

# CREACIÓN DE UNA AGENCIA REGULADORA DEL SEGURO NACIONAL DE SALUD.

*Dr Malach Ivo, Dr Ruiz Marcelo, Dr Perez Camargo Guillermo, Técnica Rx Wilchen Alejandra.*

## INTRODUCCIÓN:

Las Obras Sociales constituyen la base de la organización de la Seguridad Social Médica en Argentina. Lejos de tener un carácter equitativo, estas instituciones reproducen los cambios políticos sucedidos y las **desigualdades de ingresos vigentes en la actividad económica**, dado por los cambios económicos, provocando profundas disparidades en el nivel de los servicios médicos.

En alguna medida, la historia pasada condiciona al presente. Un repaso retrospectivo del rol que le cupo a la autoridad sanitaria nacional en sus distintas denominaciones y manifestaciones, permitirá comprender la evolución del estado de los sistemas de salud en la Argentina.

**El Consejo de Higiene Pública de Buenos Aires creado en 1852:** A influjo de los nuevos conocimientos sobre la higiene y la medicina que se desarrollaban en la Europa del positivismo, fueron tomadas varias medidas sobre la salud pública que implicaron la creación del Cuerpo Médico de Buenos Aires y las tres instituciones que lo conformaron: la Facultad, la Academia y el **Consejo de Higiene Pública**.

**El Departamento Nacional de Higiene (1891):** El perfeccionamiento de la práctica y la enseñanza médica permitió durante el siglo siguiente el nacimiento de una Escuela Médica Argentina que ubicaría a la Argentina entre las de mejor nivel de Latinoamérica y el mundo. Esta nueva concepción médica, originada fundamentalmente en la Epidemiología, influyó profundamente en la aparición de las primeras **Leyes sanitarias** propiciadas por este organismo.

**El modelo social-asistencial de los '40 lleva a la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social (1943) y la Secretaría de Salud Pública (1946):** Se fundamenta por primera vez la necesidad de la existencia de un ministerio de la salud pública.

**El Ministerio de Bienestar Social (1957): Estado centralista.** Se consolida el sistema de obras sociales vinculadas con sistemas solidarios de financiamiento, la esfera pública crece exponencialmente.

**El proceso de transferencias y descentralización de los '70.** La transferencia de efectores públicos de salud comenzó en esta década con la transferencia a las provincias de organismos y funciones nacionales existentes en territorios nacionales a través de leyes nacionales que establecieron la descentralización de establecimientos hospitalarios y asistenciales a las provincias y Municipalidad de Buenos Aires.

En el año 1974, se crea el **Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)** y el Estado Nacional asume la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin ningún tipo de discriminación, usando para ello los instrumentos con que le provee la ley de creación y fijándose como meta, a partir del principio de solidaridad nacional, su responsabilidad como financiador y garante económico de la dirección del sistema que será único e igualitario para todos los argentinos.

**El Estado Neoliberal (1976-83) Dictadura Militar.** Los servicios sociales en manos del Estado se traspasan a la actividad privada. Se profundizó la descentralización hospitalaria transfiriendo el conflicto a la esfera provincial y liberando al presupuesto

fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive al sostenimiento del hospital público.

**El Ministerio de Salud y Acción Social (1983). El Estado democratizado.** Incorpora la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud. Influencia de la declaración de Alma Ata en 1975.

**Las transferencias en los '90.** A principio de la década del noventa, se intentó diseñar una política que integrara al hospital público con otras redes asistenciales locales, para que opere como garantía última de que nadie quedaría privado de su derecho a la debida atención médica, transfiriendo las funciones de prestación directa a los estados provinciales.

**El Ministerio de Salud.** Por el **Decreto N° 227/94** se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Acción Social separando las funciones y recursos de “Salud” de las de “Acción Social” y se crea la Secretaría de Desarrollo Social, dependiente de la Presidencia de la Nación.

**La Reforma del Estado.** Esta circunstancia, se convertiría en una insoslayable oportunidad para redefinir el rol del Ministerio de Salud de la Nación en el nuevo contexto de la denominada “Reforma del Estado”, así como las prioridades de políticas del sector. Por el Decreto N° 1269/92 (20/7/92) se aprobaron las Políticas Nacionales de Salud, que conformó un precedente importante en la explicitación de políticas públicas.

**El siglo XXI y la crisis.** Mediante el dictado del Decreto 455/00, se aprobó el “Marco Estratégico Político para la Salud de los Argentinos”. **El Decreto Presidencial 455 /2000** aprobó el **Marco Estratégico- Político para la Salud**, estableciendo los propósitos, estrategias y las políticas que deben regir el accionar del Ministerio de Salud y la direccionalidad de los proyectos y programas operativos en el área de su competencia.

*Las estrategias estaban dirigidas al **cambio del modelo de atención**, afianzando la atención primaria y la incorporación del médico de cabecera y propiciando la reorganización del sistema de servicios de salud y de los sistemas de financiamiento.*

*Las **políticas sustantivas** estaban dirigidas a garantizar la **cobertura de salud** a toda la población; a **fortalecer el desempeño** del sector y a promover la **articulación e integración intra e intersectorial** de las iniciativas y de los recursos en cada nivel jurisdiccional, y a reforzar la **capacitación y la formación** del recurso humano en **investigación**.*

*Se intentó fortalecer el modelo de **atención primaria** de la salud en un contexto de **ajuste y recesión económica y social profunda**. La **articulación institucional** adquiriría especial relevancia para alcanzar los acuerdos necesarios en los distintos escenarios de acción. El **Consejo Federal de Salud (COFESA)** sería el espacio natural para recrear un foro de construcción de consenso, concertación y acuerdo federal, entre los distintos sectores y las jurisdicciones, para el tratamiento de las diferentes temáticas sustantivas que requerirían decisiones compartidas, con el objetivo de construir una política nacional de salud. El COFESA sería el espacio para la definición de metas de salud y para la articulación de planes y programas para el país en su totalidad. Esta función habría de contar con el adecuado soporte político, técnico y financiero. Un área de particular interés para la conducción del sistema pretendía ser la vinculada con la economía y el financiamiento del sector salud. El gobierno intentó iniciar la implementación de un **“Sistema de Cuentas de Salud”**, con información sobre gasto y financiamiento del sector. Dicho programa metodológicamente sería compatible con el sistema de Cuentas Nacionales, que abarca a otros sectores sociales o económicos, de modo de integrar la información nacional y hacerla comparable a nivel internacional. El contar con dicha información permitiría medir y vigilar con mayor precisión las*

*consecuencias económicas y epidemiológicas de las políticas de salud. El Ministerio de Salud buscaba incentivar y orientar un **cambio en el modelo de atención de la salud** en las distintas jurisdicciones y en los tres subsectores, con el objeto de mejorar el acceso y los resultados sanitarios, al tiempo que se emplearía los recursos de manera más equitativa y eficiente.*

*Se intentaba con el Decreto priorizar el desarrollo de la **Atención Primaria de la Salud**, centrado en la creación de un nuevo paradigma basado en una concepción integral de la salud, dirigido a la **promoción de estilos de vida saludables** y a comportamientos de **autocuidado**, en un espacio próximo a las personas y las familias.*

*El gobierno intentaría a través del Ministerio de Salud poner énfasis en los **desarrollos locales**, fortaleciendo los procesos de descentralización y dando prioridad al desarrollo del **primer nivel** de atención, con el desarrollo concurrente de los segundos y terceros niveles requeridos para la resolución integral de los problemas. El **médico de cabecera**, al desconcentrar la atención ambulatoria, se constituiría a nivel local en un recurso clave de este ordenamiento y de las articulaciones y referencias necesarias, responsable de la población asignada a su cargo y del desempeño del equipo local.*

A pesar de todo ello, el Ministerio de Lombardo se mantuvo actuando como regulador y fiscalizador de las funciones que venía realizando anteriormente, y su escaso protagonismo llevó incluso al desarrollo de ponencias que sostenían la necesidad de su desaparición y su reemplazo por una agencia de salud.

#### **2002: La emergencia sanitaria nacional y la crisis sistémica generalizada.**

La situación de crisis y emergencia que atravesó y desencadenó en diciembre de 2001 la caída del gobierno del Dr De La Rúa, se presentó como una oportunidad que proporcionaría el campo propicio para realizar los cambios profundos y recuperar la capacidad pública para reformular el sistema de salud. A partir de la cimentación de los consensos necesarios y el reconocimiento del liderazgo en este proceso por parte de los actores sociales, políticos y sectoriales, reflejado en el documento del 22 de febrero de 2002 de la **Mesa de Diálogo Argentino en Salud**. En el mismo se reconocía que la situación sanitaria nacional no escapaba a la profunda crisis económica que atravesaba el país. Que a pesar de la importante red de recursos sanitarios públicos y privados del país, la dispersión de objetivos y esfuerzos había impedido que el conjunto prestacional alcanzara el carácter sistemático que requiere toda acción ordenada y eficiente. De tal manera las Entidades participantes y el Ministerio acordaron: considerar a la persona humana como sujeto del sistema de salud y la salud como un derecho inalienable. Jerarquizar las Políticas sanitarias como políticas de Estado, recuperando el rol del Ministerio de Salud de la Nación.

Así se alcanzó el **Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos**, en marzo de 2003, que constituyó uno de los antecedentes inmediatos del **Plan Federal de Salud 2004-2007**. En su prólogo el ministerio expresa: *la mundialización de la ideología antiestado y el individualismo no solidario han afectado en todas las naciones a la política y a la economía, pero también a la salud y a otras áreas de la gestión de gobierno. La Argentina, que no fue ajena a estos procesos iniciados hace ya veinte años, hoy está recuperando y reconstruyendo el Estado, no en su antigua estructura burocrática, sino en sus funciones de producir bien común, equilibrar recursos entre débiles y poderosos, y promover el desarrollo humano armónico y sustentable de todas las personas. Todos los ministros y secretarios de salud recreamos de manera vigorosa el Consejo Federal de Salud (COFESA), lo que conformó una clara señal de fortalecimiento institucional, devolviendo visibilidad a la autoridad del sector y posibilitando la adopción de rápidas medidas por consenso pleno frente a la emergencia. Así se alcanzó el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los*

Arroyos, en marzo de 2003, que constituyó uno de los antecedentes inmediatos de las presentes Bases. Por otra parte, el decil de población más pobre tiene una participación del 2,2% en el total de ingresos, mientras que dicha participación asciende al 30,8% en el decil más rico. Esto supone una brecha de 33,7 veces más ingreso, brecha que ha venido creciendo significativamente en los últimos 5 años. La incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del 26% al 47,8% desde Octubre de 1998 a Octubre de 2003. El incremento de la indigencia fue aún mayor: del 6,9% de la población en Octubre de 1998 al 27,7% en Octubre de 2003. Si observamos el problema por regiones, la región del Noreste presenta las tasas más altas de pobreza e indigencia y las provincias de Corrientes y Chaco son las que presentan los índices más elevados de todo el país (68,7% y 65,5% respectivamente). De este modo, 17 de las 24 provincias argentinas presentan tasas de pobreza superiores al promedio nacional. Como existe una relación directa entre estas circunstancias y la salud de la población, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos es contundente. La provisión de salud es cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. La heterogénea oferta de coberturas abarca 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 Obras Sociales Nacionales, 24 Obras Sociales Provinciales, varias decenas de empresas medicina prepaga, seguros privados de salud y gran cantidad de mutuales, amén del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, habitualmente identificado bajo la sigla PAMI. La falta **de coordinación y articulación** de este universo **impide** la conformación de un "**sistema**" de **salud** y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. Obras Sociales Nacionales, está integrado por 276 entidades de distinta naturaleza jurídica, reguladas en sus actividades por la Superintendencia de Servicios de Salud que es un organismo estatal de derecho público, con personalidad jurídica y autarquía individual, administrativa y financiera, que funciona en el ámbito del Ministerio de Salud. Son beneficiarios de este sistema unas 14 millones de personas, 10,5 millones de las cuales se hallan nucleadas en las Obras Sociales Sindicales y de Personal de Dirección y las restantes en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP). Este sector cumple una actividad predominantemente aseguradora..... se denomina "tercer pagador"..... El modelo de financiamiento adoptado corresponde al de un sistema de reparto, pero limitado al interior de cada obra social nacional..... desde el punto de vista de la **teoría del seguro**, se verían **imposibilitadas** de conformar un **pool de riesgos adecuado**. Mientras tanto el Congreso actuaba políticamente. Así el 25 de septiembre de 2002 en una reunión llevado a cabo por la Subcomisión de Salud sobre Organización y Estrategia, se debatió el tema de idear un **Modelo Asistencial** de alcance Federal con todos los participantes de los distintos sectores : público, privado, de la seguridad social y el INSSJP. La creación de un modelo sanitario es función del **COFESA** pero la discusión de los actores en un marco de análisis sin preconcepciones se entendía sería de valiosa utilidad. Los principios fundamentales del proceso deben alcanzar: **Universalidad, Solidaridad y Libertad de elección**. Al pensarse en un Modelo Asistencial o Plan Nacional de Salud, se deben contemplar las formas de adaptación a las realidades regionales del país. Esto implica una modificación del orden jurídico que facilite la instrumentación a nivel nacional, permitiendo acceder a toda la población a igual calidad y cantidad de servicios. Para garantizar las expectativas de calidad del modelo propuesto, se sugiere idear un **Programa de Garantía de Calidad**, un **Plan de Acreditación de Instituciones** y un **Programa de Atención Garantizada** instrumentos en realidad ya vigentes lo que lleva a suponer en efectuar modificaciones en las estructuras existentes para no superponerse. A su vez la Subcomisión propone

