

FINANCIAMIENTO FRAGMENTADO, COBERTURA DESIGUAL Y FALTA DE EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO*

Oscar Cetrángolo**
IIEP/UBA – UNTREF

RESUMEN

Los recursos que Argentina gasta en servicios de atención de la salud superan el 8% del PIB, uno de los niveles más elevados de América Latina. Si bien toda la población tiene acceso a los servicios ofrecidos por el sector público, los logros alcanzados parecen exiguos comparados con los recursos asignados al sector. Adicionalmente, la distribución de la cobertura y acceso a los servicios resulta inequitativa. Este documento ofrece una serie de argumentos que pretenden servir de base para discutir los desafíos para mejorar la eficiencia y asegurar igualdad de derechos en materia de servicios de atención de la salud.

Palabras Clave: servicios de salud, gasto público, eficiencia, equidad.

ABSTRACT

Argentina spends more than 8% of GDP on health care services, one of the highest levels in Latin America. Even though all people have access to the services offered by the public sector, the achievements seem meager compared to the resources allocated to the sector. Additionally, the distribution of coverage and access to services is inequitable. This document provides a series of arguments that are a basis for discussing the challenges to improve efficiency and promote equal rights on health care services.

Key words: health care services, public expenditures, efficiency, inequality.

* El autor desea agradecer la colaboración de Ariela Goldschmit, no obstante, la responsabilidad de lo aquí expresado es exclusiva del autor.

** Investigador en Instituto de Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires (IIEP-BAIRES) y Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires.

Códigos JEL: H51 I14 I18

I. Introducción

Los debates sobre reformas en los sistemas de salud están crecientemente focalizados sobre la necesidad de alcanzar la cobertura universal, aunque no existe aún un claro consenso acerca de los alcances de ese objetivo, que va desde la existencia de un mínimo al alcance de todos hasta una cobertura amplia, suficiente e igualitaria. Crecientemente se está tratando de aclarar ese concepto mediante la determinación de un monto de recursos necesarios (aunque no suficientes) para alcanzar esa cobertura universal. Esa meta sería similar a la establecida en Argentina para la educación y rondaría los 6 puntos porcentuales del Producto Interno Bruto.

En nuestro país, el gasto en salud del sector público y la seguridad social han superado ese nivel durante los últimos años y, ciertamente, todos los ciudadanos gozan de alguna cobertura. No obstante, los logros alcanzados parecen exiguos comparados con los recursos asignados al sector y, más aún, la inequitativa distribución de la cobertura y acceso a los servicios resulta alarmante. Las dificultades encontradas para lograr un sistema eficiente y capaz de cubrir las necesidades de toda la población han tenido más que ver con la falta de coordinación de políticas que a la ausencia de éstas. En algunos momentos, la provisión pública fue el eje de la política de salud; en otros, la seguridad social; en algunos, incluso, se confió más en la oferta privada, y muchas veces, en los tres de manera simultánea. Es así como hoy la sociedad argentina destina una proporción importante de sus ingresos al cuidado de la salud y los resultados no son los esperables.

Este documento ofrece una serie de argumentos que pretenden servir de base para la discusión de los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud argentino para asegurar igualdad de derechos en materia de servicios de atención de la salud, evitando el despilfarro de recursos.¹ El hecho de que el acento este puesto sobre el financiamiento del sistema y su impacto, no significa desconocer que se trata de uno de los múltiples factores que determinan la fragmentación y equidad de cada sistema de salud. El capítulo I del artículo inicia la discusión acerca de la existencia y

1. Algunos de los argumentos aquí presentados fueron desarrollados con mayor exhaustividad en Bisang y Cetrángolo (1998), Cetrángolo, Goldschmit, Lima Quintana, San Martín y Aprile (2011), y Cetrángolo y Goldschmit (2013).

el alcance de la cobertura universal en el contexto regional para luego, en el capítulo II, abordar la presentación de la organización y cobertura del sistema de salud argentino. El capítulo III se concentra en el análisis de la fragmentación de la cobertura a partir de su esquema de financiamiento y, por último, el capítulo IV presenta algunas reflexiones finales referidas al sendero de reformas necesarias para mejorar el funcionamiento e impacto del sistema.

I. Información de contexto y algunos conceptos

I.1. Gasto y fragmentación en América Latina

En la mayor parte de los países de América Latina se ha establecido, mediante diferentes tipos de normas, el acceso universal a servicios de salud de su población. No obstante, son escasas las referencias claras y explícitas acerca del nivel de cobertura garantizado. En general, la cobertura efectiva en materia de salud resulta insuficiente y desigualmente distribuida, con escasa capacidad para mejorar las desigualdades que caracterizan a los países que conforman esta región. Aquí entendemos que el objetivo de lograr cobertura universal en salud es mucho más ambicioso que el enunciado de acceso a “algo” de cobertura para cada ciudadano, sino que todos los habitantes de un país tengan derecho a una cobertura homogénea y suficiente (tanto en cantidad como calidad) que, necesariamente, estará en relación con el financiamiento disponible.

Entonces, los resultados alcanzados en términos de cobertura remiten a la discusión de los mecanismos de financiación de los sistemas de salud de la región. No es éste el único problema a resolver para alcanzar la cobertura universal; en todo caso, se trata de una parte del todo a ser considerado. La insuficiencia de recursos fiscales explica una buena parte de los problemas para alcanzar la cobertura buscada, y la elevada fragmentación de los sistemas de salud de la región, y la consecuente falta de equidad y eficiencia, se hallan estrechamente relacionadas con la modalidad de su financiamiento.

Esta fragmentación tiene múltiples orígenes. Aquí se pondrá el acento en tres tipos de fenómenos. En primer lugar, deben contemplarse los problemas derivados de niveles elevados de gasto de bolsillo en salud, que en

muchos casos limitan el acceso a los servicios de salud a aquellas personas que más los requieren. En segundo lugar, está la fragmentación que deviene de las diferencias que separan a aquellos que cuentan con cobertura de la seguridad social formal de aquellos que se desempeñan en sectores informales de la economía. Por último, a este cuadro general se agrega la fragmentación territorial que deriva de la existencia de sistemas de salud a nivel subnacional con coberturas dispares de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de cada lugar. De este modo, los habitantes de un mismo país cuentan con niveles diferentes de cobertura del sector público en función de su localización geográfica.

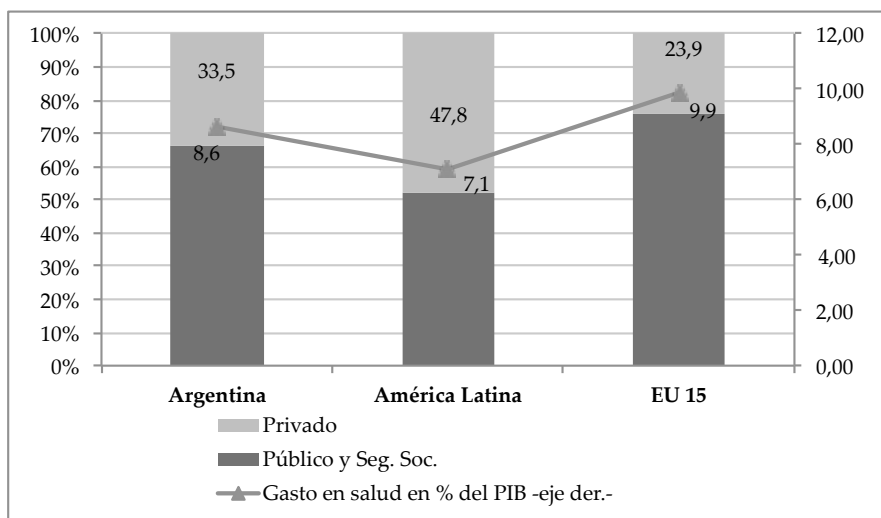
En síntesis, aquí entendemos que el objetivo de lograr cobertura universal y equitativa implica que el acceso a los servicios de salud brindados por el sector público y seguridad social debe ser definido por la necesidad de atención y no por la capacidad de pago individual. Consideramos que no existen razones para que la cobertura de salud asegurada por el Estado a los ciudadanos de un país dependa de sus ingresos, ubicación en el mercado laboral, género o cualquier otra característica de las personas diferente a sus necesidades de atención. Ese nivel de cobertura, a su vez, dependerá del nivel de recursos fiscales y de su asignación presupuestaria, y definirá el nivel de piso de protección social en salud de cada sociedad. A medida que aumente el financiamiento público de servicios de salud subirá ese piso.

En lo que refiere a la atención de la salud, en promedio el gasto de América Latina es similar al promedio mundial, medido como porcentaje del producto (alrededor de 7% del PIB). No obstante, ese nivel es bastante inferior a los países desarrollados (en los países de la Unión Europea previos a 2004 -EU 15- el promedio resulta inferior al 10%). Estas diferencias se hacen más marcadas cuando se las mide como gasto por habitante, ya que parte de esa brecha es explicada por diferencias en los salarios en dólares entre países y otra, con mayor impacto, en gasto en tecnología y medicamentos.² Como suele suceder con los promedios, és-

2. Además, el nivel de esas diferencias, al depender de los precios relativos (en especial tipo de cambio real) que se presentan en cada caso, varían en el tiempo según cambien, entre otras variables, esos precios relativos.

tos ocultan una gran diversidad de situaciones particulares. En algunos países el gasto en relación al PIB alcanza niveles similares al de un país desarrollado (Argentina, Brasil, Uruguay y Costa Rica, entre otros), en tanto que existen otros con niveles muy bajos, como es el caso de Perú y Guatemala. Adicionalmente, existe una diferencia mucho más marcada hacia el interior de cada país, lo que tiene implicancias significativas en sistemas descentralizados.

