

Experiencias nacionales en la regulación del financiamiento del sector de la salud: El caso argentino

En la Argentina algunas de las características de los rasgos actuales de la características de la financiación de la atención de la salud ya estaban presentes a comienzo del siglo pasado.

Se reconocían la financiación del Estado a través de rentas generales, el aporte directo de las personas, y un aporte voluntario que las personas realizaban a través de incipientes formas de seguridad social fundamentalmente mutuales, que tuvieron importancia principalmente como germen de un desarrollo posterior.

En esta etapa la financiación estatal estaba dirigida fundamentalmente al sector público, cuya base esencial era el hospital público, además de actividades de saneamiento y prevención. El gasto de las personas estaba orientado a la medicina privada que era contratado en forma directa por las personas, tanto a las instituciones como los prestadores individuales. Las mutuales, germen de un sistema ulterior de seguridad de la salud, estaban reducidas principalmente a iniciativas de trabajadores de algunas ramas de la producción y a colectividades de inmigrantes.

Esta esquema de financiación tripartita se mantuvo hasta la época actual aunque con grandes variaciones.

El sistema argentino de financiación de la seguridad social: las obras sociales.

La más importante de aquellos cambios se produjeron al final de la década del 60 y comienzos de la década del 70 cuando a través de la ley 18610 se sancionó para todas los asalariados la institución de un seguro obligatorio. La ley 18610 obligaba a todos los trabajadores Aquel se financiaba con un aporte como porcentaje del salario,(3%) y un

aporte de la patronal también sobre el salario(6%). La ley autorizó la creación las Obras Sociales, que eran cajas por rama de actividad, administradas por los sindicatos de aquella actividad. Posteriormente a través de la ley 18980 se autorizó la creación de un sistema similar para el personal jerárquico de las empresas. Estas formas permitieron la creación de centenares de Obras Sociales. La ley 19032 creó el Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados que mediante un aporte de los asalariados activos, más un aporte de los jubilados creó también un sistema de seguro de salud para los adultos mayores retirados destinado a la atención de la salud y a otros servicios sociales. Tomando como ejemplo la legislación de la Nación en numerosas provincias se instituyeron cajas provinciales destinadas a crear seguros de salud (obras sociales provinciales) para los empleados públicos de cada una de ellas.

El panorama creado a fin de esa década con la extensión de la cobertura a través de la seguridad social transformó profundamente el esquema de financiación de la Salud en la Argentina.

A fines de la década del 80 el sistema de Obras Sociales cubría a gran parte de la población del país. Esta cobertura, entre la más alta del continente, permitió que la cobertura se extendiera a todo el país, aunque con situaciones disímiles.

Estas transformaciones en la financiación de la salud en la Argentina influyeron intensamente en la creación de un nuevo esquema de atención de la salud y en los esquemas de financiación.

Fundamentalmente produjo un crecimiento del peso de las formas peculiares de la Argentina de la seguridad social (las obras sociales), y creció simultáneamente el aporte de las personas.

Las características de la cobertura que otorgó el sistema de seguridad social tienen particularidades que deben señalarse:

- a) La modalidad del sistema de seguro de salud en la Argentina (obras sociales) fue tomando rasgos de la modalidad de los sistemas extendidos en Europa.
- b) extendió la cobertura de salud a una gran parte de la población del país. Se creó para millones de personas el derecho a la atención de la salud.
- c) Permitió para la prestación de los servicios la contratación con el sector público o con el sector privado. A pesar de estas dos posibilidades, la inmensa mayoría de las contrataciones se realizaron con el Sector privado, inyectando a éste una gran parte de la recaudación del sistema de Obras Sociales.. Esto se tradujo en el aumento del número de establecimientos y el número de camas del sector privado.¹ También hubo un incremento de la inversión en tecnología, de su utilización y de la alta valoración económica de las prestaciones de esa tecnología por los instrumentos utilizados para la valoración de las prestaciones.
- d) También se fue produciendo la concentración de la población en determinadas Obras Sociales. Esto tiene explicación en que las características de la producción en la Argentina, determinadas ramas de la producción (metalúrgico, automotriz, construcción, empleados de comercio, etc.) concentraron el mayor número de personal. Las 15 Obras sociales de mayor tamaño brindaban en un momento