definir el modelo de Estructura Asistencial en diferentes etapas que llevarían un período de 10 años. Al mismo tiempo que se debería tener en cuenta la planificación de todos los recursos, humanos, edilicios y tecnológicos acorde a la demanda. Ante las diferentes fuentes de financiación se sugiere crear un sistema con un **financiador universal** de las prestaciones básicas (PMO); **el Estado Nacional** por medio de las rentas generales; con pagos adicionales y voluntarios que complementen una prestación personalizada de la demanda.

Las características de un plan solidario y de libre acceso no implican gratuidad, debe existir un 3er pagador, privado, público o de la Seguridad Social.

**Cualquier proceso de mejoramiento de la eficiencia involucra un proceso de concentración y racionalización.**

Se desconoce ante los cambios institucionales y económicos de nuestro país en el año 2001 y el cambio político dado por las nuevas elecciones presidenciales del 2002 si permaneció el proyecto. Podemos mencionar que el 24 de junio de 2004 en el Salón Azul del Honorable Senado se realizó una sesión de la Comisión de Salud y Deporte donde se habló sobre Legislación Internacional, Nacional y la relación con las provincias referente a La Salud y la Constitución Nacional.

### INDICADORES ECONÓMICOS EN SALUD:

Tradicionalmente los principales problemas que afectaron la situación de la salud o el desempeño de los servicios de salud han sido, la deficiente **articulación** de los subsectores, la **desigualdad** en los niveles de financiación y de **calidad** de la atención, y las barreras de **acceso** (principalmente económicas) para algunos grupos poblacionales a los servicios.

El sistema de salud tiene las características propias de un país federal donde las jurisdicciones provinciales no han delegado en el gobierno nacional lo referente a la atención de salud. El sistema tiene tres grandes subsectores: público, privado y de la seguridad social (los dos últimos fuertemente conectados entre sí por el sistema indirecto de contratación de servicios).

Entre 1995 y 1999 el **gasto** en salud de la Argentina tuvo un incremento neto acumulado del 7.5%, (promedio anual para dicho período del 2,15%) A partir de 1995 la participación del gasto en el producto bruto interno ha ido desplomándose año tras año; en el último quinquenio la **caída** fue del 7,5%.

El **gasto** en salud como porcentaje del PBI registra una tendencia similar, pasando de **9.13 % en 1995 a 8.45% en 1999.** (Cuadro N°1)

**Cuadro N° 1 Indicadores Económicos Seleccionados**

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Producto Interno Bruto per cápita en Pesos de 1993 (1peso=1dólar)	6.994	7.286	7.778	7.976	7.610	7.458	6.565
Población Económicamente Activa, aglomerados urbanos (en miles)	12.307	12.589	13.081	13.268	13.705	14.083	14.208
Gasto Público total, como porcentaje de PBI	32.50	30.56	30.35	30.98	34.10	33.76	35.32
Gasto Público social, como porcentaje de PBI	21,17	20,06	19,76	19,98	21,57	21,29	21,83
Gasto Total en salud, como porcentaje del PBI	9,1	8,7	8,4	8,5	8,9	8,8	8,4

Fuente: Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía; Programa de Investigación Aplicada -PIA- Isalud

El impacto sobre el financiamiento sanitario después de la fuerte **recesión** registrada en la Argentina a partir de 1998 fue notorio. Las estimaciones que se efectuaron del gasto

en salud, incluido en el Gasto Social, para 2001 pronosticaron una fuerte retracción y el escenario más probable se confirmó. A ello se sumo el impacto de la devaluación de la moneda nacional a partir de la derogación de la ley de Convertibilidad en enero del 2002 tal como se muestra en el cuadro siguiente donde puede compararse como quedo estructurado el gasto público en la Argentina.

**Cuadro N° 2 Estructura Del Gasto Público Consolidado. Evolución 1990-2001**

Año	FUNCIONAM. DEL ESTADO	GASTO PÚBLICO SOCIAL	SERVICIOS ECONÓMICOS	SERVICIOS DE LA DEUDA PÚBLICA	TOTAL
PROMEDIO					
1980/89	15,91	43,08	23,63	11,4	100
1990	16,20	61,10	17,50	5,20	100
1991	18,70	63,20	11,70	6,40	100
1992	19,30	62,90	9,80	8,00	100
1993	19,44	63,97	10,76	5,84	100
1994	19,86	65,96	8,66	5,52	100
<b>1995</b>	19,25	<b>65,15</b>	8,70	6,89	100
1996	19,23	65,66	7,88	7,23	100
1997	18,71	65,09	7,39	8,81	100
1998	19,23	64,48	7,60	8,69	100
1999	19,82	63,25	6,44	10,49	100
2000	18,77	63,04	5,52	12,67	100
<b>2001</b>	17,98	<b>61,82</b>	5,10	15,10	100

Fuente : Ministerio de Economía

Por su parte el gasto en salud propiamente dicho en la Argentina fue el siguiente:

**Cuadro N° 3**

**Evolución del gasto total en salud, 1995-2001 (en millones de pesos)**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Nación</b>	582	613	720	823	875	805	755
O.S.N	3.497	3.464	3.700	3.836	3.893	3.861	3.282
INSSJyP	2.689	2.455	2.167	2.364	2.498	2.270	2.110
Provincias	3.499	3.508	3.686	3.807	4.116	3.913	3.589
O.S. Prov.	1.756	1.780	1.912	1.951	2.072	2.112	2.007
Municipios	769	687	743	848	853	842	758
Privado	9.313	9.698	10.500	10.843	10.533	10.390	9.559
<b>Total</b>	<b>22.105</b>	<b>22.205</b>	<b>23.428</b>	<b>24.472</b>	<b>24.840</b>	<b>24.193</b>	<b>22.060</b>

Fuente: Programa de Investigación Aplicada -PIA-Isalud.

El resultado de ambos efectos es que Argentina perdió su posición de país con mayor gasto en salud per cápita de la región.

### **CRISIS DE LOS SERVICIOS SOCIALES:**

El mayor número de las obras sociales de jurisdicción nacional se encuentran regidas por la Ley 23.660. Actualmente la agencia regulatoria que controla y fiscaliza a las obras sociales nacionales es la **Superintendencia de Servicios de Salud**, organismo

que continúa a la ex Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y al ex Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y absorbió también a la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS). Es un organismo descentralizado ubicado en la esfera del Ministerio de Salud de la Nación. Junto a este sistema se agregan las obras sociales de jurisdicción provincial, municipal y las del poder judicial, legislativo y de las fuerzas armadas y de seguridad, que están reguladas por normas legales específicas. Las Obras Sociales son las entidades encargadas de la gestión de la seguridad social. Ellas cubren una población cercana a los **15.466.016** millones de personas actualmente (agosto 2006) distribuidas en **298** entidades de distinta magnitud e importancia. Algunas fuentes en el año 2000 atribuyen a **20** entidades (alrededor del **7%**) la cobertura de 7.626.534 beneficiarios (poco más del **40%**) y otras **43** Obras Sociales (alrededor del **15%**) cubren otros 9.446.015 beneficiarios (algo más que el **51%** de los mismos). Pero según datos obtenidos de la Superintendencia de Salud, si seleccionamos a las **7** Obras Sociales con más de 200.000 afiliados, estas representan **2.38%** del total de OS y el equivalente al **45%** de los beneficiarios. Es decir un número menor aun de obras sociales cubren casi el 45% de los afiliados, lo que demuestra como en pocos años las desigualdades sociales aumentaron acompañando las de carácter económico. Esto simboliza que el sistema de **Obras Sociales exhibe problemas de eficiencia y de equidad**, que son en parte consecuencia de su organización institucional, así como de problemas estructurales vinculados a la crisis del mercado de trabajo. Junto con el crecimiento del desempleo y la caída del salario real se agregó el problema de la alta evasión observada en la economía, aspecto que se encuentra vinculado a la creciente informalización del mercado de trabajo y que originó serios problemas en la recaudación de aportes y contribuciones. Hoy parecería estar solucionándose.

#### **Cuadro N° 4 Obras Sociales mayores a 200.000 afiliados.**

<b>OSECAC</b>	1.865.927
<b>UOM</b>	283.485
<b>BANCARIA.</b>	252.666
<b>PAMI</b>	2.894.510
<b>PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA R.A</b>	1.204.838
<b>PERSONAL DE SANIDAD R.A.</b>	266.291
<b>UPNC</b>	366.362
<b>TOTAL</b>	<b>7.034.079</b>

Para los sindicatos, las obras sociales han significado el control de un importante recurso de poder organizacional del que pueden derivar recursos de poder político. En los últimos 15 años la cuestión del seguro nacional de salud formó parte de un mismo “paquete” que incluyó la flexibilización laboral de la época de Menem, el modelo de negociación colectiva y de organización sindical, así como todas otras cuestiones coyunturales. Al estar insertada en el ámbito global de la **política laboral y sindical**, la cuestión del Seguro Nacional de Salud, hizo reverberación de distintos conflictos extrasectoriales que generaron intercambios políticos y **compensaciones** entre los diversos gobiernos y cúpulas sindicales.

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS):** se constituyó por Decreto N° 1615/96

en jurisdicción del Ministerio de Salud y Asistencia Social y tiene a su cargo controlar las Obras Sociales, el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) por parte de los agentes del seguro de salud, asegurar la calidad y cobertura del sistema, y la recuperación de costos de los hospitales públicos (denominados ahora Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada). Desde el punto de vista funcional y organizacional la Superintendencia de Servicios de Salud **no** significó una **innovación** institucional con respecto al Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL). En este sentido, la implementación de la política que se canaliza con la Superintendencia representa el caso típico de un cambio institucional que no hace más que **continuar** el sendero histórico que caracterizó la **historia** de la salud pública.

Se atribuyen las **autoridades** actuales la intención de que la Superintendencia intervenga en la relación entre Obras Sociales y Beneficiarios, desde diversos aspectos: informando sobre los derechos y obligaciones que competen a ambos. **Mediando** en la resolución de conflictos que en relación a esos derechos y obligaciones se susciten; **brindando** el mayor número de información disponible para que el **derecho de opción de cambio** de Obras Sociales sea una legítima elección de cada beneficiario y no una decisión marcada por un marketing interesado, o una imposición manipulada por intereses corporativos. Para ello coloca a **disposición** del beneficiario la **información** neutral y desprovista de cualquier interés que no sea el de que se **otorguen** aquellos servicios que sean efectivamente útiles, imprescindiblemente necesarios y elegibles en función de su costo-efectividad. Los hospitales públicos brindan actualmente cobertura a la población que lo solicite y de hecho actúan como un **reaseguro** para las Obras Sociales pues mantienen un flujo de atención sin cargo en la mayoría de los casos por propia ineficiencia de las administraciones hospitalarias que han comenzado a subsanarse.