Gráfico No. 1: Nivel y estructura del gasto en salud en América Latina y Europa



Fuente: en base a elaboración propia

Más allá del nivel de gasto total en salud de la región, su impacto distributivo resulta ser mucho más regresivo que en los países desarrollados. Ello se debe, de manera especial, a la mayor participación del gasto privado, con impacto negativo sobre la equidad. Adicionalmente, el gasto público tiene un impacto redistributivo menor al esperado. Sin lugar a dudas, el logro de sistemas de salud más integrados y equitativos requiere la reducción de la importancia relativa del gasto privado y, concomitantemente, un aumento de la participación del gasto público en salud.

La imagen resulta incompleta si no se tiene en cuenta que los países con mayor gasto público son, asimismo, los que tienen un mayor porcentaje de su población con algún tipo de aseguramiento en salud. De acuerdo con datos de CEPAL (2010) en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay (los de mayor gasto público en salud) cerca del 70% de la población tiene algún seguro de salud. En el otro extremo, los países con menor gasto público sectorial (Centroamérica, Bolivia, Ecuador, Paraguay y Perú), en promedio, sólo un 17% de la población se encuentra asegurada contra riesgos de la salud.

La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos ha sido ampliamente reconocida como una fuente importante de inequidad y es común definir el grado de inequidad en materia de salud de los países según la participación del gasto de bolsillo en el gasto total (OPS, 2002; OMS, 2010). En promedio, el 42,9% del gasto total en salud de la región corresponde a gasto privado, con guarismos por encima del 60% en Guatemala y República Dominicana. De este porcentaje una elevada proporción corresponde a gasto directo de los hogares (78,1%) y 17,9% se destina al financiamiento de planes prepagos de salud (OMS, 2010). Con este criterio y dado los guarismos anteriores, los sistemas de salud de la región aparecen como altamente inequitativos.

I.2. Una visión estilizada de la fragmentación

Las posibilidades efectivas de acceder a servicios de salud oportunos, de magnitud y calidad homogéneas, dependen, entre otros factores, de los niveles de ingresos de las personas, la condición de formalidad en el mercado laboral, el riesgo y la ubicación geográfica de los individuos. En relación con la organización del sector, la protección social no puede descansar exclusivamente sobre la capacidad de los esquemas contributivos asociados al mundo laboral, lo que obliga a repensar los mecanismos de solidaridad (CEPAL, 2006). En América Latina ha predominado el desarrollo de sistemas híbridos que, por lo general, han tenido grandes dificultades en alcanzar cobertura universal de servicios de salud de cierta calidad.

En estos países, la provisión de servicios de atención de la salud está a cargo de una variada gama de instituciones y mecanismos para el financiamiento, regulación y provisión, conviviendo un subsector público (esencialmente financiado con impuestos generales), la seguridad social (financiada con contribuciones sobre la nómina salarial) y el privado (organizado a partir de seguros privados o pagos directo de bolsillo). La forma en que se coordinan y articulan (o dejan de hacerlo) estos tres subsectores da origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud, que suponen distintas dinámicas en términos de cobertura, equidad y eficiencia del sector. En consecuencia, y siendo cuidadoso en el uso de los términos, no se podría hablar de un “sistema de salud” dada la ausencia de coordinación entre las partes que conforman su organización. Más allá de la precisión semántica es claro que la falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

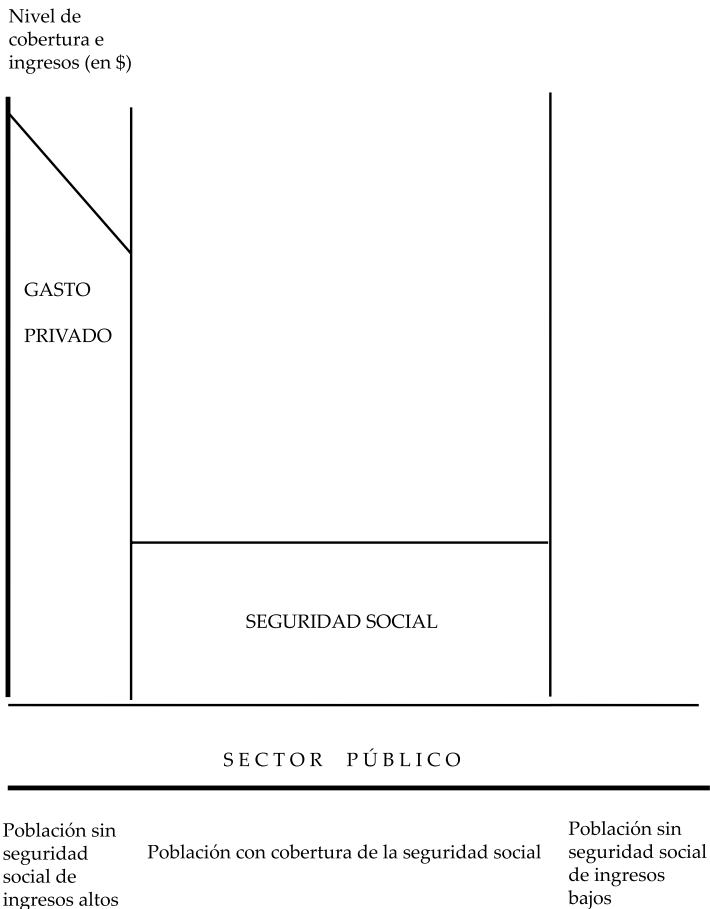
De hecho, la única cobertura para la población sin capacidad de contribución suele correr por cuenta del Estado. La seguridad social cubre a los trabajadores formales (y, a menudo, a sus dependientes, de acuerdo con la organización de cada sistema en particular) y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. Finalmente, el sector privado cubre generalmente a la población de más altos ingresos y cuenta con una estructura de proveedores propios. No obstante, en muchas oportunidades, los sectores de más bajos recursos, sin seguro y con dificultades para acceder a la oferta pública de servicios, deben afrontar sus necesidades más urgentes mediante pagos de bolsillo en el sector privado, lo que representa una carga onerosa para estos hogares y constituye un importante factor de inequidad. La manera en que los países han intentado reestructurar las interrelaciones entre estos tres sectores caracteriza las distintas reformas que se han llevado a cabo en la región.

El Gráfico No. 2 ofrece una imagen estilizada (y, por lo tanto, incompleta) de este modelo de segmentación de coberturas.³ Allí, al presentar la cobertura teórica que tiene la población ordenada desde la más rica a la

3. Los detalles de esta presentación pueden ser consultados en Cetrángolo y Devoto (1997 y 2002) y Anlló y Cetrángolo (2007).

más pobre, se observa la existencia de una cobertura básica que, en teoría, es uniforme para toda la población del territorio con independencia de su nivel de ingreso. Los sectores de altos ingresos tienen acceso a la cobertura privada en función de sus propias capacidades; los trabajadores en empleos formales y, dependiendo del caso, sus familias acceden a la cobertura que brinda la seguridad social, y, finalmente, los sectores de menores recursos y fuera del universo del empleo formal obtienen su cobertura a partir de la cobertura básica pública antes mencionada.

Gráfico No. 2: Fragmentación en la cobertura de salud



Sabiendo que la estructura de financiamiento del sistema de salud no es neutra desde la perspectiva de la equidad, la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y la seguridad social ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la prestación de los servicios. Además de promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos, se generan sistemas de salud diferenciados entre estratos sociales. A su vez, las dificultades para regular al subsector privado de salud, que en el caso de la región representa una proporción significativa del gasto total, ha sido un factor que agrava el uso poco eficiente de los recursos que la sociedad destina al sector salud.

Por definición, los esquemas más solidarios son aquellos en donde la totalidad de la población se halla incorporada a un sistema único financiado con tributación general y cuya cobertura es independiente de la capacidad de pago de las personas, lo que a su vez debería verse reflejado en menores niveles de gasto de bolsillo. En la región ello se cumple en los países del Caribe de tradición sajona, Cuba, y los que resultan de las reformas realizadas en Brasil (CEPAL, 2006). No obstante, en este país el gasto privado participa con una gran proporción del gasto total (3,7% del PIB), en tanto que el gasto público se ubica en 3,6% (PAHO, 2011).

El resto de la región, al conservar, de manera parcial, el financiamiento mediante cargas sobre la nómina salarial, ha mantenido sistemas fragmentados. En algunos casos, se ha tratado de integrar los sistemas contributivos financiados a través de esas cargas con los esquemas públicos con financiamiento tributario; en otros, en cambio, se mantiene una significativa segmentación de ambas formas de financiamiento.⁴

En síntesis, considerando los esfuerzos de integración o coordinación de los subsistemas se pueden identificar 6 grupos de casos, según puede verse a continuación. Se identifican los casos más representativos y relevantes para esta discusión:

4. Aquí debe destacarse que la fragmentación de los sistemas de salud, al incrementar los servicios de intermediación, en muchos casos, suelen dar lugar a un aumento del gasto del sector que no tiene, necesariamente, correlato con un mayor producto, es decir, que no se ve reflejado en mayores prestaciones de atención sino que corresponde a una duplicación de costos y servicios.

- Sistemas originalmente públicos (países del Caribe Inglés, que adoptaron la organización del Reino Unido, y Cuba, por decisiones que van más allá de la organización sectorial). En términos del Gráfico No. 2, no existen los dos niveles de cobertura asegurada, sólo una línea horizontal que refleja la cobertura pública y cuyo nivel depende de los recursos asignados a esta función.
- Seguro universal con financiamiento contributivo y rentas generales (Costa Rica). El nivel de cobertura asegurado es único para todos. El gráfico sería el mismo que en el caso anterior.
- Reforma hacia sistema público puro (Brasil). En el gráfico se corresponde con la eliminación de la línea horizontal que corresponde a la seguridad social y la reasignación de recursos con el objeto de incrementar el financiamiento no contributivo para la oferta pública.
- Seguro convergente con salud pública (Colombia, Uruguay). En ambos casos la cobertura es diferenciada pero las reformas plantean caminos hacia la convergencia de coberturas.⁵ En el Gráfico No. 2 se mostraría como la asignación de recursos no contributivos a la cobertura del último segmento de la derecha (correspondiente a los sectores informales de menores ingresos) con la intención de equiparar la cobertura con la seguridad social. En el mediano plazo debiera verse una sola línea horizontal.
- Seguro no convergente (Chile). Se plantean diferentes tipos de cobertura según nivel de ingresos. Básicamente, se diferencia la población asegurada por seguros privados (ISAPRES) y el público (FONASA), por lo que se considera un sistema dual. Se consolida en el gráfico un esquema con dos líneas horizontales, permitiendo el ascenso del segmento de la izquierda y un nivel intermedio sobre la derecha que, unificando la cobertura de los formales de menores ingresos con los informales de bajos ingresos, responde a la asignación presupuestaria adicional.