1

Año	Total	Dependencia administrativa		
		Oficial	obras sociales	Privado
1995	155749	84094	4375	67198
1980	145690	91034	8045	46611
		Dependencia administrativa		
Año	Total	Oficial	Obras Sociales	Privado
1995	100	54,00%	2,80%	43,10%
1980	100	62,50%	5,50%	32,00%

cobertura al 66% de los integrantes. Esto se traducía en que un número importante de Obras Sociales contaba con un número muy bajo de beneficiarios lo que creaba dificultades para financiar adecuadamente los riesgos en salud. En los hechos se crearon condiciones en que determinadas obras sociales disponían de ingresos mayores para resolver los problemas de atención de la salud, mientras que un conjunto importante de entidades al disponer de relativamente pocos afiliados tenían dificultades en encarar los problemas planteados.

- e) De hecho existieron diferencias entre las diversas obras sociales relacionadas con el ingreso promedio del asalariado en determinada rama de la producción. En algunas ramas de la producción en la Argentina hubo salarios superiores al del resto de la economía. En consecuencia el aporte a la Obra Social(dado que era un porcentaje del salario) respectiva era más alto y podía permitir prestaciones de salud y sociales de más alto nivel.
 - f) Determinadas actividades recibieron para la respectiva obra social una financiación agregada que provenía de leyes especiales. Por ejemplo un porcentaje del movimiento bancario estaba destinada a la obra social de esta rama, un porcentaje similar ocurrió para la actividad del seguro. Esto permitió una financiación plus para las actividades de salud y la posibilidad de prestaciones diferenciales para los afiliados de estas entidades.
 - g) La capacidad instalada de las obras sociales se mantuvo a niveles relativamente bajos. Sólo algunos de ellas desarrollaron su propia capacidad a través de establecimientos con camas, ambulatorios y de diagnóstico y tratamiento.
 - h) La legislación posterior introdujo modificaciones,(ley 22.269 y 23660) pero en esencia el sistema se mantuvo inalterado
-

La crisis que comienza a mediados de la década del 70 inicia el período de erosión del sistema.

Un sistema de seguro de salud como el argentino que se mantiene y desarrolla exclusivamente a través del salario entra en zona de turbulencias cuando comienza a producirse a partir de esa época un descenso sostenido del ingreso real del sector asalariado..

El ajuste que en la Argentina toma impulso especialmente en la década del 90 le presenta al sistema las mayores dificultades en esa época, cuando se unen por un lado el descenso del salario con el aumento sostenido de las tasas de desocupación que llegan en un determinado momento a un 19,5%.

Esta es la explicación principal sobre el proceso de deterioro del sistema de obras sociales de la argentina. Se debe considerar que también pesaron otros factores en el deterioro del sistema de obras sociales. Por un lado la fragmentación del sistema que mantuvo estancas las diversas obras sociales sin permitir la creación de un pool amplio para amortiguar los riesgos, la falta de normas extendidas de diagnóstico y tratamiento que limitaran el consumo de medicamentos y alta tecnología a lo necesario, el alto peso de los gastos de administración que podían llegar en algunos casos a un 20%, la alta evasión impositiva y de aportes al sistema en la economía argentina y la utilización de los fondos destinados a la seguridad social a otros fines.

La consecuencia de este proceso fue que en la década del 90 el sistema de obras sociales entra en una profunda crisis, que se refleja en el descenso del número prestaciones que da el sistema, y el endeudamiento de la mayoría de ellas.

El sector privado en la atención de la salud en la Argentina

La financiación a través del sector privado en la Argentina tiene un peso particular que ha ido creciendo en los últimos años.