#### **DESREGULACIÓN, POLÍTICA DE UNA REFORMA:**

El derecho de opción de cambio de obra social se inició con la desregulación de las Obras Sociales en 1993 y buscó aumentar la competencia entre ellas. Desde entonces su número se ha reducido (de 312 en 1994 a 298 en 2006). El Decreto 9/93 estableció que los beneficiarios pueden elegir libremente su Obra Social. El decreto se aplica a todas las Obras Sociales Nacionales. Sin embargo, no habilita a los beneficiarios de las Obras Sociales sindicales a elegir las Obras Sociales del Personal de Dirección pero si habilita a los beneficiarios de éstas a elegir cualquier Obra Social. Posteriormente, el Decreto 292/95 eliminó formalmente la doble cobertura generada por el múltiple empleo y/o por ser familiar directo de un trabajador en relación de dependencia, obligando a unificar los aportes a una única Obra Social. Asimismo, se estableció la libertad de elección de Obra Social para los jubilados. El Decreto 1.141/96 completó la desregulación estableciendo la opción de cambio entre las Obras Sociales Sindicales. El Decreto 084 del 3 de febrero de 1997 establece que las personas podrán cambiar de obra social una vez al año. En el 2001 el Decreto 1400 garantizó a las Obras sociales Nacionales un ingreso mínimo de \$20 per cápita por el titular y \$12 por cada familiar a cargo. También fijó un régimen para la cobertura de prácticas de alta complejidad.

En aquel momento, debido a la situación socioeconómica del país, se estableció la emergencia sanitaria (**Decreto N° 486/02**), que contempla una racionalización del PMO para adaptarlo a las **disponibilidades financieras** de las obras sociales y una redefinición del MSAS como fijador de las políticas generales, quedando a cargo de las Provincias la prestación de los servicios públicos de salud.



## ECONOMÍA Y SALUD:

El país está compuesto por 23 provincias y la Capital Federal, que también tiene gobierno autónomo, y unos 1600 Municipios. Los principales problemas que afectan la situación de salud o el desempeño de los servicios de salud han sido la deficiente **articulación** de los subsectores, la **desigualdad** en los niveles de calidad de la atención de salud y el **acceso** limitado de algunos grupos poblacionales a los servicios.

El proceso de producción de la salud es muy complejo, que genera **asimetrías** de información que dificultan mucho la participación social en la salud. Producto de la desigualdad de la **información económica**, según las fuentes y la falta de protagonismo de la Salud Pública a través de los distintos agentes efectores surgidos en el tiempo como el INOS, el ANSSAL y actualmente la Superintendencia de Seguro de Salud. Esta reconoce múltiples causas. Desde el **Estado** se ha reiterado, aun se mantiene, una estrategia política frente a los **sindicatos**. Cada una de las ofensivas gubernamentales en períodos democráticos sobre cuestiones que involucraron a las **Obras Sociales** Sindicales, se ha intercambiado todas las “cartas” y “monedas de cambio” disponibles para la inevitable **negociación** en que decantaban los conflictos sociales producidos.

Otras son de origen extrasectorial, es decir, ajenas al quehacer de los sanitarios y de quienes tuvieron la responsabilidad de la conducción técnico-política durante los últimos años en distintas jurisdicciones del país. Sin embargo, debe reconocerse que muchas causas son de **responsabilidad** intrasectorial, en buena medida consecuencias de la falta de decisión para aprovechar plenamente las posibilidades que brindan las posiciones de **conducción** tanto en el sector **médico, empresarial y público**.

En el ámbito de la atención médica se observan esas tendencias en forma reactiva. A menudo, los profesionales asistenciales caracterizan a esos fenómenos como parte de la "**era del dominio de los contadores**", sin que esto signifique una competencia entre profesiones universitarias. Sólo expresa una respuesta defensiva, desde los efectores directos, a la tendencia denominada "**salud gerenciada**" (o "managed care"). Pero aun los expertos en administración de la salud reflejaron desconcierto y cautela ante las nuevas propuestas, como "**costo/efectividad**" de la utilidad de los recursos asignados a salud, cuando estos compiten con otras inversiones para la sociedad.

Las diversas etapas que hemos señalado, de la organización sanitaria a lo largo del presente siglo, permiten desentrañar la **direccionalidad** de algunos rasgos y escenarios que se presentaron en la configuración de la atención de la **salud**. Por otra parte, la constante inestabilidad económica de las últimas décadas, y su impacto frente a como los gobiernos se posicionaron ante la llamada globalización del mundo, constituyeron un mercado laboral inestable con fuerte repercusión en los ingresos de los asalariados y consecuentemente en el consumo general y en el de la salud en particular. El siguiente cuadro permite comprender la influencia de la **actividad económica** en distintos rubros, su derivación en el porcentaje del producto bruto interno y el empleo final para enfrentar los **gastos de salud**.

**Cuadro N° 5 Contribución de los Sectores Económicos al PBI, 2000**

Agricultura, ganadería y pesca	5.37
Industria manufacturera	16.45
Suministro de electricidad, gas, agua	2.43
Construcción	5.78
Comercio	13.40
Hoteles y restaurantes	2.57
Transporte y comunicaciones	8.13

Intermediación financiera	6.16
Actividades inmobiliarias y empresariales	14.66
Administración pública, defensa, etc.	5.05
Educación, salud, servicios sociales.	7.71
Otras actividades de servicios	5.56

Fuente: INDEC. Anuario Estadístico de la República Argentina, 2000.

Los **indicadores** económicos confirman que dentro del marco de disminución de la **producción** económica, acompañada de desempleo y subempleo, los **gastos** de la población activa permitieron **mantener** un porcentaje del PBI dedicado a la salud medianamente **razonable** hasta antes de la crisis. Pero si hubiese mediado un manejo racional y coherente tal vez el impacto de la **devaluación** hubiese sido menos significativo en el área **salud**.

La **intención** de esta monografía es, a través del método analítico-sintético, relacionar aspectos que forman parte también del debate internacional, sobre el enfoque general y particular de la Salud, y ofrecer desde una nueva perspectiva, un **proyecto** totalizador y **estable** estructuralmente. Donde la salud, siendo uno de los factores de **redistribución** social de la riqueza, opere esa distribución a favor de toda la población del país, por relacionarse a un **derecho** humano básico y el interés nacional que significa contar con una comunidad sana, tanto espiritual como físicamente.

Las irresueltas **contradicciones** han acompañado al país por décadas. En **1946** Ramón Carrillo propone la creación de **ministerios** de salud en todas las provincias y en la Nación para que conjuntamente se planifique la salud pública. Este idea inicial se formaliza en la creación del **COFESA** por decreto ley, recién en el **1986** y su instrumentación efectiva en el año **2003**. El proyecto de **desregulación** de las Obras Sociales Sindicales desde 1993 hasta el 2001 intentando favorecer a los afiliados en la elección de mejores servicios de salud se transformó en moneda de **intercambio** con el poder sindical. El actual estado sostenido de Emergencia Sanitaria favorece a los efectores privados que sortean las obligaciones impositivas que alcanzan a toda la actividad comercial. Sugerentemente en el **cuadro N° 3** logramos ver como la actividad en salud, educación y servicios sociales contribuyen al producto bruto interno con el **7.71%** mientras que la actividad financiera lo hace con el **6.16 %**. Dejamos que Ud saque sus conclusiones. En definitiva, contando con servicios suficientes en los tres subsectores de la salud, tanto en número de Instituciones como en camas, no se ha logrado aún que el Sistema Nacional de Salud sea un sistema competentemente eficiente, por **carecer** de una Estructura Administrativa que **organice** y **armonice** los recursos que se combinan para procurar las mejores prestaciones de salud.

**DESARROLLO:** Se ha analizado algunas de las causas del fracaso sanitario; no solo por carencias financieras; sino por la deficiente organización con la que se conformó el sistema de salud a partir de la Ley 23.661 sancionada en 1988. Con el fin de **equilibrar** las **desigualdades** de ingresos vigentes basados en la actividad económica, proponemos la creación de una Agencia responsable de la cobertura integral de las personas y que garantice el monitoreo de la solvencia técnica y financiera de los Agentes de Salud. Para ello se propone la reformulación del Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (PAMI) como la "Agencia", que pasaría a denominarse **Instituto Nacional del Seguro de Salud (INSS)**.

## FUNDAMENTOS

1. Restituir a toda la sociedad su **derecho a la salud**.
2. Obtener el Estado el rol de proporcionar a la sociedad las normas estructurales y ordenadas que permitan interrelacionar a los individuos en forma motivada para que asuman su rol de agentes de la salud y se garantice los servicios de **promoción, prevención, atención y rehabilitación** en forma **oportuna y apropiada**.
3. En un marco ideal de referencia compartida, respetando características particulares, socios culturales, y adecuados a la realidad socio económico del país, propender a la **rehumanización** de la atención médica, emplear con **racionalidad** los recursos administrativos al servicio de las Instituciones y los recursos económicos al servicio de la gente.
4. Ante las **transformaciones** en la profesión médica como resultado de las influencias ideológicas, políticas y económicas sobre la definición social de la salud y la enfermedad, se deberá **restablecer el rol** principal de los profesionales de la Salud, en un sistema de salud que lo tiene como base imprescindible e irremplazable en la pirámide constituida por el paciente, el médico y la entidad financiadora.
5. **Asegurar** la organización de los recursos y la calidad de los servicios institucionales, humanos y materiales a través de una Organismo integral, en lo que hace a su función de la **Gestión** de Servicios de Salud.
6. Suscitar **acciones** por parte del Estado que aseguren; ante el desequilibrio de las oportunidades económicas-sociales de la población o crisis económicas como las pasadas; **obtener** la cobertura de atención médica dentro del Sistema Nacional de Salud.
7. **Incorporar** como agentes del seguro a las obras sociales nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de la CABA, cualquiera sea su naturaleza o denominación, obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que **adhieran** al sistema que se **constituye**. Las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se registrarán por lo establecido en ley N° 23.661/89, su reglamentación y la ley de Obras Sociales. También los hospitales públicos provinciales, municipales y las instituciones de la medicina privada para así proporcionar una Atención Médica con suficiencia, solvencia y calidad que **proporcione estabilidad al sistema**.
8. Desde el punto de vista del **financiamiento**, lograr que el Presupuesto General de Gastos y Cálculos de Recursos del Sistema coexistan las modalidades actuales: imposición de un porcentaje sobre el salario al empleador y al empleado, a los jubilados y el presupuesto para salud, generado en un porcentaje de las rentas generales de la nación, provincias y municipios. Este fondo además financiará a los carenciados y enfrentará eventuales apariciones de sucesos epidemiológicos y/o catastróficos.

## OBJETIVOS

1. Crear una organización simple capaz de **organizar, equiparar, regular y financiar** opciones de servicios públicos, privados o sindicales de atención médica que **promuevan, protejan, recuperen y rehabiliten a los enfermos**.