5. Colombia se encuentra en medio de una reformulación de su reforma ante las dificultades en lograr equiparar las coberturas del sistema subsidiado (para los no formales de bajos recursos) y los formales.

- Seguro divergente (Argentina). Es un caso especial donde las reformas de las últimas tres décadas han estado orientadas hacia una creciente divergencia de las coberturas en función de los ingresos de cada hogar.

Debe reconocerse que si bien la existencia de financiamiento contributivo es, por un lado, un obstáculo a la integración, por otra parte, también es una fuente de recursos que no resulta sencilla de resignar para Estados con problemas de financiamiento como los de la región. En consecuencia, teniendo como objetivo de mediano plazo la construcción paulatina de sistemas más integrados y solidarios, los países deberían prestar suma atención a la modalidad de transición implícita en cada propuesta de reformas.

Por otra parte, el debate sobre el tipo de financiamiento lleva implícita otra elección: hasta dónde los sistemas de provisión de servicios de salud deben organizarse bajo la modalidad de seguros (el caso colombiano es un ejemplo) o como oferta pública. En general se dan situaciones híbridas y remite a las dificultades de definir el tipo de oferta pública y el papel de la salud preventiva bajo esquemas de aseguramiento. Más aún, un tema de discusión en curso se refiere al papel del hospital público en estos casos.

I.3. Fragmentación territorial

Además de la fragmentación entre subsectores, en muchos países también se observa un importante grado de fragmentación hacia el interior de cada subsector (público, seguridad social y privado) y, de manera especial, la descentralización en la provisión pública, cuando ha ocurrido, ha multiplicado los niveles de cobertura en un mismo país. Es importante considerar aquí que estos procesos de descentralización han ocurrido sobre territorios con marcadas desigualdades, de manera que las brechas de desarrollo hacia el interior de cada país pueden haber derivado en un agravamiento de las diferencias internas al ser muy diferentes las posibilidades financieras de cada región. El resultado final depende, en gran medida, del sistema de transferencias financieras entre niveles de gobierno que acompañaron la descentralización de servicios y el papel compensador que haya desempeñado el gobierno central.

Los procesos de descentralización en la región han sido diversos, involucrando dinámicas diferentes, respondiendo a motivaciones y lógicas variadas, involucrando distintos sectores (con profundidad variable) y alcanzando, consecuentemente, resultados disímiles (Cetrángolo y Goldschmit, 2010). Lamentablemente, no existen estudios que permitan evaluar su impacto sobre la equidad y si han repercutido en efectivas mejoras en la provisión de los servicios de salud. Sin duda, la multiplicidad de factores que actúa sobre las brechas territoriales, la relativamente reciente experiencia descentralizadora y el plazo de maduración de estas reformas hace difícil un análisis conclusivo acerca del tema. No obstante, se puede especular que muchas de las mejoras que esperaban lograrse a partir de acercar la provisión de los servicios sociales básicos a los niveles locales de gobierno no han podido realizarse. En algunos casos, incluso, las brechas territoriales pudieron haberse ampliado como producto de la descentralización y la ausencia de capacidades financieras y de gestión a nivel local aparece como una limitante importante para hacer frente autónomamente a la provisión de servicios descentralizados.

En América Latina, los países que más descentralizaron sus servicios sociales se corresponden con aquellos países federales, más extensos y con mayores desigualdades territoriales (Brasil, México y Argentina –en menor medida). Así, las políticas de descentralización aparecen como una consecuencia inevitable para la gestión de gobierno en grandes territorios y no como resultado de una decisión de políticas públicas (Cetrángolo, 2007; Cetrángolo y Goldschmit, 2010).

Para ilustrar la magnitud de esas desigualdades se suele utilizar el indicador de brechas del producto per cápita entre el valor más elevado y el más bajo de las jurisdicciones subnacionales para un grupo de países. A excepción de los países centroamericanos de menor territorio y Uruguay (país con mejores indicadores de equidad y de organización marcadamente unitaria), las brechas entre jurisdicciones ricas y pobres son muy fuertes, ubicándose por sobre 5 en países como Chile y México, y sobre 7 en Brasil, Colombia y Argentina. Como referencia, se debe considerar que en los países desarrollados difícilmente ese indicador sea superior a 2. Ello estaría indicando la complejidad de la tarea de mejorar la cohesión

social y avanzar en políticas de cobertura de salud universal e igualitaria sin contemplar estas diferencias. Y más aún, de hacerlo mediante políticas descentralizadas que descansan sobre el financiamiento local de los servicios sociales, ya que las regiones más pobres son precisamente las que presentan una base imponible más reducida para financiar estas prioridades de gasto. En consecuencia, resulta inconveniente la correspondencia fiscal.

II. Organización actual y cobertura del sistema argentino

II.1. Presencia de tres subsectores

Aunque el derecho a la salud no ha sido objeto de mención explícita en la normativa vigente se puede afirmar que la cobertura en riesgos de la salud en la Argentina es universal. No obstante presenta serios problemas de eficiencia y equidad. Si bien la protección financiera está cubierta para todos, tal como está organizada resulta excesivamente costosa en relación con los resultados logrados, y el acceso a servicios públicos y de la seguridad social resulta inexplicablemente desigual. Por un lado, se verá que un grupo de la población tiene coberturas múltiples y de diferente calidad por la superposición de la oferta pública y la cobertura obligatoria de la seguridad social. Por otro lado, la organización descentralizada y las características territoriales del país han determinado un acceso diferente para cada grupo poblacional. En la presente sección serán presentados estos temas, con mención a la normativa que, aún fragmentada, establece la cobertura en cada uno de los subsectores.

Existe una provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. Los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares tienen una cobertura adicional provista por instituciones de la seguridad social denominadas “obras sociales nacionales”. De este segmento no participan los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias, que están asegurados en las “obras sociales provinciales”. En tanto que los jubilados y pensionados y sus grupos familiares se encuentran cubiertos por los servicios que brinda el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados

y Pensionados, más conocido como “PAMI”. Por último, existen seguros voluntarios en empresas de medicina prepaga. Consecuentemente, la existencia de múltiple cobertura resulta no solo de la duplicación de cobertura entre el sector público y los diferentes tipos de seguros sino que, a su vez, puede existir triple cobertura (o más) si los diferentes miembros de un grupo familiar tienen derecho a diferentes tipos de instituciones y, aún peor, cuando se agrega la afiliación voluntaria a seguros privados. Asimismo, teniendo en cuenta que la afiliación a las obras sociales nacionales, PAMI e institutos provinciales es obligatoria y alcanza a algo más de la mitad de la población, la cobertura asegurada por la normativa existente, si bien es universal, dista mucho de ser homogénea.

II.1.1. Provisión pública

En la particular organización federal existente en Argentina, la Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales. Al Ministerio de Salud de la Nación le corresponde la conducción del sector, en su conjunto, a través del dictado de normas y del diseño de programas y ejecución de acciones. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo. Esto motiva que la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios se encuentre a cargo de los gobiernos provinciales. A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino.

De este modo, el subsector público de atención de la salud está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional y los 24 Ministerios Provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes centralizados y descentralizados y 2.172 Municipios.⁶ Se hace cargo, en forma prácticamente exclusiva, de las tareas relacionadas con la prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica, infecto contagiosos, quemados,

6. Si bien son pocas las provincias que han descentralizado la provisión de salud en sus municipios, existe algún tipo de servicio de salud a cargo de gobiernos locales en todo el territorio del país.

etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencias y atención primaria, cubriendo geográficamente todo el país.

Para completar la presentación del sector público, debe mencionarse un ámbito relevante a nivel institucional de discusión y coordinación de políticas del sector. La Ley 22.373 de 1981 creó el Consejo Federal de Salud (COFESA) en el marco del proceso de transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las provincias. Mediante el Decreto 1.269 de 1992 sobre Políticas sustantivas e instrumentales se define una redistribución de funciones entre jurisdicciones, de tal forma que el Estado Nacional se reserva su rol de conductor general del sistema, articulador y distribuidor de recursos a la vez que resigna su función de administrador de servicios. Más tarde, a fines de 1999 comenzó una nueva discusión sobre los criterios para el reparto de fondos, y el Decreto 455 del año 2000, estableció dos grandes propósitos del Estado Nacional en materia de salud: (a) afianzar la atención primaria; y (b) contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud a partir de un accionar basado en la concertación, siendo su ámbito natural de articulación el COFESA.

En la actualidad, el COFESA está integrado por las autoridades de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en cada provincia y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. No participan del COFESA los gobiernos municipales.⁷ Su principal función es coordinar el desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República, evaluando los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular. En los años posteriores a la crisis de 2001/2002 el COFESA ha adquirido un mayor protagonismo en particular con la formulación del Plan Federal de Salud.

II.1.2. Seguridad Social

La **seguridad social** está compuesta por las Obras Sociales Nacionales (OSN), reguladas por las leyes 23.660 y 23.661 de 1988, otros regímenes

7. Algunas provincias han creado consejos similares dentro de su propio territorio. Un ejemplo es el Consejo de Salud de la Provincia de Buenos Aires (COSAPRO) creado en 2008. La novedad, en este caso, es que además de los representantes de los municipios de la provincia también participa el Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia.

especiales como las obras sociales del personal de las FFAA, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el PAMI. Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (se incluye a los monotributistas) y pasivos, y sus grupos familiares.

