hacen pensar que el sistema funciona con una gran inequidad no sólo en lo referente a nivel social sino en cuanto a diferencias entre regiones.

Organización Institucional

Esquemáticamente, el sector salud está organizado en tres grandes subsistemas -ver Gráfico 1. El subsistema público -a través de la nación, las provincias y los municipios- se encarga de las funciones de promoción y prevención y además presta servicios por medio de hospitales y unidades asistenciales. Si bien los beneficiarios desde el punto de vista legal son toda la población, en la práctica los usuarios son los sectores de menores ingresos y los grupos cubiertos por obras sociales sin acceso efectivo a las prestaciones de las mismas.

El subsistema de seguridad social - a través de las obras sociales- ofrece un seguro de salud obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia y sus

² Así, mientras algunas jurisdicciones tienen tasas cercanas al 15‰, otras provincias como algunas del nordeste superan holgadamente el 30‰ estipulado como aceptable por la OMS.

familiares que alcanza al 62% de la población³. El subsistema privado (a través de los seguros de salud voluntario o de empresas de medicina prepaga) cubre a aquellos que opten por la compra de los servicios, generalmente población de altos niveles de ingreso.

La importancia que adquiere el gasto en salud en Argentina se encuentra reflejada en el Cuadro 1. En 1993 se gastó en salud el 7,2% del PBI, es decir, se impuso un nivel de esfuerzo cercano al de algunos países desarrollados. Si bien es cierto que en la comparación internacional la Argentina aparece como uno de los países mejores ubicados entre los latinoamericanos, con un gasto de \$138 por persona/año, frente al de los países desarrollados el nivel es irrisorio⁴. El sector público contribuyó con el 22% del gasto total en atención de salud, el semi-público de obras sociales con el 36% y el privado con el 42%.

Dentro del sector público el 75% del gasto directo del sector público proviene de los gobiernos provinciales, el 16% de los municipales y solamente el 9% del gasto público en salud corresponde al gobierno federal.

Las erogaciones de las obras sociales nacionales, el PAMI y el gasto indirecto del sector privado ascendió al 46% del total en salud y 4,92% del PBI. A pesar de la magnitud de los recursos involucrados hay muchos cuestionamientos de la eficiencia del gasto en salud de los diferentes subsectores.

Una Estimación de la Demanda de Salud

El concepto de necesidad en el contexto de la salud es un concepto que está sujeto a controversia. Utilizando una definición bastante consensuada se puede sostener que el nivel de necesidad depende del estado de la tecnología y de la posibilidad de su identificación. Las necesidades si no se confirman con diagnóstico médico en realidad son deseos.

La demanda de salud es diferente de los dos conceptos anteriores necesidades y deseos, y se refiere concretamente a la cantidad de bienes o servicios que los consumidores efectivamente compran. Cuando el precio del bien es cero en el momento de la provisión entonces la demanda es igual a los deseos. Obviamente que esta demanda no puede ser cubierta por el sencillo motivo que hay restricción en la oferta. Esto es principalmente lo que sucede con la provisión pública gratuita de los servicios de salud.

El Modelo

El modelo utilizado sigue el enfoque utilizado en Hoffmeyer y MacCarthy (1994), que utiliza dos modelos para analizar el sendero seguidos por los gastos en salud, uno de los modelos mira hacia el lado de las necesidades o la demanda de trabajo y el otro hacia la oferta de salud. Se trata de un modelo muy sencillo que tiene diversos cuestionamientos en cuanto a la estimación desde el punto de vista teórico.

³ Datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991.

⁴ Por ejemplo, en el mismo año Chile gastaba \$100, Brasil \$132, México \$89 y Perú \$49. Entre los países desarrollados Australia gastaba \$1.331, el Reino Unido \$1.039 y EE.UU. \$2.763.

La Oferta

Por un lado la oferta de servicios de salud intenta contestar a la pregunta de cuál ha sido la relación entre gasto en salud y el Producto Bruto interno o más precisamente en cuánto ha subido el gasto en salud cuando el producto ha crecido.

$$\ln \text{GSR} = a_0 + a_1 \ln \text{PBI} + u_t \quad (1)$$

Donde

GSR = Gasto Real en Salud

PBI = Producto Bruto Interno

Las Necesidades

El modelo utilizado en la ecuación de demanda de salud toma en cuenta tres factores: la distribución de edades de la población (debido a que la población mayor utiliza una mayor cantidad de servicios de salud), los cambios en la tecnología y las mejoras en la calidad de los servicios de salud. La pregunta en este caso cuál debería ser le patrón de comportamiento de los gastos si se tomara en cuenta las edades de la población.

$$\ln (\text{GSR}/\text{DEM}) = b_0 + b_1 \ln T + w_t \quad (2)$$

$$\text{DEM} = \text{POP}_1 + 2\text{POP}_2 + 3\text{POP}_3 + 4\text{POP}_4 \quad (3)$$

Donde:

T es la tendencia

La variable de tendencia en esta ecuación toma en cuenta el incremento en los costos reales de salud y las proyecciones que pueden hacerse a partir del modelo sugieren que los costos subirán en el futuro a la misma tasa que lo hicieron en el pasado. Los pesos utilizados en la variable DEM están basados en la evidencia de las necesidades de salud de la población según el grupo de edad.

Las estimaciones de la elasticidades gasto en salud- producto es el valor tomado por a_1 en la ecuación 1. Ese valor indica el porcentaje de incremento del financiamiento del gasto en salud que puede esperarse si el producto se incrementa en un 1%. Los valores contenido en el Cuadro 1 muestran claramente que las elasticidades varían mucho entre los diferentes países.

La senda de crecimiento estimada está dada por b_1 , coeficiente que indica la tasa anual a la que crece la necesidad de salud, después de introducir el ajuste por composición por edades de la población.

Proyección de la Necesidad de Fondos

En función de los parámetro obtenidos en las ecuaciones anteriores ⁵ es factible estimar proyecciones de las necesidades de fondos. El objetivo es identificar los posibles déficits o las mayores presiones en función el envejecimiento de la población.

⁵ El modelo utilizado tiene como gran inconveniente su simpleza desde el punto de vista econométrico desde el cual es criticable pero no se alteró su estimación debido al propósito de permitir la comparación con los demás países contenidos en el trabajo de base. A su vez, en el caso de Argentina se está excluyendo todo el gasto privado directo e indirecto dada la falta de estadísticas históricas con respecto a este tema.

Tienen obviamente el serio inconveniente de partir del statu quo y suponer que el comportamiento pasado es el que determina el futuro del gasto en salud.

Los resultados se presentan en los Gráficos 3 a 5 donde es fácil apreciar que la mayoría de los países enfrentarían problemas de necesidades de fondos. Obviamente que existen casos en que si bien las necesidades pueden llegar a ser satisfechas las estructuras de mercado son imposibles de sostener políticamente como en Estados Unidos y donde la reforma se hace necesaria justamente por ese motivo.

LA ORGANIZACIÓN DE LOS DISTINTOS SUBSISTEMAS

El Subsistema de Seguridad Social- Las Obras Sociales

La magnitud del gasto que realizan el sistema de obras sociales (2% del PBI) y la cantidad de población beneficiaria (entre 50% y 60% del total del país) manifiesta claramente la importancia que adquiere el análisis de dicho sistema. La eficiencia en su funcionamiento tiene, obviamente, un impacto importante sobre el bienestar de la población no sólo desde el punto de vista de los costos, sino también por la relevancia que adquiere la prestación del servicio de salud.

El sistema de obras sociales -cuyo organización se encuentra reflejada en el Gráfico 6- funciona con bastante polémica acerca de la calidad de las prestaciones y, lógicamente, acerca de los costos que demanda a la sociedad. En los hechos, la ineficacia en su funcionamiento ha determinado que la población con menores posibilidades de ingresos recurra al hospital público (generando, evidentemente, presiones sobre el sector) y la población con mayor nivel adquisitivo al sistema privado para garantizarse una buena cobertura de salud. Esto se ha producido aún existiendo un Fondo Solidario de Redistribución (FSR), cuyo objetivo es, justamente, garantizar un nivel de cobertura mínimo a aquellas obras sociales cuyo nivel de ingreso por titular no permitiera la compra de un paquete mínimo. En este sentido el FSR (que surgió con la idea de solidaridad), fue totalmente desvirtuado ante la carencia de criterios claros y objetivos de distribución.

Regulación

El marco regulatorio del sistema de obras sociales es sumamente complejo y, es un hecho que el marco legal se ha ido conformando en forma aluvional. El sistema de Obras Sociales Nacionales está hoy enmarcado en la Ley 23.660 -que derogó a la 22.269 del año 1980- y en su decreto reglamentario 576/93⁶. Las obras sociales tienen como objetivo prioritario las prestaciones de salud y están obligadas por ley a destinar el 80% de sus recursos brutos - deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución (FSR)- para dichos fines. Son, a su vez, los agentes naturales del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS -Ley 23.661), que teóricamente, busca garantizar el derecho a la salud para todos los habitantes del país.

No todas las obras sociales están incluidas en la Ley de Obras Sociales. Las que sí lo están -denominadas "obras sociales nacionales"- pueden clasificarse según su origen en: a) sindicales; b) de administración mixta; c) de la Administración Central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados; d) de empresas y sociedades del Estado; e) de personal de dirección y asociaciones profesionales de

⁶Esta ley, a su vez, había reemplazado a la 18.610 que regía el sistema desde 1970.

empresarios; f) las constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las creadas por la Ley 21.476⁷; g) de personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad en actividad o retirados y jubilados del mismo ámbito. Se trata de alrededor de unas 300 obras sociales que agrupan a más de ocho millones de beneficiarios. A ellas se agregan 24 obras sociales provinciales con unos cuatro millones de beneficiarios que no son alcanzadas por la ley⁸, y el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) con alrededor de cuatro millones de beneficiarios.

La forma de organización de las obras sociales es diferente, ya que mientras en el caso de las obras sociales sindicales se trata de afiliados por rama o por sector de actividad en las cuales los sindicatos detentan el poder, en los institutos de administración mixta la administración es compartida por el sindicato, los empresarios y/o el estado. No deben necesariamente estar presentes los dos últimos. Los institutos sociales de administración fueron creados por distintas leyes y/o por convenio y, en realidad, no tienen un motivo claro que justifique su creación. Estos institutos cuentan, en general, con fondos de distinta naturaleza -al financiamiento genuino que proviene de los aportes patronales- que inciden sobre los costos del sector, si bien en la mayoría de los casos la que paga estos sobre costos es la sociedad⁹.

La participación de los distintos tipos de obras sociales nacionales y un breve resumen de la situación desde el punto de vista de los recursos se presenta en el Cuadro 4. La información de 1995 muestra que el 60% de los beneficiarios de las obras sociales nacionales pertenece al grupo de las sindicales, el 30% a las de administración mixta y el 8% a las de personal de dirección. Esta rápida estratificación permite apreciar que, a pesar de que la recaudación por beneficiario no es de las más altas, existe una importante concentración de poder económico en los sindicatos teniendo en cuenta que los ingresos de las obras sociales nacionales fueron superior a los 2.000 millones de pesos en 1995¹⁰. En el caso de las obras sociales provinciales es muy difícil estimar el flujo de ingresos.

Por Ley 23.660, se dispone que las obras sociales no destinen más del 8 % de sus ingresos deducidos los aportes al FSR a gastos de administración. La inexistencia de auditorías externas en las obras sociales hace suponer que no subsista ninguna razón para que estas disposiciones se cumplan en la práctica¹¹. Los aportes por imposición al trabajo se destinan en un 90% (85% para el caso de las obras sociales de personal de dirección) a la orden de la obra social que corresponda. El 10% restante de los aportes y contribuciones (15% en los casos de personal de dirección) se destina a la Administradora Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).

⁷Se trata en este caso de obras sociales de empresas que eran estatales y luego fueron privatizadas.

⁸Salvo en los casos en que explícitamente se adhieran. En estas situaciones la forma de cálculo de los aportes es diferente a la del sector privado al igual que su funcionamiento. Adicionalmente, pueden tener afiliados voluntarios. El detalle está en el Cuadro del Anexo.

⁹En el caso de los bancarios, en el instituto social bancario el aporte es de 2% sobre el valor de intereses y comisiones. Esta recaudación se reparte el 50% a la ANSSAL y el 50% al instituto de servicios sociales bancarios. Otras actividades que cuentan con recursos de este tipo son seguros, cerveza, DGI, aduana, tabaco.

¹⁰En realidad dentro de este subsegmento de obras sociales sindicales existen cuatro o cinco que concentran casi el 50% de los beneficiarios y, un porcentaje más o menos equivalente de los fondos.

¹¹Algunos cálculos extraoficiales suponen que el porcentaje de gastos administrativos podría alcanzar el 30%.

