



Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe

Perfiles de los **S**istemas de **S**alud

Perfil de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina

(2^{da} edición, noviembre de 1998)*

Área de Desarrollo Estratégico de la Salud

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud

Organización Panamericana de la Salud

TABLA DE CONTENIDO

RECONOCIMIENTOS

RESUMEN EJECUTIVO

1. CONTEXTO

1.1 Político

1.2. Económico

1.3 Demográfico y epidemiológico

1.4 Social

2. EL SISTEMA DE SALUD

2.1. Organización General

Instituciones públicas

Instituciones privadas

2.2. Recursos del Sistema

Recursos humanos

Medicamentos y otros productos sanitarios

Equipamiento y Tecnologías

2.3. Funciones del Sistema de Salud

Rectoría

Financiamiento y Gasto

Aseguramiento

2.4. Provisión de Servicios

Servicios de salud para la población

Atención Primaria

Atención Secundaria

Calidad

Calidad técnica

Calidad percibida

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

3.1. Seguimiento del Proceso

Seguimiento de la dinámica

Seguimiento del contenido

3.2. Evaluación de Resultados

Equidad

Efectividad y Calidad

Eficiencia

Sostenibilidad

Participación y Control Social

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

RECONOCIMIENTOS

*La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 30 profesionales independientes vinculados a la Academia Nacional de Medicina y a las Universidades Maimónides y Torcuato Di Tella. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en la Argentina. El documento fue revisado por el Gabinete del Ministro de Salud y Asistencia Social de la Argentina. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

RESUMEN EJECUTIVO

La República Argentina es un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal. Las Provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al Gobierno Central. La Constitución Nacional es la Ley Suprema y toda la legislación, tanto nacional como provincial, debe sujetarse a sus disposiciones. El país está constituido por 23 provincias y la Capital Federal, que también tiene gobierno autónomo, y unos 1600 Municipios.

El país ha venido sufriendo un proceso recesivo de su economía en los últimos tres años el cual ha impactado en los sectores productivos. Esta realidad no es homogénea. Por ejemplo, el ingreso per cápita de la Ciudad de Buenos Aires superaba (hasta 2001 antes de la devaluación) los US\$ 21.000 mientras que en Formosa superaba escasamente los 3.700. En diciembre del 2001 se produjeron estallidos sociales que acabaron con la renuncia del presidente electo Fernando De la Rúa. Asumió el gobierno el Senador Eduardo Duhalde con el compromiso de culminar el período presidencial y no presentarse como candidato en el nuevo llamado a elecciones (2003) El actual gobierno derogó la Ley de convertibilidad que rigió durante casi toda la década de los años 90 por la cual se equiparaba la moneda nacional (el peso) con el dólar estadounidense. Durante el año 2002 la agudización de la crisis económica y sus efectos sociales y políticos llevaron al gobierno a declarar por ley la emergencia pública en materia sanitaria, social, económica, administrativa, financiera y cambiaria. También se ha planteado frente a los organismos de crédito y los tenedores de deuda pública la reestructuración de la misma.

El Censo de 2001 dio una población de 36.027.041, con un 87,2% de población urbana. La población mayor de 65 años representa el 9,7% y la de menores de 15 años el 27,9%. Entre 1990 y 1999 se observó un descenso de la natalidad de dos puntos porcentuales y un acortamiento de la brecha entre jurisdicciones. La mortalidad infantil de la Argentina mantiene desde hace varios años una sostenida tendencia al descenso (de 26,9 por mil en 1986 a 17,6 por mil en 1999) El descenso no ha sido homogéneo. En 1989 la jurisdicción con mayor tasa registró una cifra 127% más elevada que la de menor tasa, mientras que en 1999 esta comparación arrojó una diferencia del 207%.

Las enfermedades del aparato circulatorio son las responsables del mayor número de muertes en la población total del país. Con una tasa de 270,3 por 100.000 habitantes estas enfermedades generaron en 1999 el 36,9% del total de las muertes (34,9% en los varones y 38,5% en las mujeres) En 1996 el porcentaje de partos atendidos en establecimientos asistenciales sobre el total de nacidos vivos fue 97% (con variaciones de 99,8% en San Luis a un 83,0% en Formosa)

Tradicionalmente 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 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).

La producción anual de profesionales de las diferentes Escuelas de Medicina en 1998 fue de 108.000 médicos la cual significó un incremento del 22,5% en algo más de un lustro.