Desde 1970, la Ley 18.610 extendió la cobertura de salud a toda la población en relación de dependencia, al hacer obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. Los recursos de cada obra social servían para brindar un nivel de cobertura homogéneo a todos los beneficiarios de cada rama de actividad, aunque existían importantes disparidades entre obras sociales, básicamente vinculadas con los diferentes niveles de salario medio y tamaño de los grupos familiares de los trabajadores de cada rama. Los datos disponibles muestran que la población del país cubierta por el subsector se incrementó en forma sustantiva, desde aproximadamente el 37% en 1967-68 a 73% en 1985 (Cetrángolo y Devoto, 2002). Posteriormente, las modificaciones en el mercado de trabajo y la ampliación de la cobertura de los otros segmentos del subsector derivaron en cambios en esa participación que, como se verá luego, se habría reducido hasta el 68% en el año 2009. Por su parte, la cobertura de prestaciones médicas para los jubilados y pensionados fue institucionalizada a partir de la Ley 19.032 de 1971, que creó el INSSJyP.

Con la sanción del decreto 9 de 1993 se incorporó la libre elección para los beneficiarios de la Seguridad Social, donde cada beneficiario puede reasignar su propio aporte a la obra social de su elección, quebrando el esquema solidario por segmentos, que había prevalecido hasta entonces. Simultáneamente, este decreto reafirmó la obligación de las obras sociales de asegurar un conjunto de prestaciones básicas para todos los beneficiarios del sistema.

Con el objeto de acompañar el lanzamiento de la libre elección de obras sociales por parte de los beneficiarios y frente al “descreme” resultante de esa política, mediante el Decreto N° 292/1995⁸ se modificaron las funciones de redistribución asignando automáticamente parte de la recaudación a

8. Actualizado por Decretos 1.867/2002 y Decreto 741/2003, garantizándose a los agentes del seguro de salud la percepción de una cotización mínima mensual por cada uno de sus beneficiarios.

los grupos familiares de menores ingresos con el fin de garantizar un valor mínimo de cotización mensual, con el que se debiera financiar el Programa Médico Obligatorio.⁹ Este mecanismo tiende a la consolidación de un sistema con menor grado de solidaridad, ya que se trata de un mínimo asegurado en lugar de una cobertura homogénea para los beneficiarios de la seguridad social (como ocurre en la mayor parte de los países desarrollados y muchos de América Latina) o al interior de cada sector de actividad, como ocurría previo a las reformas de 1993. En tanto que la resolución 684/1997 de la ANSES extendió la libre elección a los titulares de una prestación previsional otorgada por el actual Sistema Previsional Argentino (ex SIJP).

A partir del año 2002, mediante el decreto 486, se modificaron los porcentajes de aportes al Fondo Solidario de Redistribución, estableciendo diversos valores (entre 10% y 20%) en función de los niveles salariales de los aportantes. Por otra parte, en 2006 a partir de la sanción del Decreto N° 1.901 se modificó la distribución de la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución, que deja de cubrir una cápita uniforme y, en su lugar, incorpora la distribución por ajuste de riesgo, tomando en consideración los diferentes costos según edad y sexo, definiendo de este modo el subsidio que percibe el 40% de los titulares de menor contribución por grupo familiar.

Por su parte, a fines de 2012 se instrumenta Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA) destinado a compensar a aquellas Obras Sociales que presentan un menor nivel de ingreso por afiliado y fortalecer a aquellas con menos de 50.000 afiliados (Decreto 1.609/2012). Este subsidio distribuía de manera automática alrededor del 5% del total de recaudación del sistema (posteriormente se elevó el porcentaje al 6%). Un 20% se reparte en partes iguales a todos los Agentes con más de 5.000 afiliados; un 80% se distribuye proporcionalmente al número de afiliados de cada Agente; en tanto que los Agentes de menos de 5.000 afiliados, cuyo ingreso mensual per cápita resulte inferior al ingreso mensual promedio por afiliado de todo el sistema, reciben una compensación económica que les permita alcanzar dicho promedio.

9. Durante la crisis de principios de siglo, se declaró la emergencia sanitaria y se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE).

Finalmente, a fines de 2013 mediante el Decreto 1.368/2013 se crean el Subsidio de Mitigación de Asimetrías para el régimen de Trabajo Especial (SUMARTE) y el Subsidio para mayores de 70 años (SUMA 70), a los fines de asegurar la inclusión de estos grupos poblacionales y evitar situaciones de negativa de afiliación y/o cobertura. El primero distribuye mensualmente el 1,5% del total de la recaudación de aportes y contribuciones en forma proporcional al número de afiliados incluidos en el régimen de trabajo especial (monotributistas y servicio doméstico), mientras que el SUMA70 distribuye mensualmente el 0,7% de la recaudación proporcionalmente al número de afiliados de setenta o más años de edad.

II.1.3. Sector privado

El sector privado está compuesto por distintas entidades que adoptan diversas formas jurídicas. Incluye, principalmente, a los prestadores de servicios médico asistenciales, los financiadores o empresas de seguros médicos, laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias y centros de diagnósticos además de las instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas que se desempeñan en el sector.

El número total de empresas de medicina prepaga se desconoce, ya que no existe un registro oficial, pero se estiman más de 600 entidades, con diversidad de tamaño y formas jurídicas, con una gran concentración en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Relacionado con el sector privado prestador, se registran aproximadamente 10.000 establecimientos, con y sin internación, que representan algo más del 60% sobre el total sectorial.¹⁰ La mayoría de clínicas y sanatorios y los centros de diagnóstico son pequeñas y medianas empresas con fines de lucro, intensivas en recursos humanos especializados y, por lo tanto, generadoras de empleo (aproximadamente 390.000 puestos de los cuales 252.000 se encuentran en relación de dependencia formal).

En su largo desarrollo, desde el original pago por prestaciones con el riesgo financiero concentrado en el paciente hasta la compleja organi-

10. Ministerio de Salud y Ambiente e Indicadores Básicos OPS y Ministerio de Salud.

zación actual, el sistema de salud se ha comportado como un verdadero blanco móvil para la regulación pública. Sin duda, el enorme impulso al sector privado proveniente del desarrollo de la seguridad social ha sido un factor fundamental en esta evolución. En un mercado caracterizado por grandes asimetrías informativas y búsqueda de importantes rentas innovativas, cada nueva forma de organización fue dando origen a nuevas fallas asignativas y nuevas demandas de intervención pública. Desde finales de los años ochenta, algunas obras sociales, lideradas por el PAMI, iniciaron una estrategia de delegación del riesgo financiero y de las funciones de aseguramiento y compra de servicios hacia otros actores. Esta situación se produce a través de la implementación de contratos capitados (importe según cantidad de beneficiarios) o cartera fija (importe global con una cantidad de beneficiarios estimada de referencia pero sin explicitación) en reemplazo de los contratos de pago por prestación. Estos nuevos contratos de riesgo tienen implicancias relevantes en cuanto a la configuración institucional de la oferta integral de servicios, la definición de precios finales y la distribución del riesgo entre los actores involucrados (Báscolo, 2008). En las últimas décadas, el desarrollo de nuevos intermediarios organizadores de la oferta y diferenciadores de la demanda, ha derivado en un nuevo modo organizacional que demandará nuevos esfuerzos regulatorios.

La Ley 24.754 obliga a las empresas de medicina prepaga a garantizar una cobertura igual a la vigente para las Obras Sociales Nacionales (PMOE), y la Ley 24.455 las obliga a cubrir los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de los pacientes afectados con HIV/SIDA y de los que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

La Ley 26.682 de 2011 y los Decretos 1.991/2012 y 1.993/2012 establecen el marco regulatorio a la actividad de las empresas privadas de seguros médicos, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS). Dicha Ley regula diversos aspectos de la actividad que van desde la autorización de los aumentos de cuota de los planes, la obligatoriedad de afiliación a mayores de 65 años y a afiliados con enfermedades/situaciones preexistentes, la obligatoriedad de presentar ante la Autoridad de Aplicación información demográfica, epidemiológica, prestacional y económico-financiera, entre otros aspectos.

II.2. Distribución de la cobertura

Como resultado de la falta de organización global del sector salud que aquí se ha explicado -e impide que sea considerado como un verdadero "sistema"- existe una importante superposición de coberturas. De hecho, los tres subsectores (público, seguridad social y privado) ofrecen los tres niveles de atención, existiendo, en algunos casos, subcontratación de ciertas prestaciones con diferente grado de complejidad, entre los subsectores. Lamentablemente, la información estadística disponible resulta muy deficiente para lograr un diagnóstico acabado del sector y, en especial, no es posible contar con una cuantificación de los servicios de salud por nivel de atención y, mucho menos entre subsectores, ya que las mayores complejidades se encuentran en la identificación de la oferta sanitaria. Existe alguna información sobre los efectores del sector público y sobre su nivel de producción (consultas y egresos) pero, aún en ese caso la clasificación por nivel de complejidad difiere entre provincias y, adicionalmente, toma como base la información de recursos humanos.

La información disponible no permite presentar la evolución de la población beneficiaria de seguros de salud, y la segmentación del sistema y la ausencia de articulación impiden contar con un único sistema de registro de población asegurada. Teniendo en cuenta estas deficiencias, resulta conveniente hacer una primera referencia a la cobertura a partir de la información censal. De acuerdo con esta, la población sin cobertura de seguros de salud se ubicó en torno a 36,9% en 1991, subió a 48,1% en 2001 y se redujo a 36,1% en 2010. La información censal también permite saber que en este último año el 46,4% de la población tenía cobertura de la obras sociales y otras instituciones de la seguridad social; un 10,6% adicional estaba cubierta por seguros privados a los que accedía a través de aportes a las mismas obras sociales; un 5,1% accedía a la medicina prepaga mediante el pago voluntario de seguros, y sólo un 1,8% era beneficiaria de programas y planes estatales.