Tamaño

Debido a que cada obra social agrupa a trabajadores de una misma industria o sector, sus ingresos poseen poca varianza, dado que en general, además dentro de cada rama agrupa a trabajadores de ingresos similares. De esta forma, el personal jerárquico suele tener su obra social particular. A raíz de esta forma de agruparse y del modo en que se determinan los ingresos de las obras sociales hay importantes diferencias entre los ingresos por titular.

En estas condiciones hay obras sociales que pueden financiar buenos servicios de salud (comprensivos de diferentes tipos de prestaciones) para sus afiliados y otras que no están en condiciones de brindar ni siquiera una cobertura mínima. El Cuadro 5 es contundente con respecto a la situación de las obras sociales según su tamaño. La forma en que se determina la afiliación al sistema hace que, de las 200 obras sociales sindicales, un poco menos de la mitad tenga menos de 1000 beneficiarios. Esto indica la ineficiencia derivada del criterio de afiliación que no tiene relación con el umbral mínimo necesario para poder prestar los servicios de salud en forma adecuada.

Contratación de Proveedores

La contratación de los proveedores del servicio se hace por distintos métodos, y no hay una regulación estricta sobre el particular, de modo que se puede contratar tanto por los sistemas de pago por cabeza cubierta o de acuerdo a los gastos generados por cada caso como por derivaciones y combinaciones de los mismos.

En general, las obras sociales hacen contratos de prestación con subconjuntos de prestadores, e inclusive, algunas hacen arreglos con intermediarios -administradores de prestaciones- para que estas hagan los contratos con los prestadores. En este terreno, la obra social no actúa en forma radicalmente diferente a las empresas de medicina prepaga. El hecho de que tengan clientes cautivos y garantías de recaudación genera pocos incentivos para lograr una administración eficiente, y da lugar a que los contratos con los proveedores se decidan por su simplicidad administrativa y no por la calidad del servicio que se prestará. En estos casos, los afiliados, que son la población usuaria del sistema de obras sociales, no tienen voz ni voto y es altamente probable que el proceso de contratación de prestadores se produzca en detrimento de sus intereses.

El Financiamiento

Están obligatoriamente incluidos en las obras sociales en calidad de beneficiarios titulares los trabajadores en relación de dependencia de cada rama de actividad. También están comprendidos los grupos familiares primarios de las personas afiliadas como titulares y las que convivan con él y reciban trato familiar del mismo. La afiliación es obligatoria y cada trabajador comprendido en la ley aporta obligatoriamente un 3% de su remuneración ¹²y el empleador el 6% de la nómina salarial¹³.

Además, algunas obras sociales reciben fondos de aportes de regímenes especiales establecidos en los convenios colectivos de trabajo o en otras disposiciones que son un porcentaje aún mayor de la remuneración del empleado. Por último,

¹²Tiene la opción de pagar 1.5% más sobre su salario para incluir como beneficiarias a personas que convivan con el titular, reciban trato familiar y no sean de su grupo familiar primario.

¹³Los aportes se harán en los porcentajes enunciados teniendo en cuenta que los sueldos base para el cálculo se considerarán hasta un tope máximo de 60 AMPOS (haber medio previsional obligatorio). El AMPO se actualiza semestralmente por la administración de la seguridad social(ANSeS) y ronda los 75 pesos.

también captan ingresos de la venta de cupones u órdenes que habilitan a los afiliados para consultas o estudios médicos. Para dar una idea de los fondos involucrados, en 1995 el subsistema de obras sociales por imposición al trabajo recauda alrededor de 250 millones de pesos mensuales.

En forma paralela, algunas obras sociales (en realidad algunos de los institutos sociales), cuentan con recursos de otra naturaleza que son exclusivos de determinadas actividades. Esos recursos de otra naturaleza existen básicamente en las obras sociales denominadas de administración mixta. En estos casos, los recursos recaudados por esta vía se distribuyen en partes iguales entre la obra social correspondiente y la ANSSAL. La magnitud de los recursos involucrados depende de cada actividad, pero significa en total por lo menos 200 millones anuales. Esta forma de contribución -y en realidad también de recaudación de los aportes al subsistema de obras sociales y a la seguridad social- no es común a todos los trabajadores asalariados.

En el caso del sector primario la contribución tiene una forma de cálculo diferente. En el caso de los trabajadores agrarios la contribución se realiza entre 4,5% y 7,5% patronal y 3,5% personal. En el caso de algunas actividades especiales-fundamentalmente en el ámbito rural- que cuentan con los denominados convenios de corresponsabilidad gremial, el aporte se realiza en forma proporcional a los valores de las producciones en cuestión, siendo los agentes de retención variables según cada actividad.

La ANSSAL y el FSR

La ANSSAL es la autoridad y el ente regulador de las obras sociales, agentes del SNSS¹⁴. Entre otras funciones debe asignar los recursos del FSR, dictar las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones; intervenir en la elaboración y actualización de los instrumentos utilizados para la regulación de los electores y los prestadores y dictar las normas que regulen las distintas modalidades en las relaciones contractuales entre los agentes del seguro y los prestadores. Los recursos de la ANSSAL están destinados a financiar el FSR cuyo objetivo es lograr que todos los Agentes del Seguro alcancen los niveles de cobertura obligatoria mínima.

Sus ingresos provienen del 10% (15% para trabajadores de nivel directivo) de los aportes de los trabajadores y las contribuciones patronales a las Obras Sociales de los trabajadores en actividad. A esto deben agregarse los aportes establecidos en el Presupuesto General de la Nación¹⁵, el 50% de los recursos de distinta naturaleza, los reintegros de los préstamos que pudiera hacer la ANSSAL a los distintos agentes del seguro, las multas, las rentas de inversiones, los subsidios, legados y donaciones, etc. Dentro de los distintos tipos de aportes, como se ve en el Cuadro 6, los más relevantes son los recursos por imposición al trabajo (alrededor del 70%). Los fondos surgidos de la imposición al trabajo hasta Octubre del año pasado era recaudados por la Dirección General Impositiva (DGI), girados a la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS), y transferidos posteriormente a la ANSSAL que se encarga de distribuirlos.

Por ley la ANSSAL debe distribuir automáticamente un porcentaje no menor al 70% de sus ingresos, deducidos los recursos correspondientes a los gastos

¹⁴ En realidad para la coordinación referida al manejo contable administrativo existe una Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) que no se ha constituido

¹⁵ Los aportes determinados en el Presupuesto General de la Nación deben ser destinados a brindar apoyo financiero a las jurisdicciones provinciales y municipales adheridas para incorporar personas sin cobertura y carentes de recursos.

administrativos y de funcionamiento. En este sentido, la Ley 23.661 dispone que el dinero del FSR se entregue en forma automática a aquellas obras sociales que tengan menores ingresos **por todo concepto por beneficiario obligado**, con el objeto de equiparar los niveles de cobertura obligatoria. En realidad, la obligación de la ANSSAL de compensar a la obra social las diferencias que pudieran surgir entre el monto de los aportes y las contribuciones de los beneficiarios con el costo de las prestaciones básicas ya figura en la Ley 23.660 y fue ratificada por el Decreto 9/93.

En la práctica, la forma en que se ha distribuido el FSR está lejos de solucionar el problema mencionado de desigualdad de ingresos por beneficiario entre obras sociales. La realidad indica que el criterio de asignación previsto en la ley y que es el que le da origen no se ha aplicado. Los subsidios entregados significaron un incentivo al despilfarro y a la administración irresponsable, toda vez que la deuda generada por sobre la capacidad de pago de la obra social se cubre con los fondos provenientes del FSR. En este sentido hay dos resoluciones de la ANSSAL (536/90 y 260/94) que reconocen la entrega de fondos en función de la compra de inmuebles y otros tipos de gastos, que han hecho que en realidad los fondos se otorguen de acuerdo al déficit operativo de los agentes de salud¹⁶.

En este sentido, para febrero de 1995, dentro de las 15 obras sociales con mayor recaudación por imposición al trabajo había seis que agrupaban al 31% de los titulares y de los beneficiarios, concentraban el 25% de la recaudación y el 32% (\$ 7,6 millones) de los subsidios. De las seis obras sociales favorecidas con subsidios solamente una tenía un ingreso por titular promedio inferior a \$ 40 (construcción \$ 33,9). Esto significa, en un cálculo pesimista¹⁷, que ninguna habría sido candidata a recibir fondos por distribución automática en la vigencia del decreto 292/95. A su vez, la obra social de la construcción, de haber estado vigente el Decreto 492/95 modificatorio del primero, habría recibido unos \$1,2 millones en lugar de los \$2,2 que recibió. Es decir que de los \$23 millones destinados al conjunto del sistema en febrero de 1995 no les hubiera correspondido nada en el caso del decreto 292/95, y solamente \$ 1,2 millones en el del 492/95, en vez de los \$ 7,6 que efectivamente recibieron¹⁸.

Otro punto interesante es la revisión del grupo de las 15 obras sociales con mayor subsidio por titular. Concentran a menos del medio por ciento de los titulares y al 1% de los beneficiarios y la recaudación, y obtuvieron sin embargo el 12% de los subsidios del período analizado¹⁹. Esta misma situación se repite entre las obras sociales de mayor subsidio por beneficiario. Todas menos dos agrupan a menos de 1000 titulares cada una, y todas menos tres a menos de 1000 beneficiarios. El trabajo

¹⁶ En IRDB se estima la deuda de sólo ocho obras sociales en más de 400 millones de pesos significando en algunos casos varios veces los recursos totales anuales de la obra social.

¹⁷ A pesar de que la Ley 23.661 dispone el reparto del FSR de acuerdo al nivel de ingreso promedio por titular, el Decreto 492/95 dispone garantizar una cápita de \$40 por cada titular, lo cual llevará a dar subsidios a obras con recaudación por titular promedio mucho mayor a \$40. Esto le resta solidaridad y equidad al sistema. No se dispone de los datos imprescindibles para hacer el cálculo correcto de acuerdo al decreto 492/95 y las reflexiones de este párrafo sobre la asignación de subsidios de acuerdo al mismo deben tomarse como una idea aproximada.

¹⁸ No se entiende, por ejemplo, por qué la Obra Social del Personal de Teléfonos de la República Argentina recibió un subsidio de \$ 300.000 siendo la número trece en recaudación total, con una cotización promedio mensual por titular de \$ 150 (una de las más altas del sistema).

¹⁹ En este contexto algunos casos son destacables, la primera del grupo es la Obra Social de Petroleros del Estado, que registra en la base de datos 29 titulares, 69 beneficiarios en total y un ingreso de \$ 39,2 por titular. Consiguió un subsidio de \$ 500.000 (\$17.241 por beneficiario).

a pequeña escala de las obras sociales eleva los costos unitarios de atención de sus clientes y los riesgos de no poder cubrir los casos complejos. La concentración de subsidios en obras sociales con esta característica alerta sobre la inadecuada asignación del dinero de la ANSSAL y de los contribuyentes.

Las obras sociales que agrupan a los trabajadores más pobres tienen escasa capacidad de endeudamiento y poco poder para reclamar subsidios a la ANSSAL. Así, las 62 obras sociales con menor recaudación por beneficiario aglutinaron al 8% de los titulares, al 10% de los beneficiarios, al 4% de la recaudación y al 14% de los subsidios. Estos subsidios sirvieron para llevar la recaudación promedio por titular del grupo de \$29 a \$40. De esta forma, si se compara con lo recibido por las más grandes y/o de mayores ingresos, los principios de solidaridad y equidad que inspiraron la creación del FSR se transformaron (en los hechos) en letra muerta.

Los Cuadros 7 y 8 revelan la situación de grupos de obras sociales divididas por el nivel de ingresos por aportes y contribuciones y por subsidios para titulares. El cuadro 7 muestra que las obras sociales de ingreso medio-alto y alto (\$50 o más de ingreso por titular) se llevaron nada menos que el 50% de los subsidios de febrero de 1995. Por más que se esté analizando sobre promedios y que agrupen 45% de los titulares y 48% de los beneficiarios, los datos precedentes permiten cuestionar si el criterio de distribución del FSR utilizado es el dispuesto en la ley y los decretos reglamentarios. A su vez, la obras sociales con ingresos de menos de \$30 por mes por titular recaudaron el 2,5%, acapararon el 7% de beneficiarios y titulares y se llevaron el 13% de los subsidios. Que se verifique en este tramo una relación inversa entre recaudación o recaudación por titular y subsidios o subsidios por titular es alentador, no justifica la falta de criterio antes observada.

El Cuadro 8, por su parte, permite sacar una conclusión importante: con la excepción de los subsidios de más de \$1000 por titular, existe en el conjunto una clara relación directa entre la recaudación por titular y por beneficiario y el subsidio por titular y por beneficiario. Por más que las obras sociales más beneficiadas no sean importantes en el agregado, una vez más se puede dudar de la equidad y solidaridad presentes en el reparto del FSR.