2. Respeto a la **libertad de elegir** por los beneficiarios del seguro a los **profesionales** y demás **prestadores** de salud, como instrumento de **protección** contra los sistemas monopólicos y que transformarán en innecesarias determinadas acciones públicas generalmente dejadas a la discrecionalidad de los funcionarios y los incentivos a la corrupción. Si bien puede generar la opinión que se recurriría al funcionamiento del **mercado**, debe reconocerse que este ostenta la virtud de distinguir a los mejores efectores. Así quedarán de lado quienes con estructuras mínimas pretenden proveer iguales servicios médicos. Mientras los beneficiarios buscarán naturalmente lo provechoso en el **SNS generando demanda**, el **INSS** deberá combinar y ofrecer lo conveniente.
3. Organizar **mecanismos moderadores y de competencia** dentro de la Red Nacional de Prestadores e impedir tratamientos asimétricos en los mecanismos de pagos entre los prestadores del Seguro. A través de **incentivos** económicos, debe simplificarse y desburocratizarse la administración sanitaria, agrupando servicios comunes, mejorando la relación entre calidad de atención y costos, estimulando la asociación del sector público–privado a nivel nacional y regional evitando así la dilapidación de recursos humanos y materiales.
4. Reemplazar en el tiempo el empleo de la "**solidaridad**" (adhesión circunstancial) por el efectivo y pleno ejercicio del derecho a la salud, **normatizando jurídicamente**, en armonía con un orden ético y moral, sin imposiciones y sin crear hostilidades en la sociedad, que los objetivos se los procure con suficiencia asegurando la eficacia en la asignación y distribución de los recursos afectados.
5. Alcanzar una "**unidad legislativa**", tanto administrativa como financiera en el ámbito municipal, provincial y estatal que permita crear un **sistema de redes prestacionales integradas** en todo el país vinculado al presupuesto asignado a la salud y respaldado por un fideicomiso.
6. La "**subsidiaridad**" solo consistirá en **dirigir, vigilar, urgir y sancionar** según el caso lo requiera o la necesidad lo imponga, a todos los agentes del Seguro de Salud, toda vez que la inapropiada acción institucional o personal, resulte en un menoscabo del derecho a la salud y del respeto a la dignidad humana.
7. Promover **normas mancomunadas** que **sistematicen** la asistencia médica, las relaciones contractuales entre profesionales e instituciones, para asegurar que el sistema cuente con profesionales capacitados y prestigiosos. El cumplimiento de requisitos de calidad de atención médica por parte de las instituciones adherentes asegurando un standard asistencial que desaliente el ofrecimiento de prestaciones médicas en forma irracional.
8. **Elaborar** un padrón nacional de identificación de los beneficiarios como base informativa que describa a los destinatarios del SNSS y de los proveedores, tanto en el ámbito nacional como regional, provincial o municipal.
9. **Definir** el Programa de **Cobertura Básica** que de acuerdo a la organización y región, deberán proveer aquellos agentes prestadores de salud acreditados. Elaborará un padrón de prestadores para **Coberturas Especiales** que requieren de alta complejidad y tecnología. Ambos deben ser de conocimiento público para los beneficiarios del sistema para permitir ejercer el derecho de libre elección.

El funcionamiento del **INSS** se constituirá como **unidad de aseguramiento público** de la atención de las personas en el ámbito de todo el país, carezcan o no de protección en salud, para afrontar los costos de su atención individual y familiar.

El INSS se comprometerá para **reconvertir** al **INSSJP (PAMI)**, tanto administrativa como financieramente, en proporcionar una estructura acorde al objetivo de sus funciones, disponiendo cursos de perfeccionamiento a sus empleados, incorporando tecnología informática para asegurar la recolección de datos que deben registrarse, creando un Digesto Administrativo de funcionamiento con las normativas que se aplicarán en cada estructura constituyendo así un **Sistema de Dirección Integrado**. Para que el control de gestión sea eficiente, deberá asegurarse que la información no quede en los niveles gerenciales superiores sino que también sea compartido con los niveles intermedios operativos de la Institución. El Control de Gestión debe inducir conductas de desarrollo de estructuras de costos en los agentes del seguro, que los ayude a lograr los resultados del mejoramiento de la atención de la salud. Se entiende por lo tanto que **Control** significa **regular** las actividades que aseguren el cumplimiento del **SNSS** como fue proyectado y corrigiendo los desvíos significativos. Debe ser una función de **previsión**. Este mecanismo de **regulación** no es otra cosa que **armonizar** las ofertas para evitar la estratificación.

Será responsable de instrumentar la política sanitaria que dicte el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación. Será un organismo **autónomo y autárquico** en su funcionamiento como en la elección de sus autoridades, salvo el Presidente del organismo que será seleccionado de una terna consensuada por el Ministerio de Salud y los agentes participantes en el Seguro con aval por el Congreso Nacional.

1. El **Presidente** será responsable de la selección de los Directores Gerenciales por concurso público de antecedentes y oposición.
2. Las **Gerencias** que constituirán la estructura del **INSS** son:
  - Gerencia y Subgerencia de Control Prestacional y de Auditoría Médica.
  - Gerencia y Subgerencia de Acreditación y Supervisión de Prestadores Médicos del SNSS.
  - Gerencia y Subgerencia de Control Económico Financiero.
  - Gerencia y Subgerencia de Asuntos Jurídicos.
  - Gerencia y Subgerencia de Atención al Beneficiario.
  - Gerencia del Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
  - Gerencia de Gestión Estratégica.
  - Gerencia de Recursos Humanos y Organización.
  - Gerencia de Informática.

En forma descentralizada se constituirá el **Consejo Consultivo Asesor de Normativas Prestacionales y Estándares de Calidad**, conformado por representantes de las Entidades Científicas Médicas reconocidas y Organismos afines a la Salud. Asesorarán sobre programas de Estandarización de Procesos Asistenciales adecuados a la complejidad de las patologías.

Todos los Agentes del Seguro de Salud; salvo los profesionales médicos; se incorporarán al sistema certificándolo a través de un depósito en pesos. El mismo podrá ser equivalente al número de prestaciones de un año asignadas como cápitas, con el que se constituirá el **Fondo Fiduciario del Sistema Nacional de Salud**. Los beneficiarios del seguro de salud aportarán el 0.5 % de la retención contributiva que se le efectúa como aporte al Seguro (hoy del 3%) y también a la patronal (4%), como asignación para **cubrir** lo que se denomina **cápita ajustada por riesgo**.

El **INSS** debe ejecutar el 100% de los ingresos genuinos en prestaciones médicas, salarios, equipamiento y mantenimiento de la estructura. En caso de superávit se dispondrá su distribución entre los agentes del seguro en concepto de premio estímulo a la calidad de prestación otorgada, eficiencia y cantidad de prestaciones brindadas en el año. La misma saldrá de un coeficiente que tendrá en cuenta la categorización de los agentes según tipo del nivel de prestación (niveles), índice de rendimiento en las prestaciones (tipo-costo-calidad), número de prestaciones efectuadas y eficiencia prestacional. A las personas físicas se las recompensará con la reducción de su aporte social cada 3 años de acuerdo a su historia de tasa de uso de las prestaciones médicas o de consumo de medicamentos.

Todos los adherentes al **SNSS** se identificarán por medio de una tarjeta magnética de carácter intransferible y renovable cada tres años que poseerá la identificación del beneficiario, del grupo familiar a cargo y de los datos sobre enfermedades crónicas.

Solo la conformidad del afiliado adherido al **SNSS** autorizará a los prestadores de salud a facturar los gastos por los servicios prestados en los plazos que se sistematizarán. Dicha conformidad se efectuará en una factura preconformada numerada, de la que el afiliado tendrá una copia, y se asentará en la factura final que el agente presentará a cobro.

A través de la página web del Instituto se facilitará al público en general y a los Agentes del Seguro de Salud, el acceso en forma ágil y transparente de toda la información de su interés, nómina de prestadores a nivel nacional e información referente a los expedientes en trámite.

Determinará los plazos estrictos de cumplimiento obligatorio para las tramitaciones de los Agentes de Seguro que presenten facturas de cobro para dar tiempo a la auditoría de los mismos.

**CONCLUSIONES:** Han pasado 28 años de la declaración de Alma Ata y en la Argentina se propugnó dar prioridad a la llamada “Atención Primaria”. En el pensar de David A. Tejada de Rivero ex subdirector de la OMS de 1974 – 1985, el término surgió de una percepción sesgada. “**Atención**”, que en el diccionario de la Real Academia Española se relaciona a *f. Med. “**primaria**”: asistencia médica inicial que recibe un paciente;* mientras que “**cuidar**” (care) se relaciona a *poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo.* Sugestivamente, los países sobre todo latinoamericanos, adoptaron “atención primaria” y se preocuparon de informar en las reuniones anuales de la OMS, los esfuerzos realizados en los planes de los Seguros de Salud para brindar **asistencia inicial** a los beneficiarios. Si se hubiera interpretado los distintos términos propuestos en distintas reuniones de la OMS:

***La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el Control sobre su salud para mejorarla.***

Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

- La Declaración de Yakarta identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el sigloXXI:
- ***Promover la responsabilidad social para la salud***
- ***Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud***
- ***Expandir la colaboración para la promoción de la salud***
- ***Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos***
- ***Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud***

Atención Primaria de Salud (Primary health care) Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978.

*.....todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.*

La OMS está revisando en estos momentos el concepto y los temas relativos a la Atención Primaria de salud.

Con estos términos, otros planes y otras organizaciones tendrían que verificarse a favor de los significados como “care” = “cuidar” que la R.A.E define como, **“mirar por la propia salud”, “darse buena vida”**. Sugestivamente en la actualidad, son las grandes empresas globales de las economías mundiales, que alarmadas por el costo creciente de la atención médica y la disminución de la productividad y la competitividad, trabajan con profesionales de la salud a los efectos de lograr que el **modelo de salud pase del tratamiento de enfermedades al impulso del bienestar**.

***La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud. (Determinants of health).***

Es que pruebas concluyentes de los últimos 30 años demostraron que el 60 al 70 % de las enfermedades se relacionan con riesgos medio ambientales modificables, según puede desprenderse del artículo del diario Clarín de agosto del 2006 escrito por el periodista internacional Jeremy Rifkin. El cambio de **paradigma** de cómo se ha venido abordando el tema **salud** y bienestar en la sociedad, permitiría una solución bastante más **simple** de la que los gobiernos en su mayoría instrumentaron. Si se recuerda la declaración de México reafirmando la Carta de Bangkok en 2005, los países se comprometieron a una estrategia de **promoción de la salud**; ya identificados en Ottawa; que incluye los siguientes ejemplos de políticas públicas saludables: **Salud de la mujer, Alimentos y Nutrición, Tabaco, Alcohol y Creación de ambientes sustentables**. Nuestro país posee: Programa Nacional de Control del Tabaco, Programa Nacional Materno Infantil, Programa de lucha contra retrovirus del humano HIV – SIDA, ETS, Programa de Control de Lepra y Paludismo, Programa de Control y Prevención de Intoxicaciones, Subprogramas de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama, de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino, de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares y Diabetes. Todo esto llevado a cabo dentro de una profunda **fragmentación** operativa de los servicios en múltiples redes y subredes, desarticuladas, paralelas, duplicadas y superpuestas por la **descoordinación** que incrementa la segmentación institucional pública, privada y de **Obras Sociales**. Todavía es común que los políticos y profesionales que intervienen en el área de la salud, tengan dificultades en diferenciar la especificidad del concepto **promoción de la salud** con el concepto de **prevención de enfermedades**. O bien, “las políticas” de salud que nuestro país ha instrumentado en las últimas décadas, más a satisfacción de los agentes de la salud, buscan evitar el “**empoderamiento**” para la salud, un **proceso** mediante el cual las personas **adquieren** un mayor **control** sobre las **decisiones** y acciones que afectan a su salud.

Opinamos que esto ha acaecido, analizando los informes respectivos de los ministros Lombardo y Ginés García expuestos en la introducción, porque el **Plan Federal de Salud** que debía instrumentar el COFESA, solo es **coyuntural** ante la Emergencia

Sanitaria que acompaña a la Emergencia Económica. El gobierno dispuso la emergencia sanitaria que, entre otras disposiciones, "limitó el programa médico obligatorio, las ejecuciones judiciales y se aumentaron las contribuciones patronales a las obras sociales". Es decir, se crearon planes de cuidado de la salud bajo el paraguas de el lema "Salud para Todos" conjuntamente con el plan REMEDIAR de medicamentos, pero el mismo acentuó el colapso de los hospitales públicos. De acuerdo con datos oficiales, entre diciembre de 2001 y setiembre de 2006, los precios al consumidor crecieron un 87 por ciento y los mayoristas un 182 %. En el mismo período, el rubro "Atención médica y gastos para la salud", dentro del Índice de Precios al Consumidor creció un 84 por ciento, explicó IDESA (Instituto para el Desarrollo Social Argentino).

A enero de 2003, el 62% de aseguradores habilitados en el área metropolitana de Buenos Aires no cumplía con el Plan Médico Obligatorio (PMO). Sobre un total de 298 entidades, **50** perciben cápitas de ingreso mensual de entre **\$20** y **\$80** cubriendo al **47%** de los beneficiarios. En los extremos, sólo **3** entidades tienen cápitas promedio superiores a **\$80** (y cubren al **8%** de los beneficiarios), mientras que **237** entidades cubren al **45%** de los beneficiarios con cápitas promedio de **\$20** y menos.