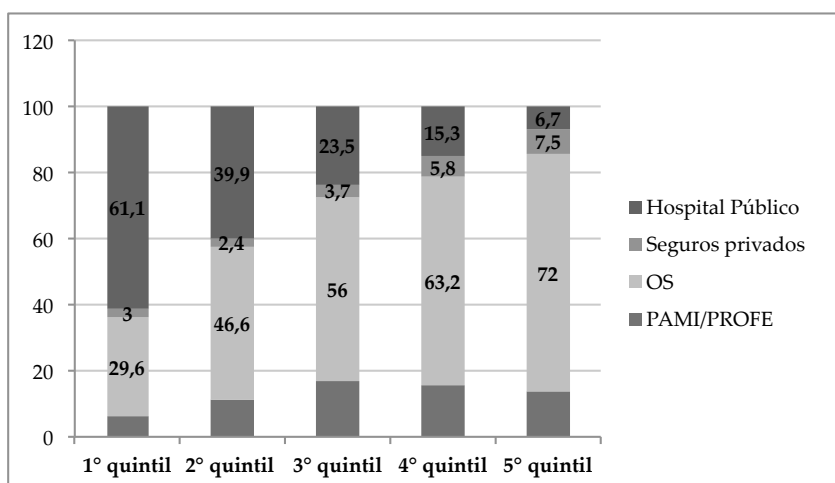
Más allá de la cobertura de aquellos sin seguro (obligatorio o voluntario) por parte del sector público, en Argentina esta cobertura está disponible para la totalidad de la población. La Encuesta ENAPROSS permite conocer una estimación del uso efectivo de servicios por parte de la

población de localidades de más de 5000 habitantes. Según esta encuesta un 32% de la población se atiende en hospitales públicos (MTESS, 2014).

Con el objeto de evaluar el impacto de la organización del sistema de salud sobre la distribución del ingreso debemos observar la distribución de la cobertura por niveles de ingreso y territorio. En el primer caso, la propia ENAPROSS nos permite confirmar la menor cobertura de seguros, y, por lo tanto, mayor dependencia de la cobertura pública, como se muestra en el Gráfico No. 3.

Respecto a la distribución geográfica de la población sin cobertura de seguros, ese porcentaje surge de promediar situaciones muy diversas, que van desde las que registran provincias con niveles por encima del 50% de población total y otras en las que el porcentaje se reduce por debajo del 20% (Cuadro No. 2). En algunos casos la cobertura depende, mayormente, del empleo público a cargo de los institutos provinciales, en otros del empleo privado formal, mientras que, en otras situaciones, debido a la mayor edad de la población, tiene un papel más preponderante el PAMI.

Gráfico No. 3: Cobertura de salud según quintiles de ingresos (en %)



Fuente: MTESS (2014).

Con relación a la provisión pública de servicios de salud, como se comentó previamente, en los años 70 se desarrolló una fuerte descentralización de servicios de salud, que en el campo sanitario ha tenido como contrapartida una multiplicidad de respuestas locales en lo referido tanto a la forma en que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. La experiencia argentina muestra que la ausencia de coordinación desde el nivel central permite una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que responde, a grandes rasgos, a dos conjuntos de razones que no dependen, solamente, de las diferentes preferencias de cada comunidad: por un lado, la configuración previa de cada sistema de salud,¹¹ y, por el otro, la política de salud adoptada, en cada lugar, como respuesta al propio proceso descentralizador (Cetrángolo et al., 2011).

Así, los gobiernos provinciales tienen total autonomía en materia de políticas de salud y son responsables de la provisión de servicios. De este modo, el acceso a las prestaciones de salud de la población depende de la capacidad de producción y distribución de bienes y servicios de los gobiernos provinciales,¹² de la estructura física, del equipamiento disponible, de la dotación de sus recursos humanos especializados y de la capacidad de gestión.

Dentro del subsector correspondiente a la seguridad social se encuentran numerosas instituciones que muestran, también, importantes diferencias entre sí. Estas instituciones cuentan con marcos normativos propios que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios generando, como consecuencia, variaciones en el acceso y utilización de los servicios.

III. Financiamiento del sistema de salud

III.1. ¿Cuánto y quién gasta?

No resulta sencillo ilustrar un diagnóstico sobre el sistema de salud argentino con información cuantitativa. La última estimación oficial de gasto

11. Ello varía regionalmente de acuerdo con la importancia del sector público como prestador, del desarrollo del sector privado, de la relación entre ambos, de la dinámica del modelo de atención de la seguridad social (en especial de las OSP), y del perfil socio-económico sobre el que se asienta la demanda por servicios de salud.

12. Más del 60% de los establecimientos con internación son provinciales y en ellos se encuentra más de la mitad de las camas disponibles.

privado data del año 2000; desde el año 2009 no existe una consolidación del gasto público de los tres niveles de gobierno y la seguridad social; los indicadores provinciales son muy heterogéneos y los municipales casi inexistentes, pese a tratarse de un sistema descentralizado. Aquí presentamos una estimación propia del gasto para el año 2012 a partir de la Cuenta de Inversión de ese año y otra información oficial fragmentada que ofrece la Secretaría de Hacienda de la Nación para gasto público; datos de recaudación de instituciones de la seguridad social y la estimación que la OMS realiza del gasto privado (Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1: Estimación del gasto en salud en Argentina 2012

	% del PIB	Estructura %
Gasto en Salud Público (1)	2,42	28,10
Nacional	0,50	
Provincial	1,61	
Municipal	0,31	
Gasto en Seguridad social en Salud (2)	3,60	41,76
Obras Sociales Nacionales	1,90	
INSSJyP	0,90	
Obras Sociales Provinciales	0,80	
Subtotal Público y Seguridad social ((1) + (2))	6,03	69,86
Gasto en Salud Privado (3)	2,60	30,14
Total Gasto en Salud ((1) + (2) + (3))	8,63	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Secretaría de Hacienda, y Estadísticas sanitarias mundiales de la OMS.

De acuerdo con esta estimación, los recursos destinados al financiamiento de la salud en Argentina se ubican considerablemente por encima del promedio de América Latina, y acercándose a los valores de países europeos (Gráfico No. 1). No obstante, la composición del gasto difiere mucho de la de estos últimos. Obviamente, se trata de sistemas con un diseño diferente, donde la preocupación por alcanzar una cobertura universal y homogénea en esos países se traduce en un mayor peso del gasto público (en torno al 76% del gasto total del sector). La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos es una fuente importante de inequidad. Cuanto mayor sea la contribución del gasto público, más equitativo y

redistributivo será el gasto en salud, mientras que una mayor participación del gasto privado da cuenta de un menor grado de solidaridad del sistema (PNUD, 2010).

Además, del gasto privado directo¹³ que, obviamente, no se integra al financiamiento de los objetivos de la política pública de salud ni cumple funciones redistributivas, una gran proporción del resto del gasto en salud (1,9% del PIB) queda en manos de instituciones “sin fines de lucro”, pero con motivaciones difusas con esquemas redistributivos en retroceso y solo parcialmente reguladas (las obras sociales), como se verá más adelante.

III.2. Descentralización de la provisión pública e inequidad territorial

Habida cuenta de la configuración del sector y como resultado del proceso de descentralización (devolución) del gasto público desde la Nación a los gobiernos provinciales, las provincias tienen el mayor peso relativo del componente público del gasto en salud. Como se señala en Bisang y Cetrángolo (1998), a pesar de la organización provincial que emerge de las normas constitucionales, el fuerte impulso de la política sanitaria durante los años cuarenta y cincuenta obedeció al impulso determinante del gobierno central. Recién a fines de los años cincuenta, se comenzaron a plantear los procesos de descentralización, a partir de la transferencia a provincias y municipios de las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos en manos del gobierno nacional. Otro conjunto de hospitales fueron transferidos a las provincias desde mediados de los años sesenta a inicios de los setenta con el consiguiente traspaso de fondos. Posteriormente, en el marco de una declinación de la participación pública en el área de salud (con aumentos en los otros dos subsectores), se retomó en la segunda mitad de los años setenta la tendencia a la descentralización fiscal de varios de los hospitales que aún dependían de la Nación, de modo que por Ley 21.883 se transfirieron 65 hospitales desde el Gobierno Nacional a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta,

13. Cuotas por seguros de salud voluntarios, compra de bienes, pago de honorarios a profesionales de la salud, etc.

Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.¹⁴ Por último, a principios de los años noventa, fueron transferidos veinte establecimientos que quedaban en manos de la Nación. Las motivaciones que guiaron las últimas etapas de este proceso obedecieron a razones meramente fiscales sin contemplar las especificidades propias de la política sectorial ni se vieron alentados por objetivos vinculados con la búsqueda de mayores niveles de equidad y eficiencia.¹⁵

Como se observa en el Gráfico No. 4, el gasto público provincial en salud absorbe en promedio alrededor del 70% del gasto público del sector. Contrariamente, sobresale la escasa participación que detenta el nivel nacional de gobierno (14,5%), que insume una proporción del gasto público en salud inferior a la registrada en promedio por los gobiernos municipales en el mismo período (15,2%), si bien la participación del gasto nacional creció entre los años 2003 y 2004 (pasando del 15% al 18%) en detrimento del gasto provincial, que se redujo del 70% al 67%. La introducción de nuevos programas nacionales destinados a fortalecer la provisión de salud a los sectores más necesitados de cada territorio (en especial los Programas Nacer y Remediar) explican una buena parte de estos cambios.