Si el análisis se hace agrupando por recaudación y subsidio por beneficiario, la pirámide de concentración se achata considerablemente (la relación beneficiarios / titulares de todo el sistema es de 2,3) respecto de los cuadros en que se ordenó de acuerdo a las relaciones por titular. Las variables "por beneficiario" son más relevantes que las "por titular" ya que las obras deben prever los servicios para el total de su población afiliada y no únicamente para los aportantes, pero la legislación tiene en cuenta el reparto del FSR a los titulares. Más aún, para lograr una distribución realmente equitativa y solidaria se deberían incorporar a los criterios de distribución del FSR variables que midan el riesgo de la salud de los distintos grupos de personas involucradas.

Ya existen estudios que advierten acerca de la arbitrariedad en la distribución del FSR. El Ministerio del Trabajo y Acción Social²⁰, señala que las transferencias de subsidios respondieron en 1992 a un criterio de distribución proporcional a la cantidad de beneficiarios más que a uno inversamente proporcional en relación a los ingresos por afiliado. El resultado del reparto de los subsidios en ese año no mejoró substancialmente la situación inicial de las obras sociales con menores ingresos por beneficiario. Al igual que para el período analizado en este artículo, se advierte que no fueron claros los criterios de asignación en cada tramo; las obras sociales incluidas o

²⁰ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, PRONATASS, 1993.

excluidas de los subsidios no tenían características comunes ni por el nivel de aporte ni por el número de beneficiarios comprendidos. Los subsidios alcanzaron a una gran cantidad de gente, pero resultaron escasos para revertir la situación de las obras sociales de aportes más bajos.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP)

Este Instituto, cuya actividad principal consiste en el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), fue creado por la Ley 19.032 en 1971. Su objetivo principal es prestar a los Jubilados y Pensionados del Régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario los servicios médicos asistenciales²¹. El PAMI es Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud, recibe subsidios de la ANSSAL y no aporta al mismo²². Su situación jurídica es particular porque no es una obra social a pesar de funcionar como ella.

Los fondos del PAMI provienen en parte de los aportes personales (3%) y de las contribuciones patronales (2%) para el caso de los trabajadores en actividad, que a su vez representan el 80% de los ingresos totales por los aportes directos de los trabajadores. Otra parte viene de los pasivos, y varía entre el 6% y el 3% de sus ingresos según el nivel del haber pasivo (el promedio es 4,6%).

El presupuesto del PAMI de alrededor de 2800 millones de pesos (1% del PBI, por beneficiario de unos \$ 57 mensuales). Semejante situación lo ubica como parte relevante del sector sanitario con un poder de negociación enorme, ya que el destino de cantidades de proveedores de bienes y servicios depende de sus decisiones. Los gastos del INSSJyP se dividen en tres grupos: a) el programa de atención médica (PAMI), b) el programa de prestaciones sociales y c) la administración de los servicios.

Su estructura se fue ampliando progresivamente en cuanto al tipo de beneficiarios y los servicios brindados, y excede los aspectos referentes al sector de la salud. En este sentido hoy se agregan a la población originaria las pensiones graciales, los veteranos de guerra, las madres con más de siete hijos, los discapacitados o con enfermedades crónicas, las personas de más de 70 años, etc. El conjunto de las prestaciones no contributivas beneficia a unas 500.000 personas. El PAMI cuenta con cuatro millones de beneficiarios, de los cuales el 30% tienen menos de 60 años y aproximadamente el 70% de entre 60 y 90 años. Los restantes se encuentran distribuidos entre hijos menores (15%) y otros familiares o adherentes entre 30 y 60 años (15%).

Desde el punto de vista legal, los beneficiarios del PAMI pueden quedarse en su obra social de origen u optar por él teniendo la posibilidad de volver a la entidad inicial, pero ya sin poder regresar al Instituto. De esta forma se podía optar sólo una vez. La parte de los beneficiarios que está cubierta por la Obra Social a la que perteneció originalmente, constituye 7,25% del total de la población pasiva. El PAMI paga a las obras sociales que los atienden cápitas de entre 13 y 29 pesos, las que sumaron en 1994 \$93 millones²³. En este punto merece destacarse que no hay ninguna razón

²¹ En este caso se trata de casos especiales como madres con más de siete hijos, veteranos de Guerra, afiliados transitorios y el poder judicial, lo que implica unos 500 mil beneficiarios atendidos por el PAMI.

²² La Ley 23.661 contemplaba el aporte del 5% de los ingresos que por todo concepto percibiera del Instituto (INSSJyP), pero esta disposición fue derogada por la Ley 24.189 promulgada en enero de 1993. En esta situación se condonó la deuda del PAMI con el FSR (por no haber depositado los aportes) y se eximió a partir de ese momento el aporte al mismo.

²³ Información del INSSJyP.

explícita para la variación de las cápitas pagadas a las distintas obras sociales y la discrecionalidad y el poder de negociación son los principios que parecieron prevalecer.

El PAMI es una obra social que virtualmente no tiene competencia, lo cual genera una situación monopólica que se agrava en forma importante por la falta de control. De esta forma, existen pocos incentivos para una administración eficiente, y hay dificultades en el control de gestión, como en casi todo organismo estatal gigante en este país. En estas condiciones, los incentivos para la administración eficiente y la prestación del mejor servicio son, al igual que en el caso de la mayoría de las obras sociales, muy débiles.

Contratación de Proveedores

La contratación por cápita se ha comenzado a utilizar en el PAMI, fundamentalmente en las grandes ciudades. En estos casos la contratación se ha hecho con las organizaciones gremiales de profesionales, colocados en este caso en una situación oligopólica. Esto ha dado lugar a enfrentamientos entre los profesionales y los sanatorios.

Cambios en el Financiamiento del Sistema de Salud

Los Decretos 292 y 492/95

Ambos decretos, si bien están relacionados con una serie de cuestiones previas de la legislación sobre obras sociales, introducen criterios explícitos de instrumentación que llevan a la práctica muchos de los principios plasmados en el marco regulatorio. Si bien habría que profundizar en las reformas, en el caso de ser exitosos pueden llegar a constituir un primer paso hacia la reforma del sistema de salud argentino:

Fondo Solidario de Redistribución

Como ya se señaló, la falta de criterios claros y explícitos de distribución del FSR condujo a una situación de ineficiencia e inequidad que no sirvió para garantizar la cobertura de salud suficiente para los beneficiarios de las obras sociales de más bajos ingresos por titular. Para resolver esta situación se propone un mecanismo de la distribución automática del dinero del FSR. El decreto dispone que la cotización mínima mensual que garantiza el FSR por titular sea de \$40²⁴.

Cuando los aportes y las contribuciones de cada trabajador sean inferiores a dicha cotización, el FSR integrará la diferencia a la obra social respectiva. La distribución automática del FSR ya estaba prevista en la Ley del Sistema Nacional del Seguro de Salud pero en realidad nunca fue instrumentada.

Esta implementación es positiva por dos razones. Por un lado, es importante otorgar previsibilidad a los fondos con que contarán las obras sociales y reducir los fondos con que contará la ANSSAL para su manejo discrecional. El Cuadro 9 refleja claramente que -sin comprometer el equilibrio financiero del subsistema de obras sociales- a la ANSSAL le quedan aproximadamente siete millones mensuales que deben ser asignados al manejo administrativo y las prestaciones de alta complejidad. Por otro lado, dada la forma en que se instrumenta la transferencia de los recursos por titular (con independencia de la utilización o no de servicios de salud) existe un fuerte incentivo en las actividades con fuerte evasión de cargas sociales a identificar los

²⁴ Los trabajadores de obras sociales de personal de dirección y asociaciones profesionales no están incluidos en esta disposición del decreto.

titulares porque de ello dependerán sus ingresos. Este es el caso del sector rural donde si bien hay poca utilización de servicios de salud no existen muchos incentivos a identificar los titulares. Desde el comienzo de la aplicación del decreto 492/95 cinco obras sociales recibieron el 80% de los recursos del FSR.

Trabajo a Tiempo Parcial

En el caso de los trabajadores a tiempo parcial se establece la obligatoriedad del aporte para aquellos que ganan más de tres AMPOS. En el caso de que la remuneración sea inferior a tres AMPOS, el trabajador podrá optar entre quedar en la obra social completando el importe que redondea el porcentaje de empleador y trabajador sobre tres AMPOS, o bien no realizar aportes al sistema de obras sociales con lo cual quedan eximidos tanto el empleador como el trabajador de los aportes respectivos.

Pluriempleo

Se dispone unificar obligatoriamente la afiliación que un beneficiario titular o un miembro del grupo familiar primario pudiera tener además de un Agente del Seguro de Salud. Los beneficiarios que se encuentren en situación de pluriempleo están obligados a concentrar sus aportes y contribuciones al Sistema Nacional del Seguro de Salud en un solo agente. Hay que insistir en que concentrar significa seguir aportando y contribuyendo en igual forma pero a un solo agente, no hay reducción en la carga para el trabajador ni para sus empleadores. La selección de la obra social correrá en principio por cuenta del trabajador y deberá concretarse en un lapso de 60 días desde que se configure la situación de pluriempleo. Si el trabajador no ejerciera su derecho, la DGI unificará sus aportes hacia aquel agente al que el trabajador cotizara en mayor medida durante ese lapso²⁵.

Disolución de los Institutos Sociales

La disolución de los institutos sociales y la eliminación de los recursos de otra naturaleza constituyen un factor importante que ayuda a eliminar algunas distorsiones. En el caso de la disolución se introduce equidad en el sistema (en el sentido en que todas las obras sociales estén en la misma situación desde el punto de vista jurídico) y se eliminan distorsiones introducidas por sobre costos artificiales que termina pagando la sociedad en su conjunto en beneficio de una porción reducida de la población. Esto debería traducirse en la reducción de costos de los sectores en que el respectivo instituto cuente con recursos de otra naturaleza, siendo los más relevantes el instituto de los bancarios por la magnitud de los fondos involucrados (alrededor de \$100 millones anuales) y por la forma de cálculo (2% de los intereses y comisiones)²⁶.

La transformación de los institutos de administración mixta se ha convertido en un proceso bastante lento y ha sido trabado, en varios casos, por disposiciones legales siendo justamente el de los bancarios uno de los casos testigo donde la eliminación de los aportes sobre los intereses es fruto de ordenes y contraórdenes judiciales.

²⁵ En este momento todavía el padrón de afiliados al sistema de seguridad social no está en condiciones de identificar este tipo de situaciones. Se supone que hacia setiembre de este año estaría en condiciones de hacerlo.

²⁶ El impacto de esta forma de financiamiento sobre el costo del crédito es de .5 de la tasa de interés por lo cual genera un importante costo al sistema financiero.

El PAMI

Se introducen modificaciones en el ámbito de la población pasiva, que puede elegir una vez al año entre la obra social de origen y el INSSJyP. Se creó un Registro de Prestadores que deben declarar su disposición a recibir pasivos y sus grupos familiares y que ya suma más de 40 obras sociales. Este es un aspecto importante puesto que la libre elección ya estaba prevista, pero no se permitía el traspaso en un número indefinido de oportunidades tal como se lo contempla ahora. A raíz del traspaso de afiliados desde el PAMI a los agentes inscriptos en el Registro se establecerá por resolución conjunta de los Ministerios de Economía y Obras y Servicios Públicos, de Trabajo y Seguridad Social y de Salud y Acción Social el monto de las cápitas que la ANSSAL transferirá automáticamente a los Agentes inscriptos.

Transitoriamente y a fin de garantizar el financiamiento de las prestaciones a los beneficiarios que opten por afiliarse a un Agente del Registro, la ANSSAL transferirá a dicho Agente, de los recursos del INSSJP, una cápita por cada beneficiario según la edad. Será de \$36 para los beneficiarios de 60 o más años, de \$19 para los beneficiarios de 40 a 59 años y de \$12 para los de menos de 40 años. Este es otro aspecto altamente significativo en la medida en que la transferencia de los recursos hacia la obra social de origen no queda librada a criterio del PAMI, sino que depende de la estructura etárea de la población beneficiaria.²⁷

Las Contribuciones Patronales

En forma paulatina, a partir de setiembre de 1995, se introdujo la reducción de las contribuciones patronales, que varía para el conjunto de las actividades entre el 30% y el 80% según la localización geográfica. Esta reducción tendrá vigencia plena en enero de 1996 y es menor en el caso de los aportes a las obras sociales (bajó en un 17%), que para los restantes subsistemas de seguridad social. La pérdida de los recursos, tal como aparece planteada en la columna 3 del Cuadro 9, implica alrededor de \$25 millones mensuales que, sin embargo, no compromete el equilibrio del sistema.

La Recaudación

Se previó que el dinero del FSR lo distribuiría en forma automática la DGI. Esto permitirá a la ANSSAL dedicarse a objetivos más relacionados a la prestación de los servicios de salud y al control de los agentes involucrados en el sistema, funciones asignadas en la ley de creación del sistema. Los mecanismos de distribución previstos reemplazaron (a partir del primero de octubre de 1995) a todos los procedimientos utilizados hasta ese momento para compensar las caídas de recaudación de las obras sociales por aplicación del Decreto 2609/93 (y su modificatorio 372/95) de reducción de contribuciones patronales²⁸.