En esencia la financiación privada se realiza a través del gasto de las personas y reconoce diversos aspectos:

- 1) La relación directa entre el paciente y el prestador. Esta forma tuvo gran peso histórico en la atención médica en la Argentina. Fue decayendo en la medida del crecimiento de las distintas formas de aseguramiento tanto por la seguridad social como a través del privado. En las últimas décadas a pesar de su caída todavía tiene vigencia especialmente en población situada en ambos extremos del ingreso en la sociedad. También hay gasto directo privado en el pago de internaciones, procedimientos de diagnóstico y tratamiento.
- 2) Pago de medicamentos. El gasto en medicamentos que en la Argentina se calcula que es de alrededor del 25% del gasto total en salud. Quienes tienen cobertura de algún tipo deben abonar en atención ambulatoria desde el valor total de mostrador hasta un porcentaje que está alrededor del 50%.
- 3) Coseguros, copagos, etc. La mayoría de las personas a pesar de la cobertura deben pagar gastos de bolsillo. Incluye además de los medicamentos citados en el párrafo anterior el pago de coseguros o ticket moderador. Esto ocurre tanto en el sector de la seguridad social como en los seguros privados.
- 4) Seguro Privado de Salud. Esta modalidad creció en la Argentina a partir de la década del 70 acompañando el crecimiento de la seguridad social. Involucra personas de actividad autónoma no protegida por las leyes de seguro obligatorio,

personas de altos ingresos, y también a personas que no conformes con la cobertura por el sistema de obras sociales, aportaban también e independientemente a un seguro privado. Esta última variante fue decayendo a partir de la profundización de la crisis en la década del 90

La financiación privada en la Argentina llegó a valores realmente importantes y es uno de los exponentes de la grave crisis que padece la atención de la salud en la Argentina. Cuando se analiza la financiación de la salud en la Argentina en su conjunto se observa que el predominio de la financiación privada que suma alrededor del 50% del total del gasto en salud. El gasto privado puede descomponerse en un 33% del gasto total como gasto de bolsillo y 13% como la inversión en seguro privado.

Uno de los aspectos a resaltar sobre el papel de la financiación privada en el gasto total en Salud, es el relacionado con el gasto en medicamentos, que insume un porcentaje muy alto del gasto en salud en general y que en un porcentaje también muy alta se financia a través del gasto privado.

El alto monto del gasto privado señala también una anomalía importante en un país que tiene aún hoy en día una cobertura tan amplia de la población por sistemas de seguro. Se debe tener en cuenta las consideraciones que se hacen habitualmente sobre las características regresivas del gasto de bolsillo.

La financiación de origen estatal en la Argentina reconoce fuentes que tienen su origen en el estado nacional, las provincias y los municipios. El gasto estatal es de 4700 millones de pesos. Este gasto se descompone así:

Gasto en Salud. Sector Público (1995)

Fuente	Monto millones de pesos	Porcentaje

Nación	618	14%
Provincias	3296	70%
Municipio	762	16%
Total	4676	100

La financiación estatal en la Argentina tiene una enorme importancia pues a través de ella se financian los hospitales públicos, los centros de salud y las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Se debe señalar que desde hace varias décadas hubo un proceso de traslado de financiación que realizaba a través del tesoro nacional y que luego debió ser efectuado ese gasto por las diferentes jurisdicciones, provincias o municipios. . En el cuadro puede observarse que el 86% de la financiación de origen público se realiza a través de las distintas jurisdicciones. Sólo el 14 de la financiación estatal proviene del tesoro nacional.. Este proceso originó dificultades en muchas de las jurisdicciones pues en un marco de restricción económica aquellas se encontraron con importantes instituciones que mantener o tareas que resolver que no estaban previstas en las proyecciones de esas provincias o municipalidades.

Una gran parte de la financiación de origen público se dedica a la operación de los hospitales. El hospital público jugó un importante papel en la historia de la atención de la salud en la Argentina. Brinda atención a gran parte de la población sin otro tipo de cobertura y también atención de urgencia, en las catástrofes, epidemias, a la población en general. Tiene destacada actuación en la formación del recurso humano

Un proceso que se intensificó en la última década es el incremento de la demanda al hospital público fundamentalmente, de personas que a raíz de la pérdida de empleo o de la caída de su actividad independiente debieron recurrir para la atención de la salud a

instituciones oficiales. Esta situación se tradujo en un aumento de las exigencias a instituciones que comenzaron un proceso de transformación para adaptarse a las nuevas problemáticas de la atención de la salud en la época actual.

Si se analiza el Gasto Público incorporando el que se realiza a través de las diferentes formas de seguridad social se puede observar que el aporte de la Nación continúa siendo una porción de menor peso.

Gasto Público en Salud.