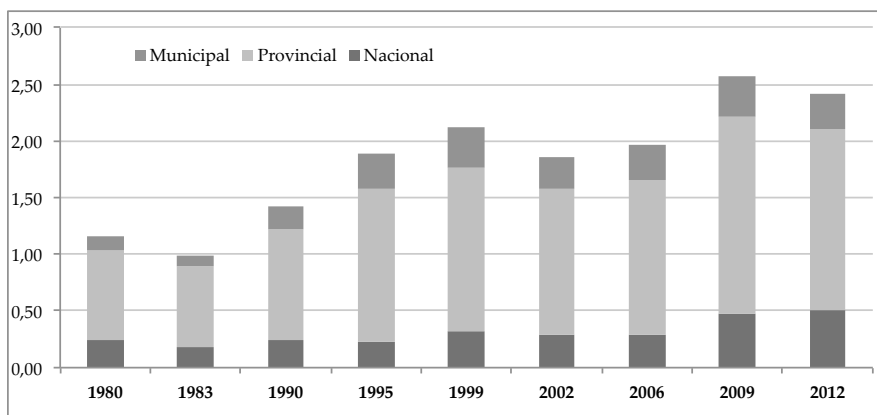
La descentralización del gasto en salud en Argentina durante la segunda mitad del siglo pasado ha contribuido a una mayor fragmentación del sistema de salud, multiplicando al menos por 24 la cantidad de sistemas de salud, con significativas diferencias entre los mismos y donde se combinan diferentes grados de autonomía hospitalaria y niveles de integración de las redes de atención, teniendo en consideración que estos procesos han ocurrido sobre territorios con marcadas disparidades. En efecto, las fuertes brechas de desarrollo hacia el interior del país han derivado en un agravamiento de las diferencias internas al ser muy diferentes las posibilidades financieras de cada región. Por tal motivo, el sistema de transferencias financieras entre niveles de gobierno, así

14. A partir de los años noventa se retoma la política descentralizadora con la transferencia de 20 establecimientos hospitalarios que el estado nacional conservaba, especialmente en la Ciudad de Buenos Aires.

15. En Bisang y Cetrángolo (1998) se ofrece un análisis exhaustivo de las políticas de transferencia de responsabilidades de la Nación a las provincias durante las décadas de los años setenta y noventa. Adicionalmente a la provisión de salud, estos procesos también involucraron otras áreas del gasto social como educación y provisión de agua, entre otros.

como el rol compensador del gobierno nacional, desempeñan un papel fundamental en la tarea de avanzar en políticas de cobertura universal e igualitaria entre regiones.

Gráfico No. 4: Gasto Público en salud por nivel de Gobierno, 1980-2012
Como % del PIB



Fuente: Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo y estimaciones propias sobre la base de Secretaría de Hacienda, del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

Como se ha dicho, esta diversidad determina la ausencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes del país. Adicionalmente, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud (Cetrángolo et al., 2011). Volviendo al esquema presentado en el Gráfico No. 2, ello significa que la línea horizontal que ilustra la cobertura a cargo del sector público no es una recta con un nivel único sino una línea con, al menos 24 niveles diferentes de cobertura.

El Cuadro No. 2 refleja esta heterogeneidad de situaciones con información de cobertura de seguros y gasto público por habitante. Además, en la última columna es posible apreciar la mayor disponibilidad de recursos físicos (camas por habitante) de las jurisdicciones con mayor desarrollo económico (Ciudad y Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe) jun-

to con Catamarca y La Rioja. En el otro extremo, el elevado nivel de habitantes por cama en Tierra del Fuego y San Luis.

Cuadro No. 2: Indicadores provinciales seleccionados. Año 2010

	Seguros de Salud	Planes Estatales	Total población cubierta	Total Población sin cobertura	Gasto provincial en salud p/c	Hab/ Camas
Santa Cruz	78,4%	4,7%	83,1%	16,9%	2.475,08	283
T. del Fuego	73,1%	5,5%	78,5%	21,5%	2.043,77	351
Neuquén	63,5%	1,8%	65,3%	34,7%	1.639,70	235
La Pampa	63,8%	3,9%	67,7%	32,3%	1.573,38	257
CABA	80,9%	1,4%	82,3%	17,7%	1.494,72	132
Chubut	70,9%	1,8%	72,7%	27,3%	1.151,65	252
Formosa	39,7%	3,4%	43,1%	56,9%	1.021,83	236
Río Negro	64,0%	1,6%	65,6%	34,4%	1.014,83	224
Catamarca	59,0%	1,8%	60,9%	39,1%	1.011,01	171
La Rioja	59,9%	2,0%	61,9%	38,1%	826,84	174
San Juan	53,6%	2,4%	56,0%	44,0%	773,45	239
San Luis	58,1%	2,3%	60,4%	39,6%	763,81	351
Jujuy	52,0%	2,8%	54,8%	45,2%	749,04	253
Entre Ríos	62,8%	1,5%	64,3%	35,7%	722,88	236
Tucumán	60,9%	2,6%	63,5%	36,5%	722,38	254
Chaco	39,7%	2,3%	42,1%	57,9%	683,82	242
Salta	49,8%	2,6%	52,4%	47,6%	634,57	267
Stgo. del Estero	41,6%	2,5%	44,1%	55,9%	619,46	237
Santa Fe	66,7%	1,6%	68,3%	31,7%	581,31	196
Corrientes	47,9%	3,7%	51,6%	48,4%	514,58	255
Córdoba	65,4%	1,7%	67,1%	32,9%	495,04	152
Mendoza	61,7%	1,3%	63,0%	37,0%	398,84	235
Misiones	51,7%	4,6%	56,4%	43,6%	353,98	272
Buenos Aires	63,4%	1,3%	64,6%	35,4%	339,80	183
Total	61,4%	1,8%	63,2%	35,7%	618,71	194

Fuentes: Censo de Población 2010 y Ministerio de Salud.

Los datos presentados permiten, por un lado, apreciar las diferencias estructurales entre jurisdicciones y, por el otro, identificar grupos de provincias de rasgos relativamente similares. De este modo, es sencillo comprobar, la asociación fuertemente positiva que existe entre mayor desarrollo y bajas tasas de mortalidad infantil y mayor cobertura de salud. Ello, asimismo, se ve acompañado de elevados ratios de gasto en salud

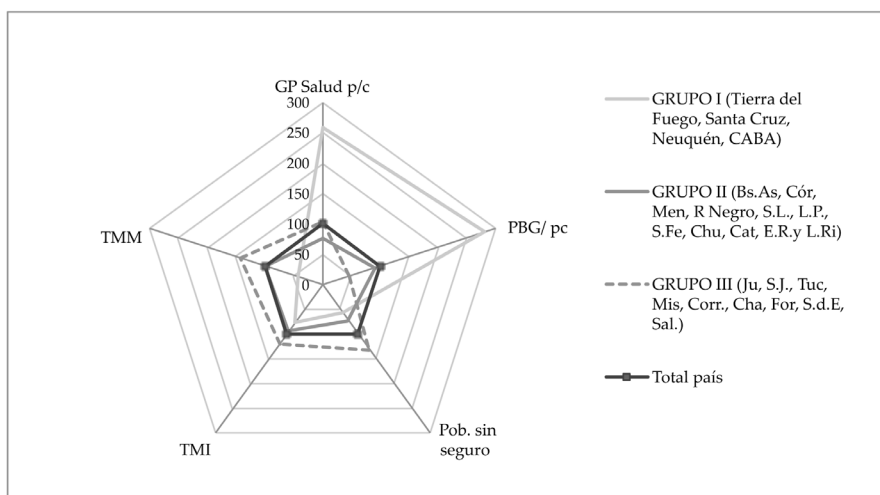
per cápita. De este modo, es posible identificar los siguientes tres grupos de jurisdicciones, en línea con el agrupamiento de provincias que presenta Cetrángolo et al. (2011), y tomando como referencia el Índice de Desarrollo Humano de las jurisdicciones que elabora el PNUD y la posición de cada una de ellas en el ranking nacional:

- I-** De elevado IDH, producto por habitante, reducida proporción de población sin cobertura de salud, bajas tasas de mortalidad infantil y elevado gasto público en salud per cápita (aunque el gasto en salud como porcentaje del PBG del grupo se ubica por debajo del total país, habida cuenta de los elevados niveles de actividad que se concentran, fundamentalmente, en la Ciudad de Buenos Aires). Aquí se encuentran, precisamente, la Ciudad de Buenos Aires y las provincias patagónicas de Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén con muy baja densidad poblacional;
- II-** De niveles medios de IDH y valores promedio para los indicadores presentados. En este grupo se reúnen cuatro provincias que explican la mitad de la generación del producto y cerca del 60% de la población del país (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza) junto con las provincias de San Luis, Rio Negro, La Pampa, Chubut, Entre Ríos, La Rioja y Catamarca.
- III-** De reducido IDH, menor desarrollo relativo, elevada proporción de población sin cobertura de salud, altas tasas de mortalidad infantil junto a un reducido nivel de gasto en salud per cápita (e inversamente a lo observado en el grupo I niveles más elevados de gasto en salud/PBG debido a la menor concentración de producción en estas jurisdicciones, que absorben menos del 10% del PBI). Integran este grupo de mayores problemas Jujuy, San Juan, Tucumán, Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Salta.

Debe señalarse que el grupo I incorpora una jurisdicción de características especiales y únicas: la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de una economía urbana que, por ser la capital de la Nación, presenta una fuerte concentración de población y de la oferta de servicios de salud, una estructura etárea diferente y mejores condiciones socioeconómicas que el resto. Por tal motivo, muchos de los indicadores presentados en relación a la población o el PBG resultan más bajos en este distrito que en otras

provincias de similar IDH pero sustantivamente menor población. En el grupo II, por su parte, se encuentra la Provincia de Buenos Aires, cuyos municipios del denominado conurbano bonaerense tienen un acceso preferencial a los servicios asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires debido a su cercanía geográfica.

Gráfico No. 5: Agrupamiento de provincias



Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPAL, Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo, DEIS–Ministerio de Salud y Censo 2010.

Como toda clasificación, ésta contiene simplificaciones que pueden no reflejar situaciones particulares específicas pero, de todos modos, tiene el valor de presentar cierto ordenamiento e ilustrar, sin lugar a dudas, sobre la diversidad de situaciones hacia el interior del territorio del país y la necesidad de aplicar diferentes acciones para resolver los problemas sanitarios (Cetrángolo et al., 2011).