El PMO y la Fusión de Obras Sociales

Se dispone la fijación de un paquete médico obligatorio (PMO) que incluye el nivel mínimo de prestaciones que las obras sociales deben ofrecer a sus afiliados. Si no

²⁷ El reconocimiento de las cápitas solo se efectiviza el tercer mes debido a que durante el primer mes se identifica al jubilado y su grupo familiar en el padrón del PAMI y, en el segundo se le informa en la orden de pago de la jubilación cuál es la obra social elegida.

²⁸ Por ambos decretos se determinó la reducción de aportes patronales a la seguridad social con un piso de 30% y un techo de 80% según región que dió lugar a constantes subsidios desde la ANSSAL y el Tesoro para compensar la caída en la recaudación.

están en condiciones de hacerlo deben fusionarse. Este aspecto introduce racionalidad en un sistema donde, por la forma en que se determina la afiliación, subsisten muchas obras sociales que no están en condiciones de ofrecer una buena cobertura. Obviamente, de haber mediado un control por parte de la ANSSAL, esta situación ya se habría planteado en los hechos. El PMO recién fue fijado en Junio de 1996 en \$24.

Otros Aspectos

Hay otra serie de cuestiones que se modifican para darle una mayor claridad al funcionamiento de los agentes del seguro de salud, dado que con el paso del tiempo se han ido desvirtuando algunas funciones de los distintos organismos intervinientes en el sistema de salud. En este sentido, se transfirieron a partir del 1º de enero de 1996 los servicios de turismo y recreación a cargo del INSSJyP a la Secretaría de Turismo de la Nación que deberá financiarlos con sus propios recursos.

Las funciones de tramitación, otorgamiento, liquidación y pago de prestaciones no contributivas que se encuentran a cargo de la ANSSAL se traspasaron a la Secretaría de Desarrollo Social que se hará cargo de contratar la cobertura médica. Esto, desde el punto de vista teórico, aparece como altamente racional, dado que al tratarse de una cobertura generada a través del objetivo de la solidaridad social resulta evidente la necesidad de que el organismo encargado de esta función tome bajo su responsabilidad a estas personas. Estos aspectos todavía no han sido cumplido.

El Subsector Público

El Estado es el principal proveedor y productor de servicios de *prevención*. En 1992, los principales programas de prevención (nutrición, inmunización y materno) y la atención primaria en general fueron transferidos a las provincias²⁹. La atención primaria en el subsector público se realiza tanto en establecimientos con esa finalidad (dispensarios, hospitales de baja complejidad) como en hospitales de alta complejidad (esto último implica gran ineficiencia en el gasto).

El financiamiento público de los sistemas de salud no necesariamente implica la provisión de los servicios de salud. En Argentina, financiamiento público es prácticamente provisión también pública³⁰. Esto es bastante diferente a cómo funcionan los sistemas de salud en muchos países. Así, en ningún país el financiamiento del sistema de salud es enteramente público ni privado. En algunos países el financiamiento es casi exclusivamente privado³¹ mientras que, en otros, el financiamiento es casi exclusivamente público³².

El sector público implica mucho a nivel provincial no sólo por los hospitales públicos sino también porque a través del empleo público (y, la obra social provincial) tienen bajo su tutela un porcentaje importante de la población³³. Los 24 sectores

²⁹ Cada provincia es responsable de la atención primaria de sus habitantes, aunque se debaten las políticas y se coordinan en el Consejo Federal de Salud.

³⁰ Existen excepciones como el caso de algunas provincias que subcontratan algunos servicios de alta complejidad que no están en condiciones de prestar.

³¹ Es el caso de Estados Unidos y Suiza donde el 40% de los recursos provienen de fondos públicos.

³² Este es el caso de Suecia donde el 89% de los fondos provienen de rentas generales.

³³ Hay algunas provincias donde más de la mitad del empleo es empleo público por lo cual no es extraño que más del 60% de la población total dependa del estado.

públicos provinciales se enfrentan en la mayoría de las provincias con reducción de los servicios por huelgas, desabastecimiento de medicamentos y otros insumos sumado a arancelamiento más o menos oficializado a través de cooperadoras. En los últimos años ha existido incorporación masiva de personal en detrimento de los gastos de funcionamiento y el nivel salarial. Estos constituyen algunos de las exteriorizaciones conyunturales de un problema de largo plazo.

En este sentido las políticas provinciales de salud son inerciales limitándose a sostener la situación ya que el margen de maniobra de que disponen parece muy limitado. Así en general frente a la crisis de financiamiento las medidas más bien se concentraron en racionalizar el exceso de personal, controlar los horarios y las incompatibilidades con otras funciones en dependencia pública.

Hospitales Públicos

Las provincias (y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires) tienen bajo su órbita casi el 80% de los establecimientos con internación y el 65% de los sin internación. Las municipalidades, en general, tienen a su cargo estos establecimientos. Sólo los municipios de Buenos Aires (en mayor medida que las demás), Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Santa Fe y Santa Cruz prestan servicios asistenciales.

Se destacan dos casos el caso de Buenos Aires, donde el sistema está realmente descentralizado: el 76% de los hospitales con internación y el 90% de los sin internación pertenecen a las comunas y que es una descentralización con varios años y la provincia de Córdoba, por otro, que a partir de este año ha puesto en vigencia la transferencia de servicios a las municipalidades.

Hay alrededor de 1.200 hospitales con internación distribuidos en todo el territorio nacional, con unas 78.000 camas, lo que implica que el sector público dispone de 2,3 camas por cada 1000 habitantes (representa aproximadamente 2/3 de la oferta total de camas en el país). El sector privado posee unos 2.000 establecimientos, en general ubicados en las grandes ciudades con alrededor de 50000 camas³⁴.

El Cuadro 10 realiza una evaluación rápida del rendimiento de los establecimientos hospitalarios del sector público. El rendimiento de un hospital depende de diversos factores. Entre ellos, la productividad de los recursos humanos, el nivel de capacitación de los mismos, el nivel y disponibilidad de insumos de capital físico, el grado de control, etc. Obtener una medida del rendimiento que contemple todos los factores no es posible; en efecto, se usan algunos indicadores que implícitamente miden el rendimiento. Los más comunes son³⁵:

³⁴ Para el sistema global la relación es de 4,8 camas por habitantes y 335 habitantes por médico.

³⁵ En Fosco (1995) se presenta una regionalización de los rendimientos hospitalarios según lo propuesto en Barnum y Kutzin (1994) y donde se llega a la conclusión que, por diferente motivos, existe una fuerte ineficiencia en los hospitales públicos.

Coeficiente de ocupación o porcentaje de ocupación promedio: número de camas ocupadas en relación a la capacidad disponible (en promedio, por año).

Promedio días de estancia o estadía: la duración promedio de los períodos de internación. Se supone que con el correr de los años, el cambio tecnológico ha llevado a disminuir en promedio los períodos de estancia para todas las enfermedades. Sin información específica acerca del tipo de enfermedades que se tratan y su severidad, es difícil utilizar el indicador en forma directa.

Promedio de renovación o giro de camas: número de enfermos que utilizan cada cama disponible.

En Argentina, los establecimientos del sector público *provincial* (incluye MCBA), tienen en promedio sólo un poco más de la mitad de su capacidad ocupada anualmente, cada cama es utilizada por 27 pacientes y la duración de cada internación ronda los 8 días -Cuadro 10. Como todos los valores promedios, esconden grandes diferencias entre las distintas jurisdicciones.

Diferencias Regionales

Dado que cada provincia tiene la facultad de autodeterminar su política en el ámbito de salud existen importantes diferencias a nivel regional. Por ello se analizará sólo el caso de algunas. La mayoría de las provincias dividen el territorio en diferente zonas sanitarias pero la gestión y participación en el manejo del sistema de salud es absolutamente diferente. Hay provincias donde se ha avanzado bastante en el sentido de intentar organizaciones más democráticas con participación de consejos de administración (como el caso de Río Negro) mientras que, otras manteniendo el mismo esquema de manejo central, prefieren la descentralización (el caso de la Provincia de Córdoba).

Oferta Pública-Privada

Córdoba

Como una aproximación a la oferta sanitaria del sector público provincial, el cuadro 11 presenta datos de camas disponibles por mil habitantes, provistas por los sectores público y privado, y distribuidas en las 10 zonas sanitarias definidas por el Ministerio de Salud de la Provincia.

La participación del sector público provincial en la oferta total es del 44%, la del municipal 3%, estando el resto distribuida entre el sector privado. Estos valores difieren, en algunos casos significativamente, según la zona geográfica que se trate³⁶.

Se destaca que en todas las zonas sanitarias el número total de camas por cada mil habitantes supera holgadamente a la cifra recomendada por la OMS para distintos tamaños de población, que en el caso de poblaciones de más de 100.000 habitantes es de 3 camas por cada mil³⁷.

En cuantos a los factores que determinan la ubicación de las camas, la observación de los datos, con el complemento del análisis de regresión, indican una relación inversa y significativa desde el punto de vista estadístico, entre el número de camas del sector público por mil habitantes con el correspondiente al sector privado. En el Cuadro 11 se puede apreciar la diferencia de criterios de asignación se revela al notar, aplicando la misma metodología una fuerte relación entre la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) de cada zona, y la presencia del sector público. Como era de esperar, esta relación no se manifiesta en el sector privado, aunque de todos modos es positiva³⁸.

Financiamiento

Para conocer la disponibilidad de recursos financieros con que cuenta el sector salud y el lugar que ocupa en el escenario estatal provincial se presenta el cuadro 13, donde se detalla la clasificación por objeto del gasto asignado a salud.

El gasto en salud representa en las provincias seleccionadas alrededor del 10 al 13% del presupuesto total con más del 70% -en algunos casos el 90%- destinados a personal. Obviamente que el área es trabajo intensiva pero tienden a darse diferentes situaciones que plantean la ineficiencia en la utilización de los recursos humanos. Así, por ejemplo, en Río Negro, la disponibilidad de una enfermera por cama de internación aparece como sumamente elevada. Los convenios laborales del sector privado establecen una enfermera cada diez camas y en la práctica la relación es una enfermera cada cinco camas. Además existe una persona de maestranza por enfermera (y, por

³⁶Se destaca que en todas las zonas sanitarias el número total de camas por cada mil habitantes supera holgadamente a la cifra recomendada por la OMS para distintos tamaños de población, que en el caso de poblaciones de más de 100.000 habitantes es de 3 camas por cada mil.

³⁷Por otro lado si se consideran los datos de los departamentos comprendidos en cada zona existen ciertas disparidades, que no son importantes si se observa que en ningún caso la cantidad de camas provistas es menor al número que aconseja la OMS para poblaciones de hasta 30.000 habitantes (1 cama por mil).

³⁸A modo de conclusión parcial, tomando la disponibilidad de camas como un indicador incompleto de oferta sanitaria, y considerando los valores sugeridos por los organismos internacionales según población, nos encontramos con una dotación suficiente e incluso excedente en todas las zonas sanitarias de la provincia, y una asignación geográfica del sector público en principio coherente con las necesidades de la población desprotegida.

cama). Los datos correspondientes a la MCBA muestran en el Cuadro 13 algunos otros aspectos interesantes como la cantidad de personal de conducción por personal de ejecución mostrando una relación sumamente elevada.

Un indicador de la productividad de este personal es la capacidad operativa, que se calcula como la relación del gasto en bienes, servicios y transferencias corrientes sobre el gasto en personal. Esta relación tiende a experimentar un descenso continuo lo que indica que en promedio cada persona viene manejando en cada año menos recursos por cada peso que se gasta en sus remuneraciones.

La distribución de ese gasto a nivel de los hospitales se realiza, en la mayoría de las provincias, de acuerdo al comportamiento histórico y esos indicadores no se han introducido modificaciones en los últimos años. Las compras de insumos se realizan a nivel centralizado de la misma forma que el manejo de personal está fijado por el statu del empleado público lo cual otorga a los hospitales bastante poco margen de acción para administrar sus recursos y competir en el mercado.

Autogestión

Dentro de las modificaciones que se proponen en el sistema de salud uno de los temas sobre los que más discusiones se plantea es el tema de los cambios en el financiamiento de los hospitales públicos. En Argentina la modificación se produjo básicamente a través de la introducción de un decreto de autogestión hospitalaria en el ámbito del gobierno nacional.

Antes del Decreto del Hospital de Autogestión del año 1993 algunas provincias intentaron convertir al hospital público en entidades autónomas descentralizadas aunque no produjeron las modificaciones necesarias como para que los administradores de los nosocomios pudiesen manejar los recursos en función de las necesidades. No se fijaron tampoco en forma adecuada los criterios de distribución de los fondos obtenidos por el sistema de facturación. En los casos de dos provincias donde se han intentado la recuperación de costos, al integrar los fondos al presupuesto no existía demasiados incentivos a cobrar. Situaciones de este tipo aparecen reflejadas en el Cuadro 14 donde la relación entre lo cobrado y lo facturado es apenas superior al 30%.