Jurisdicción	Porcentaje
Nación	4,80%
ANSSAL	2,60%
PAMI	22,60%
Transferencias de Nación a las provincias	0,80%
Provincias y Municipios	36,10%
Obras Sociales Nacionales	20,90%
Obras Sociales Provinciales	12,20%

La Cobertura en Salud de la población en la Argentina.

Como consecuencia de las distintas modificaciones que se fueron realizando en el sistema de atención de la salud en la Argentina y de su financiación, la cobertura de la

población quedó conformado con que el 64% tenía alguna cobertura (incluyendo a quienes tienen cobertura por alguno de los sistemas de seguridad social y el seguro privado voluntario) en salud. El 36% que no tiene cobertura alguna equivale a 13 millones de personas.

Argentina: Población según cobertura de salud. (circa 1997)

Tipo de cobertura	Población	Porcentaje sobre población del país
Obras Sociales Nacionales	11600000	32%
Obras Sociales Provinciales	5000000	14%
Pami (jubilados)	4000000	11%
Prepagos (seguro privado voluntario)	2300000	6%
Total	22900000	64%

La Argentina y las experiencias actuales de regulación

La experiencia de la Argentina de las últimas décadas en las cuestiones de atención de la salud enseñan que a pesar de los intentos de crear un sistema abarcativo para toda la población y de haber avanzado durante algunos períodos hacia esa meta, los resultados no fueron satisfactorios.

Los indicadores sanitarios muestran que la Argentina con condiciones favorables para realizar transformaciones profundas en ellos no logró ubicarse en la perspectivas que sus posibilidades le permitían. En efecto entre las ventajas comparativas de la Argentina se reconocen el alto nivel de los profesionales, la extensa capacidad instalada, la amplia cobertura que se había logrado en el seguro obligatorio de salud, el gasto que per capita estaba a la altura de los más altos de América Latina.

Los objetivos esenciales del país en salud; es decir lograr equidad estrechando la brecha entre los sectores de mas bajo ingreso y el más alto, la cobertura en salud para toda la población la mejora amplia de los indicadores etc., no fueron obtenidos. Hoy se puede señalar que las diferencias regionales en los indicadores de salud se mantienen o se han ahondado, la brecha en salud entre grupos de la población según el ingreso también se han ahondado.

Las explicaciones para no haber cumplido esas metas son múltiples y son parte de un amplio debate.

Los debates sobre esta cuestión rozan temas de la más variada índole.

Algunas de las cuestiones que tienen que ver con la financiación del sector salud las analizaremos en los párrafos siguientes.

Uno de los temas preocupantes es la segmentación del sector salud. Uno de los factores determinantes en esa segmentación fue la forma que se le dio a creación a comienzo de la década del 70 del sistema de Obras Sociales. Un factor determinante fue la posibilidad de creación de centenares de cajas (obras sociales) con su propia administración, y con amplias posibilidades del manejo de la atención de la salud de sus afiliados, y en consecuencia de los recursos. Como señalábamos anteriormente esas dispersión no sólo impidió crear normas únicas de actividad médica, organizativas y

financieras, sino también contribuyó a crear una fragmentación también de los mecanismos solidarios, creando obras sociales con amplios recursos (en relación a los salarios de la rama de la producción) y otras con bajos recursos.

El otro factor fue la posibilidad que tuvieron las Obras Sociales de contratar las prestaciones con la actividad privada. Esta posibilidad fue utilizada profundamente y prácticamente fue mayoritaria y posibilitó el desarrollo de un área privada con una importante capacidad instalada. La transferencia de recursos económicos al área privada fue de gran importancia durante los primeros veinte años de relación.

La Argentina atravesó también en la década del 90 una etapa en la que se publicitó que el mercado podía solucionar todos los problemas de un país. Esos criterios se intentaron aplicar también al área de la atención de la salud. No se tuvo en cuenta la experiencia internacional de la década del 80 que mostró los fracasos de esa política. En consecuencia y por ejemplo con la amplia privatización de las empresas de servicios públicos se privatizaron también los servicios de atención de la salud que cubrían cientos de miles de trabajadores, se introdujeron también criterios de esa naturaleza en el sector público.

Como señaláramos más arriba se debe señalar el aumento de la población que perdió la cobertura de la seguridad social a raíz de la pérdida del empleo y un porcentaje de la población empleada que tiene trabajo en “negro”, y por la que no se hacen aportes a la seguridad social.