A través del decreto de "Emergencia Sanitaria" y el **PMO** (Resol. N° 201/02 modificado por el N° 1995/05 de aplicación a partir del año 2006) se otorgó "**protección**" a estas Obras Sociales que generaron un ahorro de entre 10% y 15% en el costo de las prestaciones. Pero aún así, la ecuación no cerró porque el costo por beneficiario del plan exigido a las entidades subió de \$ 22 a \$ 42. La disposición tomada por la emergencia dejó el costo per cápita mensual cerca de los \$ 36 y \$ 27 para el Pami, cuando la recaudación equivalía a \$ 16 per cápita mensuales. Las modificaciones del PMO plantearon cambios del modelo prestador hacia el interior de las organizaciones aseguradoras, y dudas sobre la viabilidad del sistema con cápitas inferiores a \$24, conforme surge de estudios de costo en la materia. En otras regiones, el incumplimiento de esta garantía básica superaba el 80%. En muchos casos, los afiliados pagaban o se les descontaba por el servicio, pero no lo recibían.

El Programa Médico Obligatorio (**PMO**) conforma un paquete básico de prestaciones de asistencia en prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico obligatorio para las obras sociales y empresas de medicina pre-paga. Su contenido era puntual, la cobertura contempla los programas generales de atención primaria a través de médicos de cabecera, atención secundaria y prestaciones complejas. El monto fijado para el **PMO** corresponde a la suma de **\$40** mensuales por afiliado titular que incluye al grupo familiar independientemente de la cantidad de miembros. La compensación para las Obras Sociales era automática a través del A.P.E para aquellas entidades de menores ingresos, reintegrándose la diferencia a la obra social, cuando el monto de la contribución de sus aportantes no alcanzaba a cubrir la suma estipulada. Las autoridades sindicales siguieron conservando una significativa cuota para el manejo discrecional de dichos fondos. Y no obstante el sistema de protección acordado por el gobierno, los agentes de salud manifestaron su disconformidad, y ante la ampliación del **PMO** en el **2005**, se preguntaban quien iba a financiar los agregados que se efectuaban y que proyectaba un incremento del 15% de los costos. En resumen, en los últimos cinco años el ingreso per cápita de las obras sociales pasó de **24 pesos** en setiembre del **2001** a **58** en el mismo del **2006**, es decir, un incremento de **139%**, pero la consulta médica apenas se ajustó un **25%**.

Manifiestamente la población fue sometida a un **abuso** moral, por que ante la instancia del pago de coseguros por las prestaciones limitadas de servicios, concurrieron a los hospitales públicos, con lo que la **inequidad** e injusticia se trasladaba a la población



**carenciada** que no encontraban turnos para atenderse llevando a los nosocomios al borde del colapso. Un párrafo merece la cuestión.

Los **hospitales** públicos al transformarse en entidades de **autogestión** y, una vez que mejoraron sus sistemas de facturación, **absorbían** recursos provenientes de las obras sociales (**subsidio** social) gracias a la instrumentación de mecanismos de control y auditoría más eficaces. Procuraban entonces dar **preferencia** a los afiliados de las obras sociales con lo que **relegaban** a las **personas** sin coberturas. A pesar de estos beneficios económicos, conservan su antigua estructura administrativa de Gestión y no emplean los recursos prestacionales en atender toda la demanda. Para dichos hospitales se sugiere su **transformación** en hospitales de **atención primaria** y hospitales **especializados** de II y III nivel.

El actual gobierno nacional se esforzó en continuar con el programa de “**atención primaria**”, creando el Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria y el **Programa Nacional de Médicos Comunitarios** para la prevención y promoción de la salud con la participación de la comunidad correspondiente al área geográfica donde trabaja. El Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios se creó en el marco del **Plan Federal de Salud**, para mejorar la situación socio sanitaria de los pueblos originarios desde un abordaje intercultural basado en el respeto por las tradiciones y costumbres de las distintas comunidades. Para ello el ministerio creó el **postgrado** en Salud Social y Comunitaria que ha sido diseñado como una propuesta de formación que permite comprender y profundizar qué significa ser un profesional de la salud que trabaja en el primer nivel de atención en el marco de la estrategia de APS. La remuneración de estos profesionales es a través de una **beca** no menor a \$ **800**, lo que significa, que los equipos de salud a los cuales se integran, lograrán sobrevivir mientras estos profesionales continúen guiados primariamente por su vocación. Juzgamos que la remuneración asignada a estos médicos no jerarquiza un Programa tan ambicioso como el instrumentado, que pretende sostenerse a lo largo del 2007 e introduce un sesgo de distorsión en la obtención de sus fines. De hecho solo se cubrió la mitad de las vacantes. Otro de los programas del Ministerio de Salud es el **PROFE**, cuya misión es brindar cobertura médico integral a los beneficiarios de pensiones no contributivas otorgadas y a otorgarse con la intervención de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, residentes en todo el territorio nacional. Los objetivos:

- Lograr la efectividad del Programa, transfiriendo lineamientos y políticas sanitarias nacionales a las jurisdicciones y, a su vez, distribuyendo los recursos presupuestarios de acuerdo a los convenios establecidos con las mismas.
- Controlar, desde el nivel nacional, los aspectos prestacionales, administrativos contables y legales, mediante acciones de supervisión y auditoría que aseguren el cumplimiento de los convenios de cápita integral y, generar mecanismos de respuesta a reclamos y/o denuncias y sugerencias de los beneficiarios.
- Garantizar la difusión y promoción de los derechos y obligaciones de los afiliados.

Lamentablemente al emplearse los **hospitales** públicos como agente prestacional no se brinda calidad y eficiencia siendo un ejemplo de **inequidad** dentro del seguro de salud. Si bien la crisis general de la Argentina, estuvo y continua sometida a desajustes y vaivenes que no poseen la propiedad de permanentes, las causas que la motivaron pueden considerarse **coyunturales** y producto de cambios forzosos en los sistemas productivos. Se hace imprescindible la **recuperación** de un equilibrio, la sociedad debe tener su verdadera **participación**, recuperar **protagonismo**, pensando como ser social

integrado en un entorno dinámico, constructivo y condicionador. La **sociedad** debe ajustarse a un modelo de Estado nuevo, menos dominante pero más **impulsor** y **ordenador**.

No obstante los cambios de política económica no deberían influir en el financiamiento de la Salud. En la Argentina, desde la década de los 90, dejaron una impronta que aun repercute en la sociedad. Los cuadros N° 1 y N° 2 señalan como descendió el porcentaje del PBI asignado al presupuesto de Salud y el marcado descenso del **Gasto Social** en relación a otros gastos como los Servicios de la Deuda Pública.

**ADECRA** (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la R.A) señalaba en julio del 2006, que en el período 2001 – 2004 los precios de los insumos médicos aumentaron entre un 46 y 56%; los costos de mantenimiento y reposición de computadoras y equipos médicos entre un 151 y 206 %; los costos laborales un 32 %, sin correlato en una recuperación similar de los precios que deberían cobrar por sus servicios que solo fue del 14 % según fuentes del INDEC. Entre diciembre del 2001 y setiembre del 2006 los precios al consumidor crecieron un 87% y los mayoristas un 182%.

En el mismo período, el rubro “Atención médica y gastos para la salud” dentro del Índice de Precios al Consumidor creció un 84%.

Estas expresiones de descontento en un sector de los agentes de salud, indica el inmenso perjuicio económico financiero que afectó a la salud, a raíz de los continuos cambios económicos que se sucedieron hasta el presente. Alude a que la crisis del sector se agravó con la devaluación, pero que también revela la existencia de factores estructurales y de gestión.

El manifiesto desempleo iniciado en los **90**, contribuyó a instalar una marginación social que continuó elevándose posteriormente en forma considerable a la devaluación del **2001**. En octubre de **2001** el **28** por ciento de los **hogares** y el **38,3** por ciento de las **personas** vivían en la **pobreza**, lo que significaba que más de las dos terceras partes de la población era pobre de acuerdo con sus ingresos (**8.941.000** personas que vivían en **1.882.000 hogares**). Paralelamente, dentro del mencionado conjunto de **hogares** pobres, **632.000** se ubicaban por debajo de la línea de la **indigencia**, abarcando a **3.175.000** personas indigentes. A partir de 2002, el fuerte aumento en los precios (principalmente en alimentos, que absorben el 46 por ciento de los ingresos de los hogares de menores ingresos) hizo que la situación tendiera a agravarse. El porcentaje de personas **pobres** llegó a ser del **57,5** por ciento en octubre de **2002**, representando a **13.870.000 personas**, agrupadas en **3.198.000 hogares**, que revelaba que el **45,7** por ciento de los hogares se encontraban en situación de **indigencia**. (Fuente INDEC).

Analizando la tabla 4 de la evolución del gasto en salud, podremos comprender como el desquicio económico perturbó el financiamiento de la salud y su relación con el panorama social descrito. Para ello es importante distinguir cuales son los principales flujos financieros que circulan en el sector y quienes son sus destinatarios y beneficiarios. El gasto en salud por habitante es el indicador que diferencia a los países desarrollados de los en vías de desarrollo. Lo que un país gasta en un año, otro quizá lo hace en un mes. En el 2002 el gasto por habitante en salud en Argentina fue de \$ 608. Esta cifra representa más del doble del promedio de toda América Latina, pero es muy inferior al de los países desarrollados.

**Tabla 4. Argentina. Evolución del gasto en salud 1995-2001.**

Año	Gasto en Millones de \$	% del PBI	Gasto por habitante
1995	22.105	8,6%	635,8
1996	22.205	8,2%	630,5
1997	23.701	8,1%	652,9
1998	24.472	8,2%	677,4
1999	24.840	8,7%	678,7
2000	24.193	8,5%	653,3
2001	22.060	8,2%	609,0

**Fuente: Tobar, F y colaboradores. “El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo”. Ediciones Isalud N° 5. Buenos Aires. 2002.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó por primera vez un análisis sobre **cómo funcionan** los sistemas de salud en el mundo. El ranking que evaluó desde el acceso a la medicación hasta la distribución de los insumos, destacó que Francia proporciona la mejor atención. De acuerdo con esos índices, la Argentina está en el lugar **75**. Algunos países, como Estados Unidos, que ocupa **el lugar 37**, no quedaron bien ubicados por que paradójicamente, es el que gasta una mayor proporción de su producto bruto interno (PBI) en salud, pero su desempeño, **no es totalmente eficiente**.

El Reino Unido, que gasta sólo el 6 por ciento del PBI en servicios de salud, se ubica en el lugar **18**. Y países pequeños como San Marino, Andorra, Malta y Singapur se encuentran cerca de Italia, que quedó en segundo lugar. Por su **gasto en salud**, la Argentina está ubicada en el lugar **34**. Pero hay **mucha gente fuera del sistema** y el país tiene graves problemas porque las familias deben gastar mucho en salud. Otras frases que pueden rescatarse de este informe son las emitidas por Gro Harlem Brundtland, directora general de la OMS por ese entonces:

- Los **ministerios** de salud no logran hacer cumplir las **regulaciones** que ellos mismos crearon en beneficio del interés público.
- También se **centran** en el sector **público** y suelen **pasar por alto** la atención a la salud en el sector **privado**, con frecuencia de mucho mayor tamaño. **Gráfico N° 2**

Cuales son las fuentes de financiamiento del SNSS? Hay que discriminar entre el origen de los recursos del sector público y privado. La diferencia central entre ambos radica en quién decide su asignación, si las personas (los individuos, las familias o las empresas) o la autoridad gubernamental correspondiente en cada jurisdicción. Por este motivo, a nivel internacional se incluye dentro del Gasto Público tanto los **fondos** provenientes de impuestos como los fondos que con carácter **compulsivo** recauda la Seguridad Social. El Estado y la seguridad social financian el mayor porcentaje del gasto en salud con los impuestos y aportes salariales. Para el año **2000** el gasto total en salud fue de **\$24.193** millones, alrededor del **8% del PBI** participando la seguridad social con el 34% de este gasto. Por su parte, el gasto del Estado representa el **15%** del gasto público **nacional**, de los cuales el **50%** corresponde a la **Nación**, el **43%** a las **Provincias** y el **7%** a los **Municipios**.