En casos como el de Río Negro se intentó modificar el sistema de incentivos (que ya estaba establecida en una ley Provincial del año 1985) otorgando a los médicos participación en las ganancias obtenidas. Esto generó un sistema bastante perverso donde sólo se atendía población que tuviese algún financiador. En este caso la población sin cobertura y sin tercero pagador se quedaba sin cobertura. El sistema volvió a ser modificado estableciendo que los fondos obtenidos por el cobro de consultas se destinaran a inversión en capital físico.

Hasta tanto no se produzca una reforma integral, un primer paso podría ser la extensión del sistema de Hospital Público de Autogestión y que, obviamente, se tienda a cumplir los objetivos propuestos. El hecho de que el hospital tenga responsabilidad directa sobre su propio financiamiento y gestión, probablemente derive en mucho mayor eficiencia del gasto.

Recursos Humanos

Dada la importancia que tiene el gasto en personal el manejo del mismo es crucial. El personal en el sector público pertenece al grupo de empleados públicos con estatutos y condiciones de trabajo comunes con otras actividades que no tienen nada que ver. El status legal y administrativo en el que se desenvuelven los distintos servicios será de vital importancia para definir la eficiencia con la que funciona la administración de los recursos humanos. En general, el contexto opera en la dirección

contraria de permitir actuar con rapidez y flexibilidad y con autonomía en el manejo de los recursos humanos³⁹.

Entre los desafíos más difíciles se encuentra la modificación en el status legal-administrativo del personal en el sentido de conseguir la eliminación de la inmovilidad que prima en este tipo de estatutos del personal. Sería bueno intentar la migración hacia otras áreas del gobierno, sobretodo en el caso del personal administrativo pero puede ser costoso desde el punto de la reasignación de recursos.

El director del hospital debe ser médico o graduado en alguna carrera afín a la medicina es un problema que descansa en los regímenes públicos para el personal de salud y que, en los últimos años, ha sido subsanado a través del crecimiento en postgrado en administración hospitalaria destinados justamente a estas personas. La inflexibilidad que descansa en la ley no ha sido subsanada⁴⁰ de la misma forma que el pago de los salarios que se realiza en forma de salario mensualizado.

El Subsector Privado

El sector privado está constituido en Argentina por la denominadas empresas de medicina prepaga sumada a un segmento muy pequeño de compañías de seguros de salud más mutuales y el gasto directo del sector privado. El sector tiene dos regulaciones básica . Las compañías de seguro se encuentran reguladas por la respectiva Ley de Seguros mientras que las empresas de medicina prepaga se rigen bajo el contrato comercial con muy poco control por parte del estado.

Existen alrededor de 200 empresas de medicina prepaga que cubren más de dos millones de personas con un gasto de un billón y medio de dólares por año. El gasto promedio por beneficiario es de \$54, de los cuales aproximadamente el 30% corresponden a gastos administrativos⁴¹. Por su parte, existen mutuales que en muchos casos son figuras que surgen en paralelo a las mismas obras sociales. El sistema se ha desarrollado en forma heterogénea y con creciente competencia en los últimos años lo que ha llevado a que muchas de las compañías desaparezcan.

El sector privado de las privadas se dedica fundamentalmente a la atención en el segmento de la población de mayor poder adquisitivo pero de todas formas alcanza otros segmentos de la población, debido entre otras razones al deterioro en la calidad de la prestación del sistema de obras sociales. En estos casos se trata de situaciones de doble cobertura dada la cautividad del sistema de obras sociales⁴².

En los últimos años se han sumado en los grandes centros urbanos grandes hospitales que ofrecen planes cerrados dentro del ámbito de los establecimientos y que han ido progresivamente incluyendo a varios nosocomios. Por su parte, existe otro gasto indirecto por parte del sector privado que consiste en el pago de coseguros en el caso de poseer obra social y que son variables en función de las diferentes prácticas.

³⁹ Los regímenes del personal de la salud en provincias aparece detallado en IEERAL (1996).

⁴⁰ En algunas provincias el problema es grave dado que la estabilidad y las características de las relaciones laborales están defendidas en la propia constitución provincial.

⁴¹ El tema de los gastos administrativos es un problema común a las compañías de seguro que, las superan en porcentaje.

⁴² Según estimaciones de IBRD Argentina es uno de los pocos países de la región donde la compra de servicios privados de salud no están tan positivamente relacionados con el nivel de ingreso familiar.

LA AGENDA PENDIENTE

Las reformas pendientes en el área de salud parecen necesitar todavía de acciones en cuanto a los diferentes subsectores intervinientes en el mercado si es que la idea es lograr un mercado competitivo regulado. Estructuralmente la sobreoferta de profesional y de infraestructura crea una situación favorable al mercado regulado y los enfrentamientos entre los diferentes actores involucrados en contra de la capitación parecen apoyar el argumento que es necesario redefinir la regulación e introducirla en el caso que no exista ⁴³.

Los rezagos que se vienen produciendo en la aplicación de cuestiones que ya están contemplados en distintos instrumentos legales más los problemas de instrumentación hacen no ser demasiados optimistas con respecto a los tiempos.

Obras Sociales

La Libertad de Elección

Este parece ser uno de los principales escollos que se plantea en el funcionamiento más eficaz del sistema, es decir la posibilidad de elegir el agente de salud. Una barrera para la competencia en los modelos de seguro basado en el empleo es la imposibilidad por parte de los trabajadores de poder elegir el seguro que usaran entre los diferentes agentes de salud. Bajo cautividad muy raramente el precio será igual al costo marginal. Ofrecer a los trabajadores la posibilidad de elegir el agente de salud aparece como una buena medida en la dirección de posibilitar que el funcionamiento del mercado se aproxime más al del mercado competitivo.

La libertad de elección no necesariamente aproximara el precio al costo marginal ya que la información es incompleta en el mercado, fundamentalmente de parte del comprador de salud.

⁴³ Con respecto a los profesionales se ha planteado a nivel de las provincias con mucha frecuencia en los últimos meses que no se otorga matrícula a los nuevos profesionales lo cual les impide no tanto brindar la atención sino fundamentalmente el poder internar. Esta es una forma de corporativismo que está comenzando a hacerse habitual.

Sector Público

A partir del decreto de autogestión varios hospitales implementaron alternativas para el financiamiento de los hospitales ante la dificultad para conseguir fondos a partir del presupuesto y la inequidad planteada a partir de la utilización de los servicios provistos por el estado. La búsqueda de mecanismos de financiamiento está estrechamente relacionada a poder solucionar parte de esos problemas.

El financiamiento de los hospitales deberían descansar en dos objetivos, entonces, la mejora de la eficiencia y de la equidad. El sistema de financiamiento actualmente crea incentivos erróneos a los consumidores que afecta la utilización de los servicios de salud y agrava la equidad del sistema.

En el caso de las reformas implementadas en el sector público ha faltado el apoyo técnico en muchos casos para acelerar los tiempos y no agravar las inequidades con la que venía funcionando el sistema de salud. La libertad en el manejo del personal y la forma de distribuir los costos de capital y los ingresos por facturación aparecen como aspectos centrales a definir.

Sector Privado

Es evidente que el mercado privado necesita en Argentina de regulaciones que excedan la exclusivamente comercial. En este sentido, se necesitan regulaciones claras para proteger los derechos de los consumidores y para garantizar la viabilidad y la estabilidad de los agentes de salud privados.

CONCLUSIONES

El sistema de salud funciona con muchos cuestionamientos acerca de la calidad de las prestaciones y, obviamente, de los costos que demanda a la sociedad. Dentro de la multiplicidad de facetas que tiene la problemática que rodea al sistema se encuentra el interrogante acerca de la cobertura efectiva del Sistema de Seguridad Social ya que, en la práctica, la población con menores posibilidades de ingreso recurre al hospital público y aquellos con mayores ingresos optan por algún sistema de salud privado.

La instrumentación de criterios claros para la distribución automática del FSR es un punto que se adeuda desde la sanción misma de la ley que lo creó en 1988. En este sentido se introduce un mecanismo más simple y preciso reduciendo al mínimo la posibilidad de incumplimiento del espíritu solidario de la ley. Paralelamente, esto sirve para dar certidumbre a las obras sociales en cuanto a la magnitud de los recursos de que se dispondrá y no suceda (como en el pasado) que esos recursos quedan librados a criterios subjetivos, donde lo que menos peso tiene es la equidad.

Dada la importancia del sistema de seguridad social en Argentina los cambios introducidos en el financiamiento -si bien no agotan la agenda de reformas necesarias- se orientan hacia la racionalidad económica del sistema de salud, y deben considerarse como un primer paso dentro de una transformación gradual. De esta forma se eliminan algunos factores distorsivos en el funcionamiento del sector y se comienza a atacar gradualmente uno de los problemas básicos que es la posibilidad de la población de poder elegir el agente de salud. La existencia de la población cautiva y la falta de contralor han conducido a un sistema de obras sociales costoso y que, paralelamente, no genera el nivel esperado de calidad en el servicio.

De todas formas todavía quedan pendientes muchos aspectos inherentes al funcionamiento del sistema de salud. La introducción de un seguro de salud para los más necesitados es un tema todavía no demasiado tratado a nivel de política pública. La agenda de temas pendientes todavía es importante y, adicionalmente, se han incorporado otros agentes al sistema de salud -las aseguradoras de riesgos del trabajo- cuya acción es muy temprana para evaluar.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo C. y Larrañaga O., **"Sistemas de Entrega de los Servicios Sociales: La Experiencia Chilena"**, Banco Interamericano de Desarrollo, Mayo 1993
- Asciutto Alejandro, **"Hospitales Municipales"**, Buenos Aires, 1995.
- Australia, Health Insurance Commission, **"Health Financing Policy Options Study.Turkiye"**, Tuggeranong, Australia, Febrero 1996.
- Baenza C., **"Crisis de los Sistemas de Salud, Problemas y Desafíos para Chile en los '90"**, Julio 1993.
- Barnum H. y Kutzin J., **"Public Hospitals in Developing Countries-Resource Use, Cost, Financing"**, John Hopkins University Press, World Bank, Washington 1993.
- Belmartino Susana, **"Transformaciones Internas al Sector Salud: La Ruptura del Pacto Corporativo"**, Cuadernos Médicos Sociales, Nro: 68, Rosario, Julio 1994
- Berman P., **"Health Sector Reform in Developing Countries-Making Health Development Sustainable"**, Harvard University Press, 1995.
- Bradford D., **"Efficiency in Employment-Based Health Insurance: The Potential for Supramarginal Cost Pricing"**, Economic Inquiry, Vol. XXXIV, April 1996.
- Cutler D., **"A Guide to Health Care Reform"**, Journal of Economics Perspectives, Volume 8, Number 3, Summer 1994.
- Cutler D., **"The Cost and Financing of Health Care"**, American Economic Review, Vol. 85, Nro. 2, 1995.
- Feldstein M., **"The Economics of Health and Health Care: What have we learned?, What have I learned?"**, American Economic Review, Vol. 85, Nro. 2, 1995.
- Flood, Cristina y otros, **"Educación y Salud: Resultados de Mediciones sobre Acceso y Cobertura"**, Secretaría de Programación Económica, Ministerio de Economía, Buenos Aires, Noviembre 1994.
- Hoffmeyer U. y MacCarthy T., **"Financing Health Care"**, National Economics Research Association, Kluwer Academic Publishers, 1994.
- IBRD, **"Argentina Health Insurance Reform Loans"**, World Bank, April 1996.
- IEERAL, **"El Régimen del Personal de Salud en las Provincias"**, Fundación Mediterránea, Mimeo, Junio 1996.
- Iriart Celia y Leoney Francisco, **"Descentralización en Salud"**, Ministerio de Salud y Acción Social, PRONATASS, Buenos Aires, Noviembre 1994.
- Iriart C., Leoney F. y Testa M., **"Las Políticas de Salud en el Marco del Ajuste"**, Cuadernos Médicos Sociales, Nro.71, Rosario, Julio 1995.
- Jacobs P., **"The Economics of Medical and Health Care"**, Aspen Publishers, Maryland, 1991.

- Ministerio de Trabajo y Previsión Social., **"Los Mecanismos de Distribución del ANSSAL"**, PRONATASS, 1993.
- Newhouse Joseph, **"Medical Care Costs: How Much Welfare Lost?"**, Journal of Economic Perspectives, Volume 6, Number 3, Summer 1992.
- Pauly M., **"Taxation, Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy"**, Journal of Economic Literature, Vol. XXIV, June 1986.
- Roux Ana, **"La Reforma Sanitaria en los Estados Unidos"**, Cuadernos Médicos Sociales, Nro. 67, Rosario, Marzo 1994.
- Suarez R. y otros, **"Gasto Nacional y Financiamiento del Sector Salud en América Latina y el Caribe: Desafío para la década de los '90"**, Informes Técnicos Nro.30, OPS, Marzo 1994.
- Taffani R., **"Globalización, Sobreoferta y Debilidad Regulatoria: El Sector Salud en Tiempos de Reforma"**, Mimeo, Noviembre 1995.
- Weibrod B., **"The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment"**, Journal of Economics Literature, Vol. XXIX, June 1991.
- Zurita Alfredo, **"El Mercado de la Competencia Regulada: Solución para la Atención Médica en el Noroeste Argentino"**, Mimeo, Universidad Nacional del Nordeste, Abril 1995.
- Zweifel P. y Frech III H., **"Health Economics Worldwide"**, Kluwer Academic Publishers, 1992.

***REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA DE SALUD***

Cuadros

ARGENTINA

Cuadro 1
Estructura del Gasto en Salud

a. Argentina en 1993	% del gasto total en salud	% del PBI de 1993
SECTOR PÚBLICO		
Subtotal	22.0	1.6
OBRAS SOCIALES		
Obras Sociales Nacionales (ANSSAL)	15.0	1.1
Obras Sociales Provinciales	7.0	0.5
PAMI (INSSJP)	12.0	0.9
Otros	2.0	0.1
Subtotal	36.0	2.6
SECTOR PRIVADO		
Indirecto(pre-pagas,mutuales,planes priv.)	19.0	1.4
Directo (medicamentos, consultas méd. dir.)	23.0	1.6
Subtotal	42.0	3.0
TOTAL	100.0	7.2
b. América Latina y el Caribe		
	% del gasto total en salud	% del PBI de1993
SECTOR PÚBLICO		
Subtotal	8.5	0.5
OBRAS SOCIALES		
Subtotal	34.6	2.0
SECTOR PRIVADO		
Subtotal	56.9	3.2
TOTAL	100	5.7
c. Países Desarrollados1/		
	% del gasto total en salud	% del PBI de1993
SECTOR PÚBLICO		
Subtotal	64.6	4.9
SEGURIDAD SOCIAL2/		
Subtotal		
SECTOR PRIVADO		
Subtotal	35.4	2.9
TOTAL	100	7.8

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a datos de Serie de Informes técnicos Nro.30 de O.P.S. (1994).

1/ Promedio ponderado por el PBI de 24 países desarrollados de la CEE, Canadá y EEUU.

2/ Se considera que es provista públicamente en su totalidad

Cuadro 2
Estimaciones de Parámetros de Oferta y Demanda de Salud Pública

	Elasticidad del gasto en salud con respecto al PBI	Tasa anual de crecimiento de la demanda
Argentina 1/	1.2	2.4
Canadá	1.4	4.4
Francia	1.7	5.3
Alemania	1.9	4.9
Italia	1.9	5.3
Japón	1.5	6.9
Holanda	2.0	6.2
España	2.3	9.5
Suecia	2.1	4.6
Suiza	1.4	1.6
Reino Unido	1.8	3.4
Estados Unidos	2.0	4.4

Fuente: Hoffmeyer y MacCarthy (1994) Chapter 2 "Projections on Health Care Need and Funding", y estimaciones propias.

1/ Elasticidad calculada con datos para el período 1980-1994. Tasa de Crecimiento de la demanda estimada en base a datos del período 1960-1994.

Cuadro 3
Proyección Oferta y Demanda de Salud Pública
en % del PBI

	Demanda 1/	Oferta 1/	s/Sec.Prog.2/	Escasez	
	(1)	(2)	(3)	(4)=(1)-(2)	(5)=(1)-(3)
1994	5.76		5.95		-0.19
1995	6.25	5.91	6.35	0.34	-0.09
1996	6.32	5.93	6.42	0.39	-0.10
1997	6.39	5.96	6.61	0.43	-0.23
1998	6.45	5.99	6.79	0.47	-0.34
1999	6.52	6.01	6.81	0.51	-0.29
2000	6.59	6.04	n/d	0.55	n/d

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a estimaciones propias y a "Argentina en Crecimiento 1995-1996", MEOySP, 1994.

1/ Se supone una tasa de crecimiento anual del producto del 3% y una elasticidad ingreso gasto en salud de 1.15 (valor estimado para el período 1980-1994 con la misma metodología del Cuadro 3).

2/ Estimación de la Secretaría de Programación Económica.

Cuadro 4
Clasificación de Obras Sociales según tipo

Clase de Obra Social	Número de Beneficiarios (1)	Porcentaje del Total (2)	Cantidad de Obras Sociales (3)	Porcentaje del Total (4)	Ingreso Mensual por Impuestos al Salario (en millones de \$) (5)	Porcentaje del Total (6)	Ingreso Mensual por Impuestos al Salario por Beneficiario (en \$) (7)	Indice Total Total = 100 (8)
Sindicales	4.61	60.3	203	76.9	87.6	49.8	19	82.6
Estatales	0.08	1.1	6	2.3	3.0	1.7	36	156.5
De Convenio	0.04	0.6	19	7.2	1.6	0.9	35	152.2
Personal de dirección	0.61	8.0	23	8.7	31.1	17.7	51	221.7
Administración mixta	2.30	30.1	13	4.9	64.5	36.6	28	121.7
Total	7.65	100	264	100	176.0	100	23	100

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a Dirección General Impositiva, datos de ingresos promedio septiembre - diciembre de 1994 y número de beneficiarios de septiembre 1994.

Cuadro 5
Distribución de Beneficiarios por tamaño de Obra Social

Cantidad de Beneficiarios	Obras Sociales en %	Titulares en %	Beneficiarios en %	Recaudación en %	Subsidio en %	Recaudación por Titular	Recaudación por Beneficiario	Subsidio por Titular	Subsidio por Beneficiario
0 - 100	14.29	0.02	0.01	0.02	2.34	61.9	34.9	972.2	547.5
101 - 500	14.29	0.20	0.17	0.22	0.64	68.9	35.7	21.3	11.0
501 - 1000	10.03	0.32	0.28	0.42	1.55	81.7	40.9	31.6	15.8
1001 - 5000	24.32	2.24	2.48	3.32	0.99	92.7	37.3	2.9	1.2
5001 - 10000	9.42	2.42	2.73	2.67	5.21	69.1	27.3	14.1	5.6
10001 - 50000	17.33	16.40	16.73	19.95	26.95	76.2	33.3	10.8	4.7
50001 - 100000	4.86	13.51	14.95	12.46	15.76	57.8	23.3	7.6	3.1
+ de 100000	5.47	64.89	62.64	60.96	46.56	58.9	27.2	4.7	2.2
Total del sistema	100	100	100	100	100	62.7	27.9	6.6	2.9
Total del sistema en valores absolutos	323	3.64	8.17	228.40	23.86				

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a DGI, datos de febrero de 1995.

Cuadro 6
Origen de los Fondos, por Imposición al Trabajo, de las Obras Sociales

a. Fondos Genuínos (en % Salario Bruto)

	Empleador	Empleado
Trabajadores en actividad	*6	3
Trabajador agrario	3.5	4.5 a 7.5
Convenios de corresponsabilidad	variable según actividad	
* Con el decreto 492 fue reducido de 6% a 5% (uniforme)		

b. Recursos de Otra Naturaleza

Sujetos Obligados	Obra Social	Forma Determinación	Magnitud / Año millones de \$
Bancos	I.S.S. Bancarios	2% int. y comis.	201.4
Cías. de Seguros	I.S.S. Seguros	1% primas seguros	26.7
Adm. Nac. de Aduanas	IOS Economía	5% rec. espec. ctas. especiales jurisdicc.	7.4
DGI	IOS Economía	5% rec. espec. juris.	s/d
Cías. Manufac. Tabaco	OS Obreros y OS Empl. Tabaco	s/d (*)	s/d
Empleadores en gral.	OS Personal de Direcc.	30% de contr.adic. por encima de ley	s/d
Cías. Cerveza	OS Cerveceros	s/d	s/d
Total	-	-	235.6

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a Ministerio de Economía y legislación vigente.
(*) En todos los otros casos para los que hay datos los fondos se distribuyen por mitades entre la OS y la ANSSAL.

Cuadro 7
Concentración de Recaudación por Titular

Obra Social	Obras Sociales en %	Titulares en %	Beneficiarios en %	Recaudación en %	Subsidio en %	Recaudación por Titular	Recaudación por Beneficiario	Subsidio por Titular	Subsidio por Beneficiario
Más de \$ 100 por titular	30.34	17.35	18.65	37.49	10.23	135.6	56.2	3.9	1.6
De \$ 50 a \$ 100 por titular	32.51	27.84	29.93	28.19	39.85	63.5	26.3	9.4	3.9
De \$ 40 a \$ 49 por titular	12.69	23.53	23.08	17.71	13.95	47.2	21.4	3.9	1.8
De \$ 30 a \$ 39 por titular	12.38	24.24	21.43	14.20	22.74	36.7	18.5	6.1	3.1
De \$ 20 a \$ 29 por titular	6.81	4.68	4.87	1.94	12.73	26.0	11.1	17.9	7.6
Menos de \$ 20 por titular	5.26	2.36	2.04	0.47	0.49	12.5	6.4	1.4	0.7
Total de obras sociales	100	100	100	100	100	62.7	27.9	6.6	2.9
Total del sistema en valores absolutos	323	3.6	8.2	228.4	23.9	62.7	27.9	6.6	2.9

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a DGI, datos de febrero de 1995.

Cuadro 8
Concentración de Subsidios por Titular

Subsidio por beneficiario	Obras Sociales en %	Titulares en %	Beneficiarios en %	Recaudación en %	Subsidio en %	Recaudación por Titular	Recaudación por Beneficiario	Subsidio por Titular	Subsidio por Beneficiario
Más de \$1000	3.75	0.00	0.00	0.00	2.33	51.7	34.2	7,166.7	4,737.3
Entre \$200 y \$650	5.00	0.04	0.04	0.07	1.16	96.4	34.0	429.2	151.5
Entre \$100 y \$199	5.00	0.64	0.70	1.82	7.03	147.5	57.2	145.1	56.3
Entre \$ 50 y \$ 99	16.25	2.01	2.36	3.26	9.91	83.3	30.3	64.7	23.5
Entre \$ 25 y \$ 49	17.50	7.74	7.37	7.99	22.37	53.0	23.7	37.9	17.0
Más de 0 y menos de \$ 25	52.50	89.58	89.53	86.86	57.20	49.8	21.3	8.4	3.6
Total de concentración	100	100	100	100	100	62.7	27.9	6.6	2.9
Total del sistema en valores absolutos	323	3.6	8.2	228.4	23.9	62.7	27.9	6.6	2.9

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a DGI, datos de febrero de 1995.
Nota: 247 Obras Sociales sin subsidio. * millones.

Cuadro 9
Sistema de Obras Sociales
(en millones de pesos-promedio mensual)

	Antes Decreto 292	Decreto 292	Decreto 492
1- Obras Sociales	225.5	188.0	208.2
Aportes y contribuciones	214.6	167.8	191.8
Recursos de otra naturaleza	10.9	10.9	-----
Subsidios automáticos	-----	9.3	16.4
2- ANSSAL	36.8	22.0	6.6
Aportes y contribuciones	25.9	20.4	21.0
Recursos de otra naturaleza	10.9	10.9	-----
Subsidios automáticos	-----	9.3	16.4
Recaudación Total (1+2)	262.3	210.0	214.8
Aportes y contribuciones	240.5	188.2	214.8
Recursos de otra naturaleza	21.8	21.8	-----

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a datos oficiales.

Nota: Subsidios automáticos antes del Decreto 292, cápita mínima \$30. Subsidios automáticos del Decreto 492, cápita mínima \$40.

Cuadro 10

	Año 1994											
	I				II				III			
	Coeficiente Ocupación			Municip.	Promedio Estadia			Municip.	Giro de camas			Municip.
Total	Nacional	Provincial	Total		Nacional	Provincial	Total		Nacional	Provincial		
Capital	0.79			0.79	15.16			15.16	18.93			18.93
Federal	0.73	0.93	0.82	0.60	11.36	29.87	13.51	8.25	23.46	11.32	22.11	26.58
Buenos Aires	0.40		0.40		7.38		7.38		19.55		19.55	
Catamarca	0.55	0.65	0.62	0.06	16.24	6.44	17.96	3.99	12.42	36.74	12.60	5.62
Córdoba	0.54		0.54		7.12		7.12		27.44		27.44	
Corrientes	0.47		0.47		5.02		5.02		34.41		34.41	
Chaco	0.50		0.50		7.25		7.25		25.35		25.35	
Chubut	0.55	0.64	0.53		11.75		10.46		16.97		18.46	
Entre Ríos	0.42		0.42		5.22		5.22		29.30		29.30	
Formosa	0.56		0.56		7.91		7.91		25.95		25.95	
Jujuy	0.39		0.39		6.40		6.40		22.34		22.34	
La Pampa	0.33		0.33		4.66		4.66		25.47		25.47	
La Rioja	0.68		0.68		8.02		8.02		30.84		30.90	
Mendoza	0.70		0.70		5.47		5.47		46.37		46.37	
Misiones									37.67		37.67	
Neuquen	0.50		0.50		5.65		5.65		32.22		32.22	
Río Negro	0.53		0.53		7.95		7.95		24.37		24.37	
Salta	0.59		0.59		6.58		6.58		32.89		32.89	
San Juan	0.45		0.45		5.68		5.68		29.09		29.09	
San Luis	0.41		0.41		6.47		6.47		23.04		23.04	
Santa Cruz	0.50	0.93	0.50		8.85	11.98	10.26		20.72	28.26	17.83	
Santa Fe	0.44		0.44		6.64		6.64		23.93		23.93	
Sgo. Del Estero	0.58		0.58		8.03		8.03		26.52		26.52	
Tucumán	0.51		0.51		4.73		4.73		39.73		39.73	
Tierra del Fuego												
MEDIA	0.53	0.79	0.52	0.48	7.81	16.10	7.65	9.13	27.04	25.44	27.29	17.04
DES.V. STD.	0.11	0.14	0.11	0.31	3.03	10.00	3.05	4.60	7.47	10.57	7.50	8.66
COEF. VAR.	0.21	0.18	0.21	0.64	0.39	0.62	0.40	0.50	0.28	0.42	0.28	0.51

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a datos del Ministerio de Salud y Acción Social (Secretaría de Salud).