Las características del mercado farmacéutico fue también uno de los factores importantes en la distorsión. No sólo se produjo la introducción de miles de fármacos sino también se verificó aumentos de los precios mas allá de la inflación correspondiente. El proceso se ha dado de tal manera que el mercado farmacéutico

cuando atravesó un período (por ejemplo en 1993-1996) de caída de las unidades vendidas experimentó un aumento del valor de las ventas

En la etapa actual la Argentina está buscando los caminos que le permiten cumplir con los grandes objetivos de encarar y resolver los grandes problemas de atención de la salud planteados. Estos objetivos se están tratando de resolver en una compleja situación política, económica y social, teniendo en cuenta las peculiaridades actuales del país.

En el orden del financiamiento se plantea:

1) Necesidad de dar cobertura de atención de la salud a toda la población. :

1.1) La cobertura de la población que es asalariada y aporta al sistema nacional de obras sociales, se está regulando a través de la legislación sobre el tema que actualice la cuestión. . Estas leyes, desarrollados sobre la base de la ley de Obras sociales, plantean una financiación a través del aporte patronal y del asalariado. Hay un aporte del estado que tiene origen en un fondo de redistribución destinado para igualar un aporte mínimo por afiliado y familiar beneficiario. Este aporte mínimo está destinado a crear un punto de partida en el que se igualen las posibilidades de todos los participantes. Se le asegura a cada beneficiario \$20 mensuales. El estado contribuye con un aseguramiento al sistema contra los riesgos de las grandes enfermedades. Las obras sociales o los prestadores privados que se inscriban para participar no pueden rechazar las

solicitudes de afiliación de beneficiarios del sistema. Estos pueden elegir entre los distintos prestadores. No está permitido ofrecer prestaciones diferenciales a cambio de incremento de la cuota. (estas disposiciones están destinadas a evitar el “descreme” del sistema.). El Ministerio de la Nación aprobó un listado de prestaciones obligatorias a otorgar por el sistema a los Beneficiarios. Este listado incluye también prestaciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y normas de diagnóstico y tratamiento de las principales patologías. Junto a estos cambios se incorporan también un proyecto de ley que regulará a los prestadores privados tendiendo a asegurar las condiciones mínimas para la prestación de los servicios, tanto de solvencia financiera, como en los otros aspectos de prestación de los servicios.

- 1.2) Se invita a las obras sociales provinciales (la atención de la salud es una potestad de las provincias que no es delegada en la Nación) a adherir al sistema propuesto y a incorporar a sus afiliados a esta modalidad. Por otro lado muchas provincias están diseñando seguros provinciales de Salud incorporando así a los integrantes de la obra social provincial, a quienes no tengan cobertura y quieran adhieran espontáneamente y a las personas sin cobertura.
- 1.3) Las modificaciones de los párrafos anteriores intenta introducir orden en el financiamiento y en la prestación de salud para la población cubierta a través de la imposición al salario. El Ministerio de Salud de la Nación inició un proyecto de Médico de Cabecera destinado a cubrir a las personas sin cobertura en las distintas provincias. Esta destinado a llevarse a cabo en los municipios de las provincias que acordaron con la Nación y es financiado por la Nación en su primera etapa. En pasos posteriores la financiación pasará a las provincias.

- 2) Sector público.. Es a través de este sistema que en muchas jurisdicciones del país se podrá cubrir a la población sin cobertura de salud.. En esta área juega un papel esencial el hospital público que es un prestador prácticamente único en muchas zonas del país. En otras áreas concentra casi exclusivamente el manejo de la urgencia, de la alta complejidad, de los partos, etc. Se encara también proyectos de mejora de la eficiencia del hospital público, especialmente en el desarrollo de programas de gestión, capacitación del personal, etc. Se debe señalar que en muchas jurisdicciones personas que tienen cobertura de la seguridad social utilizan el hospital público, fundamentalmente por insuficiencia de los prestadores contratados por el sistema. En esos casos el hospital factura a la obra social las prestaciones realizadas.
- 3) Debe iniciarse un proyecto de reforma del mercado farmacéutico, destinado a hacer accesible a los pacientes de los medicamentos necesarios.