Entre 1995 y 2001 la participación del **gasto público y privado** sobre el total fue en promedio de **57 % y 43 %** respectivamente.

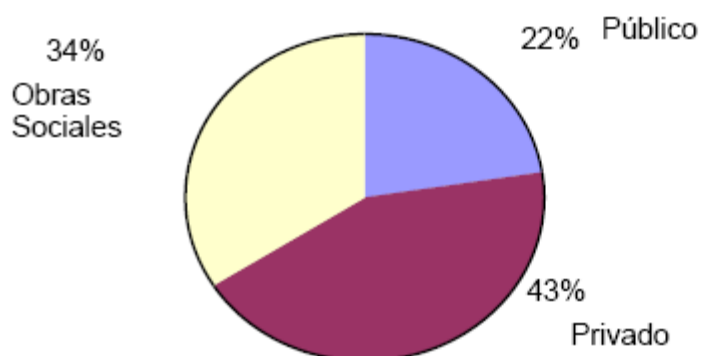
Dentro del promedio nacional se esconden diferencias provinciales muy grandes. Hay jurisdicciones que tienen una relación entre recursos públicos y privados del orden 80% versus 20% como lo es el caso de Santa Cruz y otras donde la relación es del 50% y 50% como provincia de Buenos Aires o Ciudad de Buenos Aires. También el volumen de recursos cambia en cada caso. Cuando esta participación público-privado es llevada a valores per **cápita**, se encuentra que la media de Argentina es de **\$31 mensuales** para el gasto **privado**, pero existen jurisdicciones como Ciudad de Buenos Aires que tiene un gasto de \$76 per cápita mes y en el otro extremo el caso de Misiones o Corrientes con un gasto per cápita mensual de \$20.

Generalmente en países desarrollados con sistemas de salud con amplia cobertura el gasto de bolsillo o privado, es mucho menor que en países menos desarrollados y con un número importante de su población sin cobertura. Un estudio internacional estimó que en los países desarrollados el promedio de recursos públicos representaba un 77% del gasto sectorial, mientras en los países en vías de desarrollo la participación del gasto de bolsillo se incrementa.

El análisis de la relación Gasto Público versus Gasto Privado en salud es también muy importante a la hora de realizar comparaciones entre países. Esta relación se basa fundamentalmente en la modalidad organizativa del Sistema de Salud de cada país. En Argentina, tanto por el carácter autónomo del sistema de obras sociales, como por el volumen de recursos con que operan, la distinción tradicional en dos categorías (público y privado) fue abierta a tres categorías diferenciadas: recursos públicos, recursos privados y recursos de la seguridad social. Dentro del 56% del recurso público, un 61% corresponden a recursos de la seguridad social. Por este motivo, cuando se analiza la composición de los recursos de salud según las tres categorías se verifica que el componente mayor es el privado.

---

**Gráfico 2. Argentina. Composición del Gasto en Salud. Promedio 1995-2001**



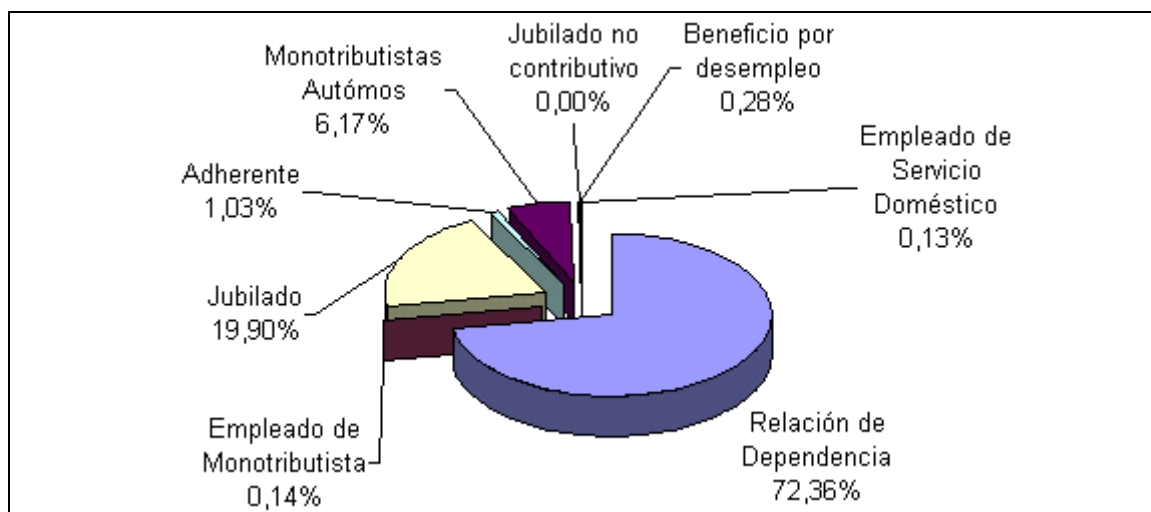
Fuente: Tobar, F y colaboradores. *Op. Cit.* 2002.

En síntesis, el sistema de Salud Argentino involucra, al menos tres subsistemas claramente diferenciados con sus propios esquemas de financiamiento y con una población destinataria específica. El cuadro 6 sintetiza esta estructura.

**Cuadro 6. Estructura Financiero del Sistema de Salud Argentino – Tobar, F y col. 2002.**

Subsistema	Destinatarios	Fuentes de Financiamiento
<b>Público</b>	Universal. Aunque atiende en su mayor parte a los sectores de <b>baja renta</b> .	<b>Impuestos</b> o recursos fiscales. Se ejecutan a través de los gobiernos, en los tres niveles jurisdiccionales (Nación, provincias y municipios).
<b>Seguro Social</b>	Sectores medios, integrados al <b>mercado formal</b> de trabajo.	Contribuciones sociales transferidas a las <b>Obras Sociales</b> ; tanto sean ellas Nacionales, Provinciales, Municipales u otras pertenecientes, por ejemplo, a Universidades o Cuerpos Legislativos.
<b>Privado</b>	Los grupos de mayor ingreso que se proveen de servicios a través de la compra directa y <b>voluntaria</b> en el mercado, o, contratan de seguros privados.	Gasto privado o gasto de las familias, que está constituido por <b>pagos directos</b> (desembolsos directos) o de cuotas de seguros voluntarios (primas).

Los **recursos fiscales** constituyen los ingresos del sector público, tanto nacional como provincial y municipal e involucran tanto impuestos directos como indirectos. Los primeros involucran los ingresos provenientes de impuestos que se aplican sobre la renta o la riqueza (Ganancias, Bienes Personales, etc.). Tienen la ventaja de una **menor regresividad** en la medida que se pueda establecer una relación justa entre la renta o riqueza y la alícuota. Los **Impuestos Indirectos** involucran los ingresos provenientes de impuestos que se aplican sobre la producción, circulación y consumo de bienes o servicios (**IVA, Impuestos Internos**, etc.). Ver cuadro N° 5 incidencia de cada actividad económica en el PBI sobre las cuales se aplican los impuestos. Tienen la característica de su **mayor regresividad** dado que existe una dificultad bastante importante en establecer las diferencias sociales al momento de gravar los consumos, por lo tanto generalmente lo pagan no sólo los que más pueden sino toda la población. Las **Contribuciones Sociales** también conocidas como cotizaciones salariales, son los aportes de los trabajadores y las contribuciones de los empleadores.



**Total 15,466,493**

Corresponden a un monto que se descuenta de la hoja de pagos o salarios de los trabajadores formales y que es destinada los agentes del seguro social de salud (obras sociales). Durante los noventa, en Argentina la **alícuota** de las contribuciones del empleador ha sido **reducida** del **6% al 5% (decreto 492/95)**. El monto que dejó de ingresar a las Obras Sociales Nacionales y el INSSJyP por este motivo entre el año 1995 y el 2000 se ha estimado en torno a los **\$15 mil millones**. El desfinanciamiento resultante terminó por afectar la población, en especial la de menores recursos, que tuvo que hacerse cargo en forma creciente de los gastos de salud directamente de su bolsillo. También acrecentó la presión sobre el Subsector Público de Salud afectando la atención en los hospitales públicos como ya se ha señalado.

En **2002** con la declaración de Emergencia Sanitaria se restablecieron las contribuciones definidas originalmente por la Ley 23.660. Esto implicó **recuperar en 1%** las contribuciones patronales a favor de las obras sociales nacionales y del PAMI. Esta restitución originalmente fue incluida en el **Decreto 486/02** y luego fue incorporado en la Ley del Presupuesto Nacional (artículo 80).

El **gasto privado** se divide en dos categorías básicas. La primera es el desembolso directo de las personas o las familias, que generalmente es imprevisto o no programado. El segundo es el pago de cuotas de seguros de salud de afiliación voluntaria. En términos generales tales cuotas son consideradas Primas, aunque en Argentina la modalidad predominante de seguros privados se corresponde con la denominada medicina prepaga y no involucra reembolsos al paciente sino pagos a prestadores contratados.

**Los flujos de financiación de la salud** se distribuyen de la siguiente manera:

◆ Los beneficiarios del subsector público no son solo los pertenecientes al segmento de la población que no tiene cobertura de obras sociales ni prepagas.

◆ Existen **subsidios** indirectos del subsector público al **privado** y de la **seguridad social**. Los mismos se producen cuando una persona que cuenta con cobertura de obras sociales o medicina prepaga se atiende en un hospital público. Se ha estimado que el **30%** de los recursos de los servicios públicos es destinado a la asistencia de personas con cobertura. Esto involucra un **subsidio** del orden de los **\$4,9** por persona por mes. Los subsidios cruzados del Estado hacia los seguros privados y sobre todo de la seguridad social (a través de la población con cobertura que concurre al Hospital Público) constituyen otra evidencia de la heterogeneidad del mercado, las asimetrías existentes y la **falta de equidad**.

◆ En algunos casos ese subsidio es recuperado a través del cobro a la seguridad social por las prestaciones. Se trata de los descuentos realizados a través de la figura del **Hospital Público** de Gestión Descentralizada. En la Memoria Anual de la SSSalud se detectaron e informaron las siguientes **irregularidades** por parte de los HPA (**SSSalud 2000**):

- No informaban a las obras sociales las prestaciones a realizar a sus afiliados.
- Se negaban a suscribir convenios directos con las obras sociales.
- Tercerizaron sus procesos de facturación con consultoras que provocaron excesos prestacionales.
- No cumplieron con los compromisos de utilizar los fondos de la autogestión para mejorar el nivel de cobertura de su población o extender el horario de atención.
- Se advirtió un nomenclador de autogestión vigente excesivamente elevado para el actual mercado de la salud.

Para el año en curso estas dificultades instrumentales han sido mejoradas.

La falencia cultural argentina reside en que generalmente las autoridades operan con la **corrupción** y la **ineficiencia** en el manejo del estado, desistiendo de los criterios meritocráticos empleados en los países desarrollados. Estas cualidades han alcanzado siempre a los **programas sociales**, la **educación** y la **salud**. Precisamente, sectores que inevitablemente deben interrelacionarse para lograr la **promoción del cuidado de la salud**. Los proyectos del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación, implementados a través de la **Emergencia Económica**, producen más deuda externa en tanto y en cuanto la “atención primaria” es **financiada** por organismos mundiales a igual que el programa Remediar. Respecto a la política de medicamentos con la introducción de los “genéricos”, hoy los laboratorios venden más y ganan más que antes de la sanción de la ley de genéricos. El estado nacional deberá colocar este año, treinta millones de dólares en el **Plan Remediar** para comprar medicamentos a laboratorios privados nacionales y extranjeros por el doble del valor al que los podría fabricar el estado si se hubiera efectuado inversiones en esta área. En pocas palabras, **no** hay ningún plan real de **fortalecimiento** del **sector público** de salud contenido en el **Plan Federal** y solo son fórmulas que desde el área técnica pretenden paliar situaciones. El propio ministro de Salud, Ginés González García, a poco de asumir el cargo, sostuvo en alusión al sistema de salud entre 2001 - 2002: “*El sistema está muy enfermo. Yo primero tengo que lograr que el enfermo no se muera y que salga de terapia intensiva*” (sic). Por lo proyectado hasta el momento la salud continua enferma.