Cuadro 11
Población Demandante y Camas disponibles en la provincia de Córdoba
Año 1995

Zona Sanitaria	Población sin cobert.	Pob.con NBI 1/	Camas disponibles por mil Hab. 3/ S.Oficial 2/	Privados	Total
1	0	0	3.17	1.80	4.97
2	0	0	2.41	1.78	4.20
3	0	0	1.92	2.22	4.14
4	0	0	2.03	2.80	4.83
5	0	0	1.40	3.50	4.90
6	0	0	4.15	3.05	7.20
7	0	0	2.43	2.67	5.11
8	0	0	3.39	1.60	4.99
9 (Cap.)	0	0	1.43	2.66	4.09
10	0	0	3.33	1.77	5.10
Total	0	0	2.01	2.62	4.63

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a Novedades Económicas, N°179/180. columna regional Córdoba.

Zonas sanitarias: 1: Colón E., Ischilín, Río 1º, Río Seco, Sobremonte, Totoral, Tulumba. 2: Pocho, San Alberto, San Javier. 3: Calamuchita N., Colón O., Punilla, Sta. María. 4: San Justo. 5: San Martín, Río 2º, Tercero Arriba. 6: Marcos Juárez, Unión. 7: Calamuchita S., Juárez Celman, Río 4º. 8: Gral. Roca, Roque S. Peña. 9: Capital. 10: Cruz del Eje, Minas.

1/ Necesidades Básicas Insatisfechas.

2/ Incluye a los sectores provincial y municipal.

3/ No incluye camas destinadas a Salud Mental.

Cuadro 12
Distribución del Gasto en Salud en 1995
clasificación por objeto (%)

	Córdoba	Río Negro
Personal	72.6	85.4
Bienes y Servicios	21.5	10.0
Transferencias	3.2	0.2
Inversión Real	2.8	4.4
Total	100	100

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a Novedades Económicas N° 179/180, columnas regionales Córdoba y Río Negro.

Cuadro 13
Dotación de Personal por agrupamiento

a. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires

Hospitales más instituciones especializadas

Agrupamiento	TOTAL	Distribución %	Agentes de ejec. por agente de conducción
Médicos	6644	27.3	3.9
Otros profesionales	3291	13.5	7.0
Enfermería	6288	25.9	5.2
Otros técnicos	2521	10.4	4.6
Profesional (esc. gral)	110	0.5	5.9
Administrativos	2259	9.3	1.3
Servicios generales	2102	8.6	4.3
Mantenimiento	1089	4.5	1.2
TOTAL	24304	100	3.7

b. Córdoba

Hospitales más instituciones especializadas

Agrupamiento	TOTAL	Distribución %	Agentes de ejec. por agente de conducción
Médicos	2125	29.0	n/d
Otros profesionales	468	6.4	n/d
Enfermería	735	10.0	n/d
Otros técnicos	3788	51.7	n/d
Profesional (esc. gral)	217	3.0	n/d
Administrativos	n/d	n/d	n/d
Servicios generales	n/d	n/d	n/d
Mantenimiento	n/d	n/d	n/d
TOTAL	7333	100	n/d

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a datos oficiales de la Municipalidad de Buenos Aires y de Córdoba.

Cuadro 14
Indicadores de Uso Hospitalario para la M.C. de Buenos Aires

a. Hospitales Generales

Unidad de medida se detalla para cada indicador

	Totales	Promedio por Hospital	Mínimo	Máximo
Ocupación (%)		78.3	65.1	85.0
Giro Cama (eg.por cama/año)		30.7	22.5	43.1
Permanencia (días por egreso)		9.4	5.5	12.3
Tasa de mortalidad (%)		3.6	2.4	4.6
Egresos (anuales)	107437	9767.0		
Consultas externas (anuales)	4037313	367029		
Relación cobrado / facturado: 34.6%				
Relación consultas / egresos: 38.0%				

b. Hospitales de Especialidades

Unidad de medida se detalla para cada indicador.

	Totales	Promedio por Hospital	Mínimo	Máximo
Ocupación (%)		68.9	53.5	91.2
Giro Cama (eg.por cama/año)		22.9	3.4	61.3
Permanencia (días por egreso)		11.0	4.9	94.4
Tasa de mortalidad (%)		3.6	0.7	20.3
Egresos (anuales)	43325	4814.0		
Consultas externas (anuales)	1407904	156434.0		

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a datos de Asiuto (1995).

Relación cobrado / facturado: 48.6%

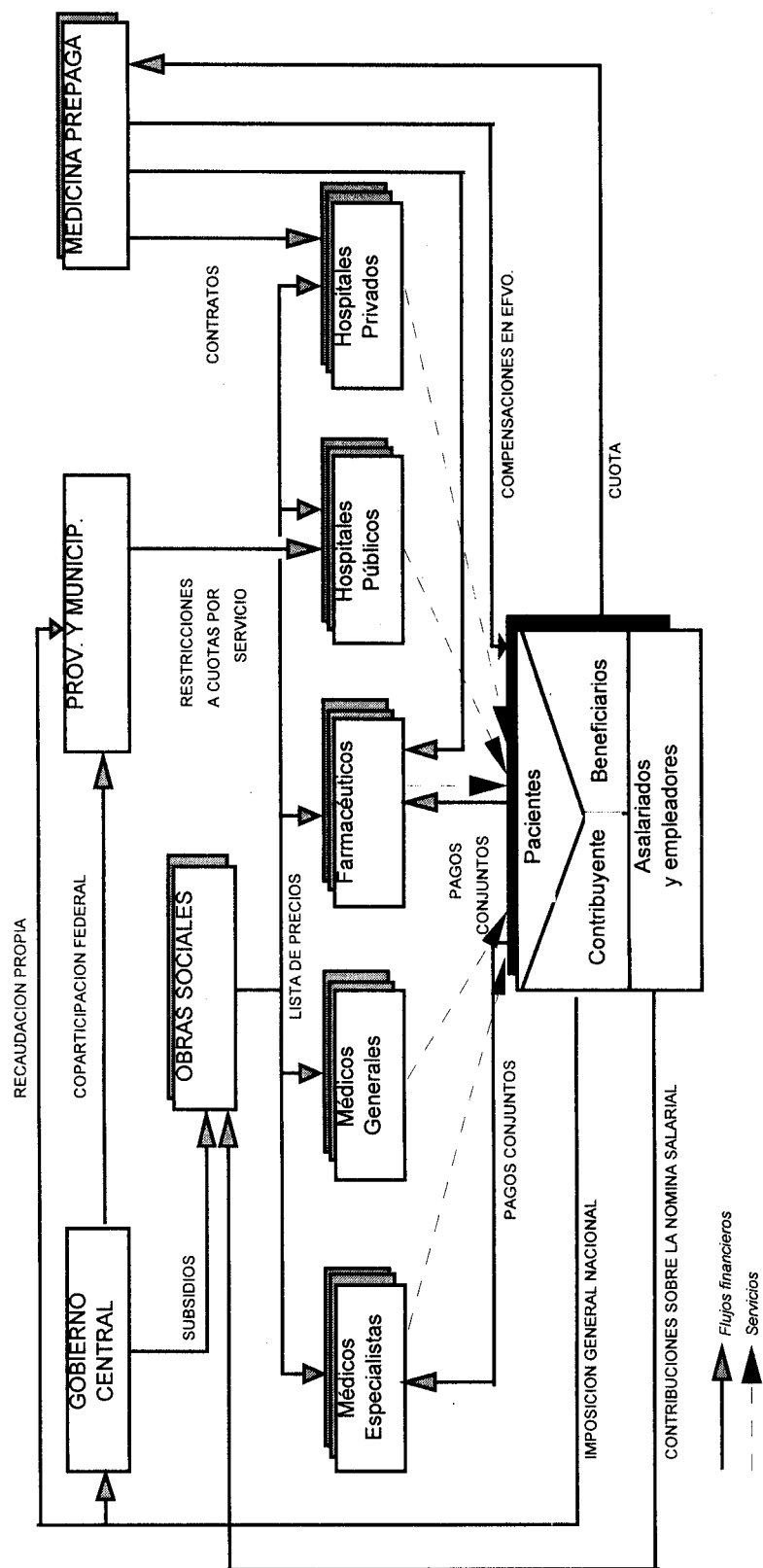
Relación consultas / egresos: 38.0%

***REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA DE SALUD***

Gráficos

ARGENTINA

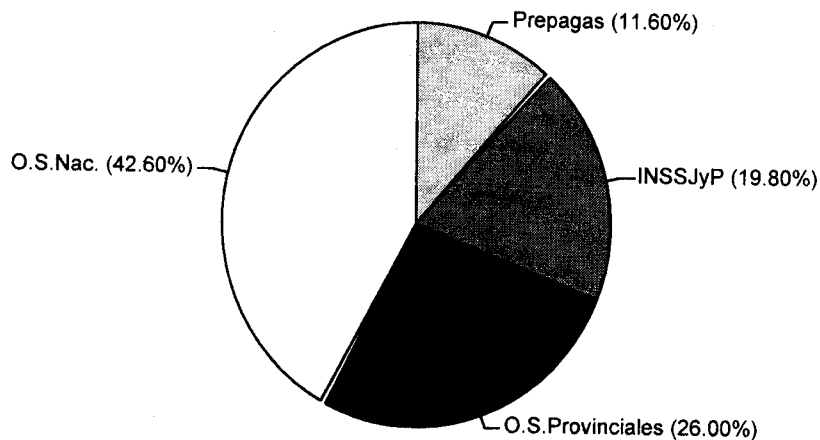
Gráfico 1
Participantes claves en el sistema de salud



Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a datos de Hoffmeyer y MacCarthy (1994)

Gráfico 2

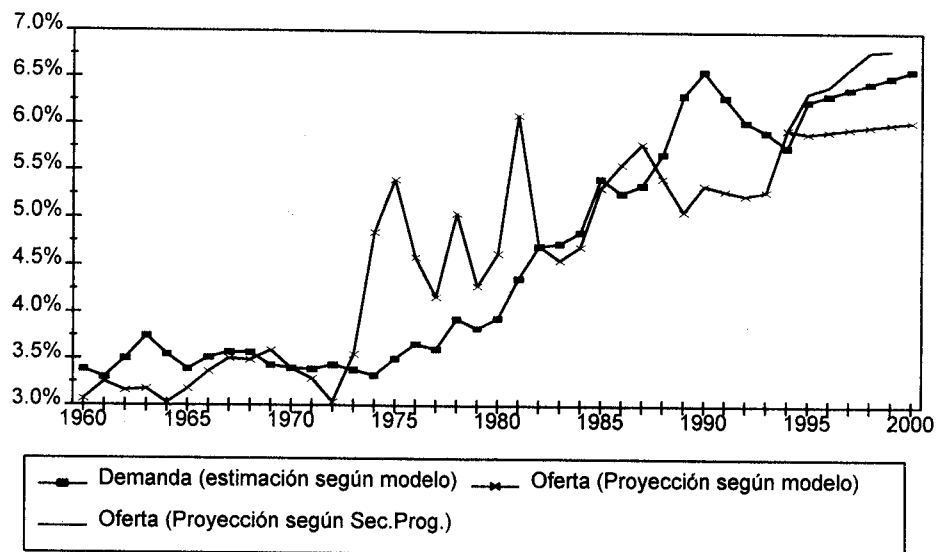
Distribución de los beneficiarios del Sistema de Salud -Año 1993
excluido el sector público



Fuente: leeral de Fundación Mediterránea en base a Ministerio de Salud y Acción Social.