III.3. El financiamiento y la visión estilizada del caso argentino

La fragmentación del sistema de salud en diferentes subsectores y niveles de cobertura disponibles para la población también se ve reflejada en las variadas fuentes que dispone el sistema para su financiamiento (Esquema

No. 1). La salud pública (tanto nacional como provincial), se financia con recursos provenientes de los presupuestos respectivos. Debe tenerse en cuenta que, la estructura tributaria argentina está conformada básicamente, por impuestos que se cobran desde su nivel central, aunque una parte sustantiva es transferida a gobiernos provinciales mediante diferentes esquemas de reparto que giran alrededor del Régimen de Coparticipación Federal de Impuestos (Cetrángolo y Jiménez, 2004).

El sistema de seguridad social se financia con cargas sobre la nómina salarial. Este incluye las obras sociales nacionales, las obras sociales provinciales y el INSSJyP (ex PAMI). Las obras sociales nacionales se financian con aportes del 9% de la masa salarial de los empleados en relación de dependencia (3% de aportes personales y 6% de contribuciones patronales).¹⁶ Cada trabajador puede derivar ese aporte a la obra social de su elección, previo aporte de una porción (entre el 10 y 20% dependiendo del nivel salarial) al Fondo Solidario de Redistribución. Este brinda financiamiento al PMOE (a través del SANO), a subsidios y a ciertos tratamientos costosos de baja frecuencia incorporados en la ex Administración de Programas Especiales (APE) y actual Sistema Único de Reintegros (SUR).

Las OSP cuentan con su propia regulación donde definieron en cada caso los aportes que deben realizar los afiliados y el estado provincial. Por lo general, las alícuotas varían entre el 8 y el 10% de los salarios (entre 3-5% y 4-6%, en cada caso). También brindan atención a los jubilados y pensionados provinciales (con aportes de entre 1 y 6,4%).¹⁷ Por su parte, el INSSJyP se financia con un 5% de aportes y contribuciones sobre los salarios de los trabajadores activos del sector formal y 3/6% de los haberes jubilatorios, según el monto de los haberes percibidos.¹⁸

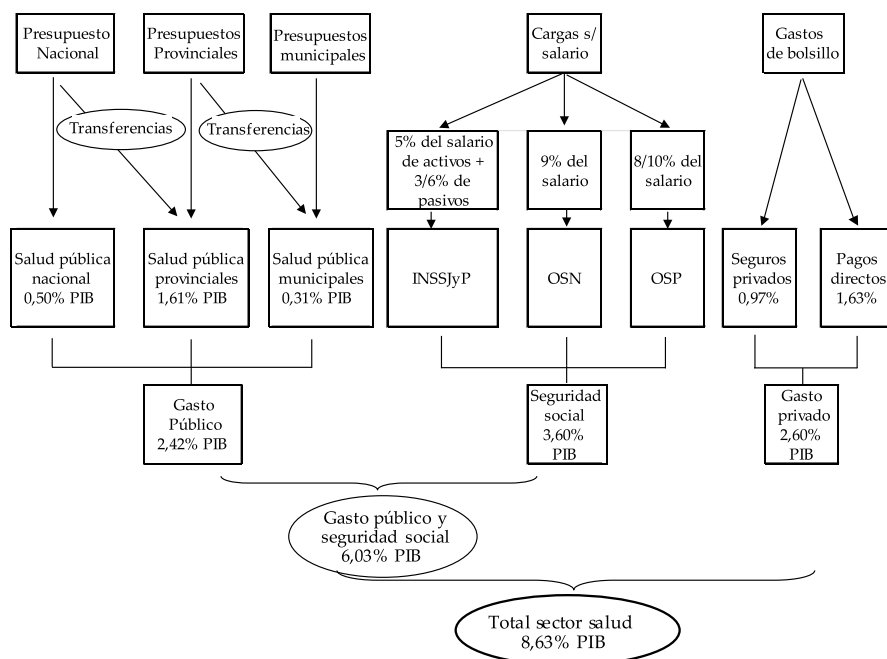
16. Estas constituyen la fuente principal de los ingresos de las OSN y representan aproximadamente el 87% del total. El 13% restante reconoce otras fuentes como pagos directos, cuotas de adherentes, cuotas voluntarias por planes superadores, etc.

17. También reciben copagos y transferencias de los gobiernos provinciales para cubrir déficits financieros.

18. Adicionalmente, en distintas ocasiones esta institución ha recibido aportes del Tesoro Nacional para financiar el déficit.

Finalmente, el sector privado se financia a partir de cuotas pagadas en forma de seguros voluntarios así como gastos de bolsillo de los hogares.

Esquema No. 1: Gasto y financiamiento del sector salud en Argentina, 2012
En porcentaje del PIB



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda y Estadísticas sanitarias mundiales 2012-OMS. La información de gastos de bolsillo es estimada por la OMS.

Existen diferencias importantes en el acceso y calidad de servicios que reciben los beneficiarios según la Obra Social a la que pertenecen y su lugar de residencia. Por otra parte, y debido a la posibilidad de brindar planes suplementarios al PMO y la utilización de los aportes obligatorios como parte de la cuota a un prepago (en Obras Sociales que derivan los beneficiarios), la cobertura al interior de cada obra social comenzó a depender de las cuotas suplementarias que pagan sus afiliados, lo que empeora aún más la solidaridad dentro de cada entidad.

Además de las OSN, integran la seguridad social las Obras Sociales Provinciales (OSP), que no conforman un sistema articulado y no son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud.¹⁹ Por su parte, la cobertura de prestaciones médicas para los jubilados está a cargo del INS-SJyP (ex PAMI). Los beneficiarios del PAMI pueden ser las personas titulares de un beneficio de jubilación o pensión, los veteranos de guerra, los mayores de 70 años y los familiares a cargo.

El cuadro que sigue resume los datos de cobertura de los distintos subsectores analizados así como el gasto promedio mensual de cada uno de ellos.

Cuadro No. 3: Cobertura y gasto promedio de los diferentes grupos institucionales del sector. Año 2012

	Sector Gobierno	Obras Sociales Nacionales	INSSJyP (PAMI)	Obras Sociales Provinciales	Seguros Voluntarios
Población de referencia	Total de la población	Obligatorios: Trab. formales y fliares. a cargo Voluntarios: Adherentes y Jubilados	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos, otros.	Empleados Públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales.	Afiliados voluntarios*
Población	41.733.271	15.909.168	5.049.726	5.500.000	1.919.730
Población (%)	100%	38%	12%	13%	5%
Gasto Mensual per Cápita (2012)	\$ 133	\$ 273	\$ 408	\$ 334	Sin información

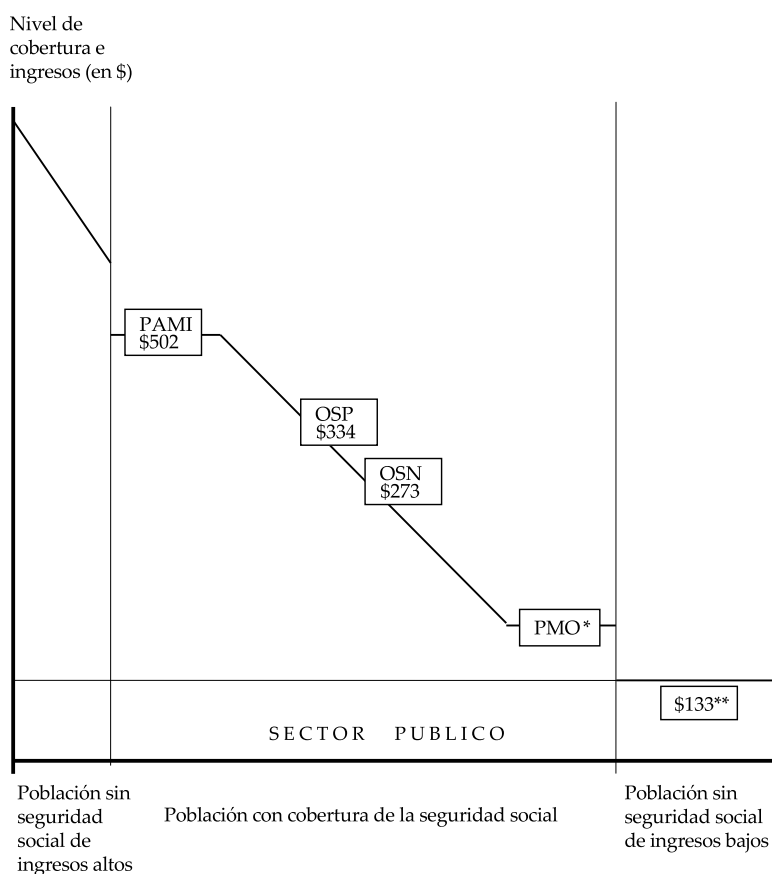
Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC (población), ENAPROSS y Secretaría de Hacienda.

A modo de síntesis, el Gráfico No. 6 ofrece una visión estilizada de la fragmentación en el caso argentino, que surge de adaptar el Gráfico No. 2, previamente presentado. Allí se muestra la complejidad y falta de equidad de este caso, que se ilustra con una estimación al gasto correspondiente al año 2012. Debe resaltarse la ausencia de uniformidad en la cobertura entre subsectores y aún dentro de cada uno de ellos. Aún en el caso del sector público, las diferencias de gasto por habitante entre provincias que se se-

19. Están agrupadas en la COSPRA (Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina).

ñalan allí son notables y no siempre fáciles de explicar. Adicionalmente, debe contarse la disponibilidad de servicios a una distancia razonable de cada hogar. La recientemente publicada ENAPROSS brinda una información por demás ilustrativa al señalar que un 50% de la población relevada está localizada a más de un kilómetro de un hospital público y un 40% a más de un kilómetro de un Centro de Atención Primaria. (MTESS, 2014).

Grafico No. 6: Fragmentación en la cobertura de salud en Argentina



(*) El Plan Médico Obligatorio no tiene un valor establecido. Como referencia, se puede considerar que el SANO financia capitas diferentes por riesgo que van de 47 a 192 pesos.

(**) El promedio de gasto mensual público por habitante es la suma del gasto nacional (\$27), municipal (\$17) y provincial (\$89). El provincial oscila entre un mínimo de \$49 en la Provincia de Buenos Aires y un máximo de \$ 356 en Santa Cruz.