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 cayendo 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. El impacto sobre el financiamiento sanitario de la fuerte recesión registrada en la Argentina a partir de 1998 es notorio. Las estimaciones del gasto en salud para 2001 demuestran una fuerte retracción y el escenario más probable es que el gasto continúe descendiendo durante el 2002. A ello debe sumarse el impacto de la devaluación de la moneda nacional a partir de la derogación de la ley de Convertibilidad en enero del 2002. El resultado de ambos efectos es que Argentina ha perdido su posición de país con mayor gasto en salud per cápita de la región.

Las Obras Sociales son las entidades encargadas de la gestión de la seguridad social. Ellas cubren una población cercana a los 18.3 millones de personas, distribuidas en casi trescientas entidades de distinta magnitud e importancia. Así, 20 entidades (alrededor del 7%) cubren 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)

La 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).

Los hospitales públicos brindan 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 para población asegurada (pese a la vigencia del Decreto 939/2000)

La desregulación de las Obras Sociales se inició en 1993 y buscó aumentar la competencia entre ellas. Desde entonces su número se ha reducido (de 312 en 1994 a 275 en 1999) 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 establece la libertad de elección de Obra Social para los jubilados. El Decreto 1.141/1996 completó la desregulación estableciendo la opción de cambio entre las Obras Sociales Sindicales. El Decreto 84 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 el momento presente, 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.

1. CONTEXTO

1.1. Contexto Político

La República Argentina es un Estado democrático que ha adoptado para su gobierno la forma federal en cuya virtud las Provincias conservan todo el poder no delegado expresamente al Gobierno Central. La Constitución Nacional es la Ley Suprema y toda la legislación, tanto nacional como provincial, debe sujetarse a sus disposiciones. El país está constituido por 23 provincias y la Capital Federal, que también tiene gobierno autónomo, y unos 1600 Municipios.

Tradicionalmente 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. Durante el último año la agudización de la crisis económica y sus efectos sociales y políticos llevó al gobierno a declarar por ley la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria.

1.2. Contexto Económico

En los últimos tres años (1998-2001) el país ha sufrido un proceso de recesión económica que impactó principalmente a los sectores productivos y se expresó, entre otros indicadores, en la reducción del consumo y en el aumento de los niveles de desocupación. Sucesivas medidas de ajuste, tales como reducción de sueldos públicos, el aumento de los impuestos, las rebajas de sueldos y jubilaciones, la propuesta de déficit presupuestario cero, y la renegociación de la coparticipación federal, han sido tomadas. La deuda externa se ha multiplicado y se ha producido el llamado “mega canje” que redefinió montos y fechas de vencimiento. Se ha planteado frente a los organismos de crédito y los tenedores de títulos de la deuda pública la reestructuración de la deuda para limitar los aportes que el pago de esas obligaciones.

Debe destacarse que pese a la venta y privatización de empresas y bienes del estado, el gasto público se incrementó. Las provincias por su parte arrastran sus propios problemas estructurales y la mayoría depende de la ayuda federal para el pago de sus obligaciones, incluyendo sueldos estatales. Esta situación es fuente de problemas crónicos, con protestas y huelgas de los empleados públicos, incluidos salud y educación, y con enfrentamientos entre las provincias y la nación por los fondos disponibles. A ello se añade la dificultad para hacer efectiva la recaudación de impuestos y la persistencia del contrabando. Los desajustes en el Mercosur y ciertos rebrotes proteccionistas son motivo de rispideces e impacto en industrias tales como la de alimentación.

Indicadores Económicos Seleccionados

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Producto Interno Bruto per cápita en Pesos de 1993 (1 peso=1 dólar)	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

La contribución de cada sector económico al Producto Interno Bruto se aprecia en el cuadro siguiente.

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.

1.3. Contexto demográfico y epidemiológico

En el Censo Nacional 2001 la población total del país fue de 36.027.041 habitantes. La variación intercensal entre 1991 y 2001 fue de 10,5 %, con valores extremos de -8 % para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de +44% para Tierra del Fuego. En 1999 se estimó que un 87,2% de población vivía en áreas urbanas, siendo la población mayor de 65 años casi el 10%, y la menor de 15 años un 28%. Es conocido el bajo nivel de crecimiento demográfico del país con variaciones debidas a características socioeconómicas por lo que las cifras promedio ocultan diferencias entre las zonas urbanas de mayor desarrollo y las áreas deprimidas o los grupos de menores ingresos.