Gráfico 3

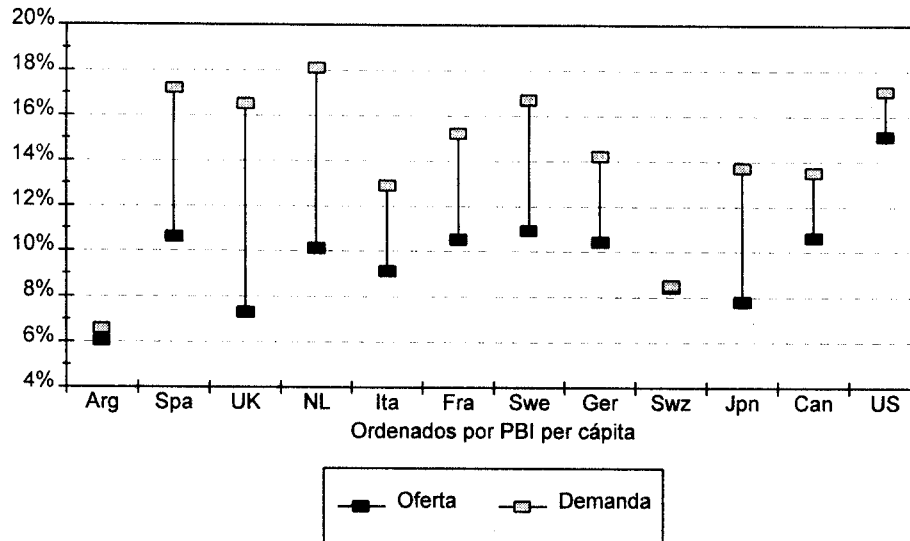
Oferta y Demanda de Salud Pública
en % del PBI



Fuente: leeral de Fundación Mediterránea en base a Hoffmeyer y MacCarthy (1994) y estimaciones propias.

Gráfico 4

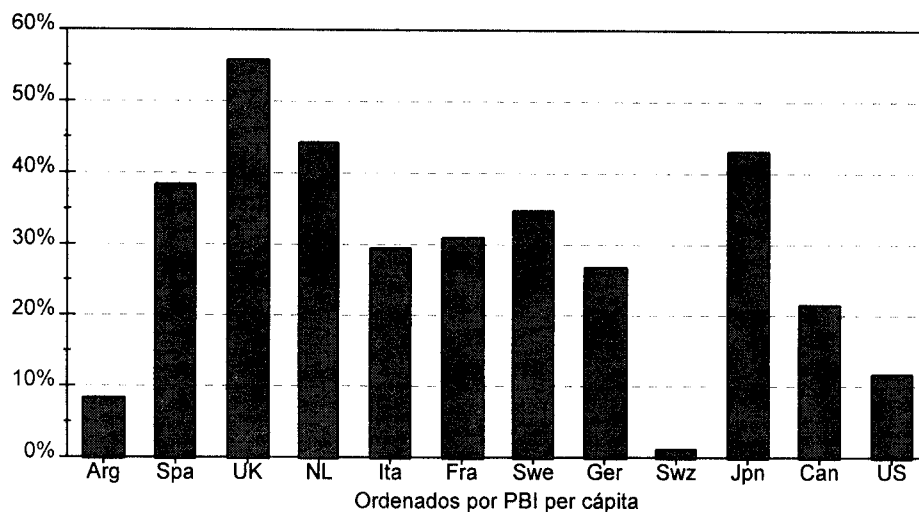
Oferta y Demanda Proyectada en el 2000
en % del PBI



Fuente: leeral de Fundación Mediterránea en base a Hoffmeyer y MacCarthy (1994) y estimaciones propias

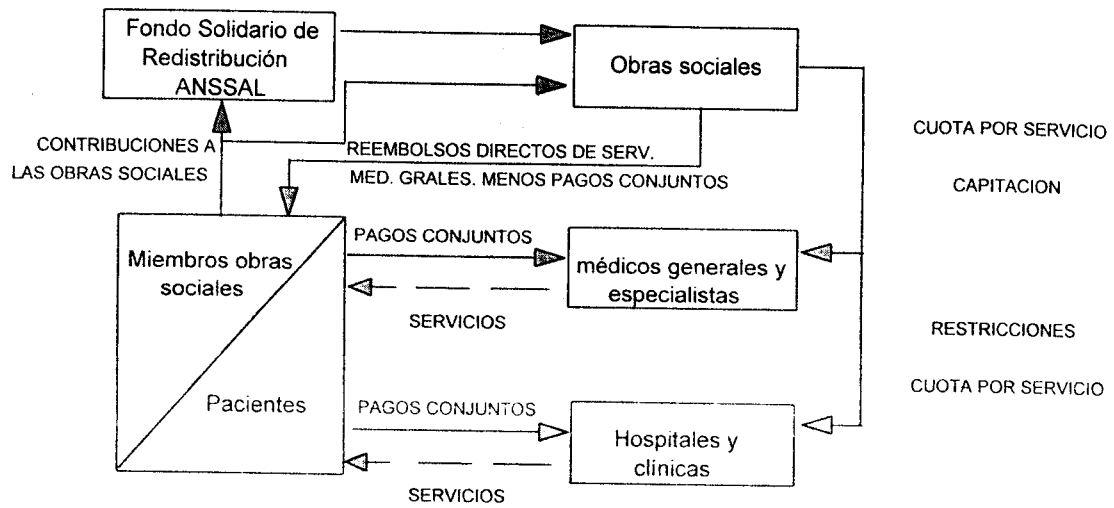
Gráfico 5

Déficit proyectado en el 2000
como % de la demanda proyectada



Fuente: leeral de Fundación Mediterránea en base a Hoffmeyer y MacCarthy (1994) y estimaciones propias

Gráfico 6
Sistema de obras sociales en Argentina



Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a datos de Hoffineyer-MacCarthy (1994)

***REFORMAS AL FINANCIAMIENTO DEL
SISTEMA DE SALUD***

Anexo

ARGENTINA

Anexo 1
Afiliados y Aportes a las Obras Sociales Provinciales

Provincia	Afiliados Mutuales	Afiliados por Convenio	Afiliados residentes en Cap.Federal	TOTAL población cubierta
Buenos Aires	871056	97756	11000	979812
Catamarca	144705	2234	S/INF.	146939
Córdoba	422352	51281	404	474037
Corrientes	155267	528	275	156070
Chaco	148321	1423	256	150000
Chubut	72000		S/INF.	72000
Entre Ríos	209960	23465	750	234175
Formosa	106000	S/INF.	S/INF.	106000
Jujuy	208718	14021	72	222811
La Pampa	56846	2903	391	60140
La Rioja	71000	S/INF.	S/INF.	71000
Mendoza	247000	2500	500	250000
Misiones	143643	3339	200	147182
Neuquén	116616	9586	270	126472
Río Negro	117888	18312	200	136400
Salta	218366	10299	S/INF.	228665
San Juan	120751	895	364	122010
San Luis	82000	S/INF.	S/INF.	82000
Santa Cruz	58586	1645	103	60334
Santa Fe	381800	16488	1340	399628
Stgo.del Estero	216715	2018	320	219053
Tierra del Fuego	7457	124	56	7637
Tucumán	276466	4716	362	281544
TOTALES	4453513	263533	16863	4733909

Provincia	Afiliados Activos			Afiliados Pasivos		
	Aportes Empleados	Aportes Patronales	Total aportes	Aportes Empleados	Aportes Patronales	Total aportes
Buenos Aires	4.5	4.5	9	4.5	4.5	9
Catamarca	4.5	4	8.5	4.5	4	8.5
Córdoba	4	4.5	8.5	3	4.5	7.5
Corrientes	6	4	10	3.5	4.5	7.5
Chaco	6	6	12	6	6	12
Chubut	4.5	6	10.5	4.5	6	10.5
Entre Ríos	3	4	7	3	4	7
Formosa	5	4	9	5	4	9
Jujuy	4	6	10	4	6	10
La Pampa	3.5	4.5	8	3.5	4.5	8
La Rioja	2.5	4.5	7	2.5	4.5	7
Mendoza	1	2	3	1	2	3
Misiones	5	5	10	5	5	10
Neuquén	5	7	12	5	7	12
Río Negro	3.5	5.5	9	3.5	5.5	9
Salta	4	5	9	4	no	4
San Juan	3.5	5.5	9	3.5	5.5	9
San Luis	3	4	7	3	no	3
Santa Cruz	4	6	10	4	6	10
Santa Fe	3	6	9	3	6	9
Stgo.del Estero	5	5	10	5	5	10
Tierra del Fuego	3	6	9	3	6	9
Tucumán	4.5	4.5	9	4.5	4.5	9

Fuente: IEERAL de Fundación Mediterránea en base a datos de COPRA (1994).

Serie Financiamiento del Desarrollo *

Nº	Título
1	"Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988)" (LC/L.522), noviembre de 1989
2	"Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987" (LC/L.526), diciembre de 1989
3	"Los determinantes del ahorro en México" (LC/L.549), febrero de 1990
4	"Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones" (LC/L.553), abril de 1990
5	"La cooperación regional en los campos financiero y monetario" (LC/L.603), noviembre de 1990
6	"Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pasivos: experiencias de América Latina" (LC/L.609), enero de 1991
7	"El leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina" (LC/L.652), noviembre de 1991
8	"Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras" (LC/L.655), noviembre de 1991
9	"Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma" (LC/L.656), noviembre de 1991
10	"¿Existe aún una crisis de deuda latinoamericana?" (LC/L.664), diciembre de 1991
11	"La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno" (LC/L.721), noviembre de 1992
12	"Las monedas comunes y la creación de liquidez regional" (LC/L.724), diciembre de 1992
13	"Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política" (LC/L.755), junio de 1993
14	"Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores" (LC/L.768), julio de 1993
15	"Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño" (LC/L.833), mayo de 1994

* El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile.

- 16 "El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia" (LC/L.834), mayo de 1994
- 17 "La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica" (LC/L.835), mayo de 1994
- 18 "Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México" (LC/L.843), junio de 1994
- 19 "Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993" (LC/L.839), mayo de 1994
- 20 "Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador" (LC/L.830), junio de 1994
- 21 "Integración de las bolsas de valores en Centroamérica" (LC/L.856), agosto de 1994
- 22 "La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos" (LC/L.853), agosto de 1994
- 23 "Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile" (LC/L.854), agosto de 1994
- 24 "Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos" (LC/L.855), agosto de 1994
- 25 "El movimiento de capitales en la Argentina" (LC/L.857), agosto de 1994
- 26 "Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas" (LC/L.859), agosto de 1994
- 27 "Flujos de capital: el caso de México" (LC/L.861), agosto de 1994
- 28 "El financiamiento latinoamericano en los mercados de capital de Japón" (LC/L.862), agosto de 1994
- 29 "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe" (LC/L.879), febrero de 1995
- 30 "Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia" (LC/L.901), julio de 1995
- 31 "Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador" (LC/L.903), septiembre de 1995
- 32 "Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas" (LC/L.907), septiembre de 1995

- 33 "Private international capital flows to Brazil" (LC/L.909), octubre de 1995
- 34 "Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina" (LC/L.911), octubre de 1995
- 35 "Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica" (LC/L.914), octubre de 1995
- 36 "Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993" (LC/L.940), mayo de 1996
- 37 "Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta" (LC/L.949), julio de 1996
- 38 "Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia" (LC/L.965), agosto de 1996
- 39 "Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994" (LC/L.984), octubre de 1996
- 40 "Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa" (LC/L.1002), abril de 1997
- 41 "Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México" (LC/L.1003), abril de 1997
- 42 "Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986" (LC/L.1004), junio de 1997
- 43 "Choques, respostas de política economica e distribucao de renda no Brasil" (LC/L.1005), junio de 1997
- 44 "Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas" (LC/L.1006), mayo de 1997
- 45 "Pension reforms in Central and Eastern Europe: necessity, approaches and open questions" (LC/L.1007), abril de 1997
- 46 "Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena" (LC/L.1008), mayo de 1997
- 47 "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada" (LC/L.1009), mayo de 1997
- 48 "On economic benefits and fiscal requirements of moving from unfunded to funded pensions" (LC/L.1012), junio de 1997
- 49 "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno" (LC/L.1030), julio de 1997

- 50 "La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile" (LC/L.1031), julio de 1997
- 51 "Mecanismos de pago/contratación del regimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia" (LC/L.1032), julio de 1997
- 52 "A comparative study of health care policy in United States and Canada: what policymakers in Latin America might and might not learn from their neighbors to the North" (LC/L.1033), julio de 1997
- 53 "Reforma al sector salud en Argentina" (LC/L.1035), julio de 1997
- 54 "Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile" (LC/L.1036), julio de 1997
- 55 "El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia" (LC/L.1037), julio de 1997
- 56 "Las instituciones de salud previsional (ISAPRES) en Chile" (LC/L.1038), julio de 1997
- 57 "Gasto y financiamiento en salud en Argentina" (LC/L.1040), julio de 1997
- 58 "Mujer y Salud" (LC/L.1041), julio de 1997
- 59 "Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina" (LC/L.1042), julio de 1997
- 60 "Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina" (LC/L.1043), julio de 1997