Alguna fuerza opositora política opinó en virtud de las elecciones del 2005, que el Plan Federal 2004-2007 no plantea una ruptura con las políticas vigentes desde los años ‘90 propuestas por el Banco Mundial: Seguro Nacional de Salud para población sin cobertura con financiamiento internacional, autogestión hospitalaria, APS centrada en la provisión gratuita de medicamentos esenciales, etcétera. Este Plan muestra una inconsistencia entre sus objetivos (la estrategia de Atención Primaria de la Salud como organizador del sistema) y los instrumentos para lograrlos (particularmente el Seguro financiado por el Banco Mundial). Pero las **propuestas** sugeridas por esta oposición, no se apartan demasiado del concepto que la **Atención Primaria** es la alternativa del fortalecimiento de la **Atención Pública de Salud**, transfiriendo la ejecución a los municipios y provincias a través de **tres programas nacionales** que financien y transfieran recursos a los mismos.

- Programa Nacional de **Atención Primaria de la Salud** (promotores sociales polivalentes, ampliación y mejoramiento de la infraestructura, de los recursos humanos y del número de los centros de atención primaria (CAPs).
- **Programa Nacional de Desarrollo y Apoyo** al segundo y tercer nivel de Atención (mejorar la integración regional, incrementar en cantidad y calidad con mejora salarial los recursos humanos y la infraestructura).
- **Programa Nacional de Medicamentos** con un subprograma de fabricación estatal de medicamentos.

No obstante sugiere que la política de **APS** debe sustentarse en una **concepción integral de la salud** (alimentación, higiene, vivienda, ambiente, trabajo, educación, indumentaria, cultura y participación) definiendo prioridades. En cierta manera, este concepto holista se acerca más a la versión original en inglés, que usó el término “**cuidado**” (care) y no “**atención**” o la declaración de Yakarta de apoyo intersectorial. Recordemos que en la declaración de **Alma Ata** se señaló que la “**atención primaria**” forma parte **integrante**, tanto de los sistemas nacionales de salud, como del desarrollo **social y económico** de la población. Sin estos atributos, no puede existir progreso en el área de la Salud.

Precisamente ante todo lo expuesto, convenimos en pensar que la solución se puede iniciar aceptando sin titubeos el fin de todos los modelos que se instrumentaron y formular una propuesta de un nuevo modelo para el largo plazo. La proposición de creación de una **Agencia Reguladora del Seguro Nacional de Salud** debe hacerse a partir de las **realidades** existentes, donde se corrijan las **dispersiones** que conllevan **déficit e ineficiencia** y donde la **rentabilidad** sea exclusivamente el alto grado de **salud** de la población. **La economía y el control de gestión deben ser una herramienta para alcanzar los objetivos propuestos, no la finalidad.** De la misma manera que debe entenderse que en la facultad no se enseña a los médicos acerca de conquistar o de mantener los **clientes/pacientes**. Los profesionales de la salud no tenemos la visión desde la posición de comercializar, según nuestra tradicional formación. Es necesario que los políticos se impliquen más y suministren valores trascendentes en los profesionales, como el sentimiento de orgullo de pertenencia a una organización que cuida a sus profesionales. De la misma manera, las organizaciones médicas deben hacer su reflexión interna y replantearse como se continuará la realización de las prácticas médicas fundamentada en **medicina basada en la evidencia**. Como ha sentenciado la Academia de Medicina de Colombia, la diferencia entre “cliente” y “paciente” es que el Cliente es la fuente de ingreso para el intermediario. El objetivo del intermediario es el lucro. Este será mayor en la medida que no gaste en servicios y donde el cliente (beneficiarios) generalmente es una persona nada informada sobre sus derechos y, con frecuencia, geográfica o socialmente aislada.

El lema “Derecho a la Salud” o “Salud para Todos” que acuñó la OMS, se podrá consolidar si se **armoniza** el acceso al **sistema de atención** con plena disponibilidad de sus componentes. El porcentaje de la renta nacional dedicada a la salud, las tasas de mortalidad y morbilidad, el número de habitantes por médico o por cama de los hospitales públicos, son algunos de los indicadores que patentizan la realidad sanitaria a tener en cuenta. Entendemos que esta **integración** significa mostrarse de acuerdo con la **centralización** administrativa **financiera** y descentralización de la instrumentación a cargo de las estructuras regionales. Esto permitirá la utilización **integral e integrada** de los recursos disponibles en todo en el país. Es que siendo el gasto en salud según el Banco Mundial en el año 2003, de **8.9%** del PBI; superior a la de Inglaterra, Italia y Japón y ligeramente inferior al promedio de las 15 naciones que componen el grupo básico de la Unión Europea que ascendía al **9.6%**; la población no cuenta con una atención médica y resultados óptimos que correspondería esperarse por lo erogado en salud. Existe un “agujero negro” revelado en décadas anteriores por investigaciones privadas sobre los diversos rubros que componen el gasto en salud en la Argentina. Este dejó ver que el **17.2%** del total del componente del **presupuesto** en salud no podía imputarse y **no** aceptaba **justificación** de destino dentro del área. Figuran falsamente como afectados a esa finalidad pero nada tiene que ver con aquella. (Salvador Trebes. La Voz del Interior Oct. 2006). Esto expone el alto grado de ineficiencia o en su defecto el inadecuado uso de los fondos, aspectos ambos que conspiran contra la salud de los argentinos.

Por lo tanto para alcanzar **la equidad en salud**, implica que **idealmente** toda la sociedad debe tener una **oportunidad** justa de obtener su potencial de **salud total** y, más pragmáticamente, que nadie debería tener desventajas para obtener este potencial si pueden ser evitadas. La equidad en la distribución de los recursos debe ser evaluada en dos dimensiones, la territorial y la personal. Desde el punto de vista de la **equidad territorial**, el reparto de los fondos para financiar el sistema de salud, debe realizarse de manera tal de reducir las diferencias entre los ingresos medios de las distintas provincias y/o municipios. Lo antepuesto se fundamenta en el principio de que todas las



personas deben encontrarse en igualdad de **oportunidades**, independientemente del lugar de residencia de la misma. Por su parte, desde el punto de vista de la equidad personal, el mecanismo de reparto de recursos del sistema de salud debe propender a una disminución en las diferencias de ingresos de los individuos. Dado que el sistema de salud contaría con un financiamiento de recursos proveniente del Gobierno Central que debe transferir, el mecanismo de transferencias de estos fondos debe ser equitativo en el tratamiento de las provincias y municipios, de manera tal de disminuir las disparidades de ingresos que se observen en cada una. En este sentido, la evaluación de la equidad en el reparto de los recursos para financiar el sistema de salud se debe efectuar a través de distintos indicadores, tanto de distribución del ingreso, como de medición de la pobreza, tomando como variable el ingreso medio de cada una de las provincias o las regiones. La obligación del **Estado** es **redefinir** el mecanismo de **financiación** y establecer quién debe recibir los **beneficios**; los beneficiarios o los agentes del seguro? Ante todo, definir si la atención de la **salud** es una empresa social, o sea, un **servicio público**, o es una oportunidad de negocio para los agentes proveedores. Muchos países han avanzado en la formulación e implementación de modelos que buscan la equidad en la distribución de recursos financieros para la salud. Entre ellos la experiencia que ha resultado más paradigmática ha sido la británica. Por un lado, porque sentó las bases para una mejora progresiva de la distribución territorial de recursos dentro del propio National Health Service (NHS). Por el otro, porque sirvió de inspiración a otros países, dentro del Reino Unido (Escocia, Irlanda del Norte y Gales), del Commonwealth (Australia, Nueva Zelandia, India), e incluso inspiró estudios sobre su viabilidad y potencial impacto en otros países de Europa (España y Portugal), Africa (Zambia y Sudáfrica) y en América (Canadá, México y ahora Brasil). El manejo de los recursos y su aplicación por una **entidad integradora de los recursos de la salud, que oriente, ordene, intermedie y seleccione las opciones de los ámbitos público, privado y del sistema de obras sociales**, evitaría la dilapidación de los recursos humanos y materiales.

Es necesario **reformar** progresivamente el sistema de obras sociales sindicales, provinciales y nacionales integrándolas al **sistema público** conjuntamente con el **INSSJyP** a cargo del Estado.

Por eso la propuesta de transformar al INSSJ y P en la “**Agencia Reguladora del Seguro Nacional de Salud**” e instrumentador de las políticas del Ministerio de Salud. Pose una **estructura** administrativa nacional con agencias y corresponsalías en todo el territorio argentino, 11.000 empleados aproximadamente con un gran potencial en su **relación** con el entorno de los prestadores, en concursos de precios y fundamentalmente la idea directriz de los trabajadores de estar al servicio del beneficiario. El organismo presenta **déficit** de capacitación del personal, que implicarían una clara restricción para avanzar en su **profesionalización** y que exigirían una importante inversión organizacional en su capacitación. Entre las habilidades requeridas que habría que priorizar es la capacitación en conocimientos **informáticos**. Una de las principales restricciones para avanzar en el proyecto de capacitación, esta dado por la carencia de capacidades técnicas adecuadas en el área de Recursos Humanos. Esta área deberá ser sometida a un importante cambio estructural. Claramente se distinguiría de la Superintendencia de Salud, a la que podemos definirla como “la vieja ANSSAL más atención al beneficiario, menos administración de subsidios. No obstante, en el diseño de la organización formal y en el funcionamiento real del **INSS** deberán adecuarse las áreas intervinientes con la Dirección Ejecutiva, de la cual actualmente el PAMI carece y evitar así lo asimile a la fragmentación organizacional actual del Seguro de Salud.

En este nuevo contexto el **Estado** asume una función más cercana a la de **asegurador y regulador** que a la de prestador.

En el año 2005 por medio de las Resol. N° 0284, se crea el nuevo Modelo Prestacional del **I.N.S.S.J.P.**, y se pone en funcionamiento el registro de Prestadores de Atención Médica y otras Prestaciones Asistenciales. En agosto de 2005 por Resol. N° 1060 se establece los valores cápita a abonar a los prestadores de servicios de atención Médica de I, II y III Nivel la implementación del adicional al valor cápita condicionado a la transmisión de la información que se describe en los considerandos, aprobar la implementación de la metodología de retribución condicionada a la efectiva prestación por encima de una tasa de incentivo. Finalmente por Resol N° 1522 /05 se establece un incremento en los valores cápita fijados en el Anexo I de la Resolución N° 1060/05, para las prestaciones de atención medica de I, II y III Nivel contratadas de acuerdo a los lineamientos de la Resolución N° 284/05. Así el valor de la cápita pasa a ser de \$32 y \$ 32,40 para el área patagónica incluida la Pampa. Sin dudas estos valores merecerán un estudio más profundo que contengan indicadores regionales de tasas de uso, cantidad de efectores, calidad e ingreso promedio de los salarios de los habitantes.

La **creación** de una nueva dinámica de trabajo, junto con la asunción de rol público que finalmente asumiría la **Agencia**, requiere de una actualización de su misión y función, con la mencionada capacitación de los trabajadores y la participación progresiva y coordinada en las actividades que ejecutarán. Reestructuración del soporte informático; ya iniciado; acorde a las nuevas funciones y que permitan manejar el gran caudal de información que deberá operar. Su relación actual de agente efector - mercado, la instalarían en un lugar privilegiado en la comprensión e identificación de las alternativas con mayor viabilidad para su implementación por regiones en el país. Por ello resulta imprescindible el desarrollo de un eficaz **estado regulador** en el sistema del seguro de salud en vías de reforma. Pero el mismo no se conformará por la simple invocación voluntarista, sino que resultará del desarrollo de capacidades institucionales y de la suficiente **autonomía** de la **Agencia** para definir sus propios objetivos regulatorios.