IV. Reflexión final sobre la construcción de un sendero de reformas necesarias

Se ha visto que a pesar de que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud son cuantiosos y que los servicios alcanzan a toda la población, la modalidad predominante de financiamiento fragmentado determina la existencia de diferentes niveles de cobertura en función de las posibilidades de inserción de cada persona en el mercado de trabajo, de sus ingresos y localización, además de otras características no analizadas en este artículo. La integración de los subsistemas y su financiamiento es un tema que se debe discutir con sumo cuidado y urgencia.

Como se explicó, lo que aquí se entiende por cobertura universal es algo mucho más ambicioso que el enunciado de acceso universal o el lograr “algo” de cobertura para cada ciudadano, sino que, habida cuenta del financiamiento fiscal, ello implicaría que todos los habitantes tengan derecho a una cobertura homogénea (tanto en cantidad como calidad). Además, para que la cobertura universal se constituya en un derecho efectivo de la población deberían hacerse explícitas las coberturas que se garantizan de manera que puedan ser exigibles por todos los ciudadanos sin barreras de ingreso o información y con independencia de la localización, los ingresos o el riesgo de las personas (Cetrángolo y Goldschmit, 2011).

Solamente entendiendo profundamente las causas de la fragmentación, se puede pensar en buscar soluciones y caminos tendientes a alcanzar niveles y distribución de la cobertura que puedan disminuir las diferencias existentes, integren los subsistemas y mejoren la equidad y eficiencia del sector.

Difícilmente pueda alcanzarse un ordenamiento efectivo del sistema de salud si no se logra una integración paulatina pero efectiva de los diferentes segmentos de la seguridad social entre sí, y entre ellos y el subsector público. Por ello, la oferta a cargo del sector público será cada vez más importante. En este sentido, deberán realizarse esfuerzos dirigidos a incrementar el financiamiento tributario destinado al sector público, reduciendo la dependencia del gasto privado y las cargas sobre la nómina salarial que, en mayor o menor medida, atentan contra el objetivo de lograr un sistema equitativo e integrado que asegure una mayor cobertura de mejor calidad.

La magnitud y características de los desafíos que debieran ser enfrentados para alcanzar un sistema de salud que brinde cobertura universal homogénea, suficiente, de calidad y de manera eficiente con los recursos fiscales involucrados obligan a pensar en un período de reformas que se prolongará mucho más allá de los próximos años. Más aún, las características del sector hacen que las reformas deban ser consideradas como un proceso permanente de adaptación a nuevas exigencias que provienen de los cambios en la morfología de los mercados, la tecnología y los requerimientos de los ciudadanos. Los cambios que se esperan lograr en los próximos años debieran ser considerados como parte de un sendero de largo plazo que incorpore, desde la puesta en marcha de cada reforma, una visión estratégica del sector.

Ese sendero incluye modificaciones que deberán ser evaluadas, monitoreadas y redefinidas a medida que se avance con las reformas. Como se ha señalado, el mercado de salud presenta características que lo convierten en un blanco móvil para la intervención pública y, en definitiva, es imposible pensar que las reformas comienzan en un momento determinado y se pueden definir a priori. El mercado está en movimiento y hay que operar sobre la marcha y de manera flexible. Señalaremos algunos elementos que entendemos deben formar parte de ese sendero de reformas.

El nivel central de gobierno debe cumplir con un papel mucho más importante que el que cumple en la actualidad y del que figura en la normativa vigente. El papel rector y compensador a cargo de ese nivel de gobierno debe ser fortalecido si quiere construirse un sistema más equitativo. Ciertamente, el camino iniciado por los programas Nacer-Sumar y Remediar ha sido importante para avanzar en el aseguramiento de la totalidad de la población sin cobertura de seguros, pero debe ser fortalecido y expandido.

La redefinición del papel del gobierno central es un eje de política que cruza diferentes líneas de reforma, desde la modernización de los hospitales públicos y la formación de recursos humanos del sector hasta la asistencia a las provincias en la construcción de seguros en sus territorios cuando se crea conveniente. Ello incluye la determinación de garantías explícitas que, eventualmente, podrían incorporar las correspondientes a la

población pasiva, si es que se decide transferir a los gobiernos provinciales las capitas correspondientes a los afiliados al PAMI en sus territorios.

La modernización de la oferta pública deberá incluir, entre otros elementos, la reformulación del papel de los hospitales públicos, para hacerlos funcionales a las diferentes etapas de la reforma; el fortalecimiento del papel de los Centros de Atención Primaria, para servir de base a la construcción de Redes de Atención eficientes, y la redefinición de las características y localización de la infraestructura sectorial, en función de las Redes de Atención.

Debe ser atacada la enorme diversidad de situaciones en la seguridad social, mediante la paulatina equiparación de coberturas, evitando el descreme como consecuencia de la existencia de planes diferenciales y el traslado de aportes al sector privado. Sin duda, esta línea de reforma será objeto de una difícil negociación política, pero deberá ser encarada si se quiere construir un sistema solidario. La reversión de la fragmentación de coberturas en este subsector requiere, entre otras cosas, el incremento paulatino del financiamiento destinado al FSR, hasta alcanzar el 100% de los aportes. Las reformas deberán tender paulatinamente a establecer niveles de financiamiento de las coberturas en función de las necesidades de cada grupo poblacional y no de sus niveles de ingreso u otra característica ajena al propio sector. Adicionalmente, deben ser integrados al sistema los segmentos actualmente aislados, como las obras sociales provinciales.

La regulación de entidades debe ser reformulada y fortalecida. Se deberá transformar a la Superintendencia de Servicios de Salud en un organismo independiente de presiones políticas y con alta capacidad técnica y regulatoria. La regulación debe incorporar de manera adecuada al sector privado proveedor de servicios, la producción de medicamentos y otros bienes y servicios de alta tecnología.

Aunque se trate de una debilidad que trasciende al sector, difícilmente pueda mejorarse el funcionamiento del sistema sin adecuada información. Argentina carece de estimación de gasto privado desde el año 2000, no se consolida el gasto público desde el año 2009 y no existe medición de los productos provinciales desde la década de los ochenta. De manera específica, y a modo de ejemplo, será imposible la coordinación de los sectores si

no se encara la construcción y mantenimiento de un padrón de beneficiarios de los diferentes segmentos para diseñar medidas que completen la cobertura pero, al mismo tiempo, ayuden a combatir el ineficiente uso de recursos por existencia de múltiple cobertura.

Finalmente, no debe perderse de vista que el estado de salud de la población no depende solo del patrón de acceso a los servicios de salud, ni del modelo de atención de las enfermedades, ni de su forma de financiamiento. Existen numerosos factores que trascienden al sector y tienen gran incidencia sobre el estado de salud. Ellos también deben ser considerados al diseñar las políticas del sector.

Referencias

- Abramzon, M. (2005). *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62. Buenos Aires: OPS.
- Báscolo, E. (2008). *Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina*. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 206. Santiago de Chile: CEPAL.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1998). *Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina*. Serie Reformas de Política Pública N° 47. Santiago de Chile: CEPAL.
- CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, 20-24 de Marzo, Montevideo. Santiago de Chile: Autor. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2806/S2006002_es.pdf?sequence=1
- CEPAL (2010), *Panorama Social de América Latina 2009*. Santiago de Chile: Autor. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/panorama-social-de-america-latina-2009>
- CEPAL (2011), *Panorama Social de América Latina 2010*. Santiago de Chile: Autor. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/panorama-social-de-america-latina-2010>
- Cetrángolo, O. (2007). *Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización*. Serie Políticas Sociales 131. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cetrángolo, O. (2011). Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto sobre la equidad. En Hernández Bello, A. y Rico de Sotelo, C. (Eds.): *Protección Social en salud en América Latina y el Caribe: Investigación y políticas*. IDRC. Disponible en: <http://www.idrc.ca/EN/Resources/Publications/openebooks/509-0/index.html>
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años 90 e impacto de la crisis actual*. Documento presentado en el Taller "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health", PAHO-Universidad de Toronto, Toronto.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2013). Fiscal decentralization in Latin America: increasing social cohesion among highly unequal territorial units. En Jiménez, J.P y Brosio, G. (Eds.): *Decentralization and reform in Latin America: Improving inter-governmental relations*. Londres: Edward Elgar Publishing.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2011). *El Financiamiento de Sistemas de Salud en países de América Latina: desafíos para alcanzar una cobertura universal, implicaciones fiscales y su impacto sobre la equidad*. OPS, en prensa.
- Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. (2004). *Las relaciones provinciales entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, institucionales y conflictos persistentes*. Serie gestión pública N° 47. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cetrángolo, O., Goldschmit, A. Lima Quintana, L., San Martín, M. y Aprile, M. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. Buenos Aires:

-
- OPS, CEPAL y PNUD. Disponible en: <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf?ua=1>
- Gómez Sabaini, J. C. (2013). *Política tributaria y equidad en América Latina*. Foro de reflexión "Fiscalidad y Cohesión Social", CAF/IELAT, 2013.
- Ministerio de Salud – OPS (varios años). *Indicadores Básicos*, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Universidad de Buenos Aires (2006). *Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud Año 2005*. Encuestas a Población Serie 10, Número 20. Buenos Aires: Autor.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2014). *Protección y Seguridad Social en Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social, 2011*. Buenos Aires: ENAPROSS.
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: Autor.
- OMS (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*. Ginebra: Autor.
- OPS (2002). *La Salud en las Américas*. Edición de 2002. Washington D.C.: Autor.
- Secretaría de Hacienda (1982) *Erogaciones del Sector Público Argentino. Clasificación por Finalidad y Función. 1961-1979*. Dirección Nacional de Programación Presupuestaria. Buenos Aires: Autor.
- PAHO (2011). *Health Information and Analysis Project. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2011*. Washington DC.: Autor.
- PNUD (2010). *Desarrollo Humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos, Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010*. Buenos Aires: Autor.
- Titelman, D. (2000). *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes*. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 104. Santiago de Chile: CEPAL.
-