Los marcos conceptuales que constituyeron la base de los **proyectos** de Seguro de Salud durante las últimas generaciones y que nos proveyeron la estructura actual han demostrado ser **insuficientes** a pesar que todas intentaron mantener la filosofía nacida de las reuniones de Alma Alta y refrendadas posteriormente en Ottawa, Yakarta y Canadá. Otra interpretación de la palabra inglesa “care”, ocasiona algunas dudas referente a todo lo instrumentado, ya que “**cuidar**” o “**preocuparse**” no es igual que “**atender**”. Promoción de la salud es control. (Ginebra 1986)

En nuestra **sociedad** se está discutiendo nociones acerca de los negocios, ciencia, política, filosofía y comportamiento humano, que permanecieron estables por décadas. Se percibe un estado general de **ruptura** del equilibrio **social** que no tiene precedentes. Como resultado del mismo, muchas de las cosas que solíamos dar por sentadas están cambiando, los **valores básicos** se modifican, las relaciones son cada vez más transitorias, se pierde la noción de estabilidad laboral, se cuestionan las instituciones de gobierno y muchas de nuestras competencias laborales quedan obsoletas con una velocidad abrumadora. El cambio de paradigmas genera condiciones que pueden mejorar o empeorar la **calidad** de nuestras vidas. En función de ello, tenemos la opción de ser constructores o víctimas de nuestro futuro. Los cambios se multiplican cada vez con mayor rapidez en todo el mundo globalizado: transformaciones radicales en la economía, incrementos de la productividad, devastación del medio ambiente, guerras

étnicas, mayor sensibilidad hacia los problemas vinculados con los derechos humanos, fusiones y adquisiciones, nuevos productos y mercados, alianzas con competidores, crisis en el sistema educativo, líderes políticos incapaces de conducir, escalada de crímenes y abuso de drogas.

El éxito de un proceso de cambio como el sugerido está basado en el **compromiso** de todos los sectores involucrados. Si los implicados en el esfuerzo no se comprometen con el logro de los objetivos y no están dispuestos a pagar el precio correspondiente, el proceso de transformación está condenado inevitablemente al fracaso. El **compromiso** con un proceso de cambio se hace evidente cuando:

- Se invierten recursos (tiempo, energía, dinero, etc.) para asegurar el logro de los **objetivos**.
- Se persiguen los fines en forma **consistente** a lo largo del **tiempo**, incluso ante la presión que pueden ejercer los agentes. Aquí un párrafo para los políticos. No pueden intentar disociar la falta de organización actual del Seguro de Salud del país, por la **relación** establecida con las Obras Sociales Sindicales en todos los gobiernos incluido el actual.
- Se rechazan ideas o **planes** sistemáticamente que pueden armonizar beneficios en el corto plazo, pero que no son **coherentes** con los fines de largo plazo.
- A pesar de una **recuperación** ante las dificultades sorteadas, sin embargo se mantiene la **determinación** y el foco en la situación no deseada. Este es el caso de la Emergencia Económica establecida en el país en el año 2002 y que aún se mantiene conjuntamente con la Emergencia Sanitaria.
- Se aplica la **creatividad** para concertar y resolver los problemas que podrían dificultar la marcha del proyecto. Debe establecer una visión de conjunto que involucre definir un esquema de división del **trabajo**. Esto implica la **participación** de todos los efectores, sobre todo de las Sociedades Científicas que representan a los médicos, evitándose la participación de múltiples actores patrocinando diferentes intereses por actuar como doble agente de la salud.

Para tener éxito en el logro del **compromiso** que se asuma, deben enfrentarse sus costos reales a lo largo de todo el proceso, expresados en términos de **tiempo**, dinero y energía. Muchos intentos fracasan porque los que gestionan los cambios quieren los beneficios asociados inmediatamente a la transformación y no están realmente dispuestos a pagar el **precio** político que les permite conseguirlos.

La capacidad de **administrar** efectivamente el cambio propuesto y la convicción y aceptación por parte de los **agentes** de los distintos **sectores** de la salud, será una de las **habilidades** principales que deberá ostentarse. Esta deberá **ganar** el control del proceso de transformación que sin lugar a dudas por la historia de nuestro país, no se logra sin apoyo **político**.

La **regulación**, es tan solo un proceso administrativo que asegura que todas las actividades que se emprendan, coincidan con lo planificado y ante una ineficiencia se tomen rápidamente las **medidas** necesarias para corregirlas. Debe recordarse que las organizaciones se implican en las mismas crisis que el ambiente que lo rodea. Por eso la **Agencia Reguladora**, debe conservarse **autónomo y autártico**, para asegurar la efectiva instrumentación de los recursos que administrará en los distintos ciclos de la economía local e internacional. Es que la **Globalización** Económica no es ya fenómeno nuevo. Tiene una representación histórica que incluye a todos los procesos de retroalimentación que **incrementan** la interacción humana en todos los rangos de las

esferas económicas, político, social, ambiental y de la salud. La globalización de la salud debe entenderse como un problema global alrededor de un bien esencial, indivisible, objetivo social deseable, centrado en la equidad de los valores humanos y apoyado en una **conciencia ambientalista y sanitaria**. Hoy ya se **discute** como se señaló en una editorial periodística, que la industria, la contaminación ambiental y los cambios climáticos, son **responsables** de mutaciones de los vectores de enfermedad y de la aparición de nuevos patrones de morbilidad, constituyendo la más grave **amenaza** para la salud mundial. La pérdida de poder por parte de los Estados para actuar sobre los determinantes de la salud de la población es debido al comportamiento de los mercados internacionales, los nuevos estilos de vida y consumo global, el comercio de bienes y servicios de salud. Ya en la Asamblea Mundial de la Salud de 1995 se reconoció que la globalización puede rendir beneficios para la salud en tanto y en cuanto se respeten valores ineludibles como el derecho a la salud, la ética política, la equidad, la solidaridad y la perspectiva de género. La **salud pública** es un bien global que no puede resignarse al capricho del mercado y exige trabajar en la gestión de políticas públicas globales desde el punto de vista socio – económico con **responsabilidad colectiva**. El ofrecimiento voluntario de los hombres a la práctica del bien común se torna cada día más rara, y la **solidaridad** moral fundada sobre la solidaridad natural ya no **germina** espontáneamente. Es necesario entonces que la **educación** acuda en ayuda y promocióne y fortalezca la **solidaridad** natural existente en todos nosotros, que la **lealtad** nos una con miras a la realización de los objetivos propuestos.

## **BIBLIOGRAFIA**

*Acuña Carlos y Chudnosvky Mariana.*

El Sistema de Salud en la Argentina.

<http://burbuja.udesar.edu.ar>

*ADECRA.* Salud: La deuda pendiente en la Argentina que crece. Informe completo del Departamento de Investigaciones Económicas de Adecra.

[www.inversorsalud.com.ar](http://www.inversorsalud.com.ar)

*ADECRA.* La Crisis de los Prestadores de Salud: Un aporte a su solución.

Boletín Informe Especial N° 1. Abril 2005.

*ADECRA.* Los Costos de la Atención Médica en Argentina.

Boletín Informe Especial N° 3. Noviembre de 2005.

*Alonso Guillermo V.*

Análisis De Las Capacidades Institucionales De La Superintendencia De Servicios De Salud.

Dirección Nacional De Estudios y Documentación. Dirección De Estudios e Investigación. Abril de 2000. Instituto Nacional De La Administración Pública. INAP.

*APE – Administración de Programas Especiales.*

[www.apedigital.gov.ar](http://www.apedigital.gov.ar)

*Belmartino Susana.*

La Atención Médica en la Argentina en el Siglo XX. Instituciones y Procesos.  
Siglo XXI Editores Argentina S.A - 2005.

*Ceresale Victor Norberto.*

“Quien lleva al cautiverio, al cautiverio va.....”

[www.revistamedicos.com.ar](http://www.revistamedicos.com.ar)

*Calvo Natalia – Miras Marcelo Araujo – Klein Valeria*

Una aproximación al sistema de salud en Argentina.

<http://www.redadultosmayores.com.ar>

*Cubillos Novella Andrés Felipe y Ardón Centeno Nelson Roberto*

Ensayos sobre el Financiamiento de la Seguridad Social. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia.

[www.gerenciasalud.com/art281.htm](http://www.gerenciasalud.com/art281.htm)

*Findling Liliana, Arruñada María, Klimovsky Ezequiel.*

Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina.

Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 18:109-118, 2002

*Franco A.*

Globalizar la Salud.

Gaceta Sanitaria V 17 N° 2 Barcelona Marzo-Abril 2003.

<http://www.scielo.isciii.es>

*Giordano Osvaldo y Colina Jorge.*

Las Reformas al Sistema de Salud ¿El camino hacia un sistema universal equitativo y eficiente?

Serie Documentos 19. Agosto 2000. Fundación Novum Millenium.

<http://www.fnm.org.ar>

*Iguiñez Javier*

Convirtiendo la Salud en una Inversión: El Golpe Mortal del Banco Mundial a Alma Ata

<http://www.healthwrights.org>

*Isuani Aldo.*

Exclusión, Política Social y Clientelismo en Argentina.

[www.escenariosalternativos.org](http://www.escenariosalternativos.org)

*Montoya Silvia y Colina Jorge.*

La Reforma de Obras Sociales en Argentina: Avances y Desafíos Pendientes.

[www.fcecon.unr.edu.ar](http://www.fcecon.unr.edu.ar)

*Katz Ignacio*

La construcción de un sistema integrado de salud. Un sendero a transitar.

<http://www.revistamedicos.com.ar/numero17/pagina18.htm>

*Katz Ignacio.*

Salud Para Todos. Propuesta para organizar un Sistema Integrado de Salud.  
Fundación Argentina Siglo 21. Editorial Universitaria de Buenos Aires. 1988.

*Ortún - Rubio V., Pinto - Prades J.L. y Puig-Junoy J*

La Economía de la Salud y su aplicación a la evaluación  
Atención Primaria Vol.27. Nº 1 Enero 2001.

*Rifkin Jeremy y Clarín 2006.*

Cambiar el modelo de salud para que crezca la economía.

*Scopinaro F y Vázquez N.*

Globalización, Pobreza y Enfermedad.

La Escuela. Revista Universitaria de Salud Pública. Vol.Nº1 – Junio 2005. Buenos Aires.

*Spadafora Santiago.*

Rol del Estado en los Sistemas de Salud con modelos de seguros múltiples en competencia.

Revista I Salud. Vol. 1 Nº 4. Octubre 2006.

*Tejeiro Mario.*

Política Distributiva en una Economía Globalizada.

[www.cep.org.ar](http://www.cep.org.ar)

*Tejada de Rivero David A.*

Alma Ata. 25 años después.

[http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_4.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm) Revista Perspectivas de Salud. Vol 8 Nº 2 2003.

*Tobar Federico.*

Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina.

[www.isalud.org/documentacion/Breve\\_historia.pdf](http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf)

*Tobar Federico.*

Herramientas para el análisis del sector salud.

<http://www.observaport.org/>

*Tobar Federico – Montiel Leticia – Gaya Raúl - Martínez Ernesto*

Modelos equitativos de distribución de recursos sanitarios

<http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala5205.pdf>

*Roberto Tafani*

Reforma al sector salud en la Argentina.

<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/4238/lc11035e.pdf>

*Streb Jorge M.*

El significado de racionalidad en economía.

Universidad del CEMA. Noviembre de 1998.

*Woodward David, Dragar Nick, Beaglehole Robert y Lipson Debra.*

La globalización y la salud: marco de análisis.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos N° 6, 2002.

*Zorrilla Héctor Horacio*

Márketing de servicios de salud

Buenos Aires/Argentina

<http://www.angelfire.com/journal/medimarket/>

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49891997000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

El sistema de salud del Canadá y su financiamiento<sup>1</sup>

<http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138-16-s.pdf>

Promoción De La Salud: Logros y Enseñanzas Extraídas Entre La Carta De Ottawa y La Carta De Bangkok y Perspectivas Para El Futuro.

[http://www.ama-med.org.ar/com-economia/Gasto\\_y\\_Financiamiento.pdf](http://www.ama-med.org.ar/com-economia/Gasto_y_Financiamiento.pdf)

Gasto y financiamiento. Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina.

<http://www.encolombia.com/medicina/sociedadescien/ley100.htm>

Pronunciamento de la Academia Frente a la Ley 100 de 1993.

Dr. José F. Patiño y Comisión de Salud