La esperanza de vida al nacer para el total de la población para el período 1995/2000 fue de 73.1 años² (69.7 para hombres y 76.8 para mujeres) Para el período 2000/2005 se estima en 77.7 años para las mujeres y en 70.64 para los hombres. La tasa anual de crecimiento de la población estimada para ese quinquenio es del 11.9% y la tasa global de fecundidad para 2001 es de 2.5.³

Esperanza de vida al nacer

AÑOS	1990/ 92	1995/2000	2000/ 2005
Población total	71.93	73.1	74.2
Mujeres	75.59	76.8	77.74
Varones	68.44	69.7	70.64

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

El cuadro siguiente sintetiza la evolución algunos indicadores demográficos y epidemiológicos.

Indicadores Demográficos y Epidemiológicos Seleccionados

	Años							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad	19.8	19.7	18.9	19.2	19.4	18.9	18.8	19.0
Tasa global de fecundidad	ND	ND	2.7	ND	2.6	ND	2.5	2.44
Tasa bruta de mortalidad	7.9	7.5	7.7	7.6	7.6	7.8	7.9	7.5
Tasa de mortalidad materna	4.6	3.9	4.4	4.7	3.8	3.8	4.1	3.5
Tasa de mortalidad infantil	22.9	22.0	22.2	20.7	18.8	19.1	17.6	16.6

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud.

El subregistro en la mortalidad infantil se estima del orden del 3%, con variaciones por jurisdicción. Las causas de muerte mal definidas alcanzaron un 6,5 % del total para el año 2000.

Principales causas de muerte y enfermedades mal definidas, 1999-2000

Causas	1999		2000	
	Número	%	Número	%
Todas las causas	289543	100	277148	100
Mal definidas	18975	6.6	18471	6.7
Cardiorespiratorias	98930	34.2	91506	33.0
Tumores Malignos	55254	19.0	55492	20.0
Causas Externas	19682	6.8	19369	7.0
Enfer. Infec. Transmisibles	12671	4.4	13009	4.7
Resto	84031	29.0	79301	28.6

Fuente: Dirección Nacional de Estadísticas. Ministerio de Salud.

En 1999, las enfermedades del aparato circulatorio (con una tasa de 270,3 por 100.000 habitantes) causaron el 34,2% del total de las muertes. Las enfermedades tumorales ocuparon el segundo lugar con una tasa global de 151,3 por 100.000 habitantes y mayores valores en la zona sur del país (tasas ajustadas entre 180 y 160 por 100.000 habitantes) Las enfermedades transmisibles fueron la tercera causa (tasa de 67,2 por 100.000 habitantes) representando un 9,3% del total de las muertes y un 9,4% del total de los años de vida potencial perdidos. En 1999 se registraron 11.871 defunciones por TBC, muchas de ellas vinculadas al SIDA. Debe destacarse el problema de la resistencia bacteriana entre la población tratada y los niveles de deserción en los tratamientos. El SIDA sigue su avance con mejores niveles de notificación y mayor conciencia comunitaria respecto a su prevención y tratamiento, si bien dificultades para el fluido acceso a los medicamentos específicos por las vías oficiales han aparecido periódicamente.

La mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos en el año 2000 se debieron a los accidentes violentos.⁴ Junto al embarazo adolescente y las adicciones los accidentes y violencias aparecen como las patologías de mayor incidencia en la población joven. Las adicciones están en expansión y sigue descendiendo la edad de inicio. El alcoholismo sigue siendo la patología de mayor impacto. Ha aumentado el número registrado de adictos a cocaína y heroína.

La mortalidad infantil mantiene desde hace varios años una sostenida tendencia al descenso. De una tasa de 26,9 por mil en 1986 llegó a 17,6 por mil en 1999. La mortalidad infantil promedio en el período 1990-1999 tuvo un descenso del 31,3% con diferencias significativas entre jurisdicciones. Por ejemplo, en 1999 la tasa de mortalidad infantil en Tierra del Fuego fue de 7,8 por mil mientras que en Chaco, Formosa y Jujuy fue de 29. Los valores provinciales también ocultan disparidades internas de las provincias.⁵ En 1998 la mortalidad de los menores de 5 años por diarrea fue de 248 niños fallecidos y los fallecidos por IRA fueron 1999.

2.4. Contexto Social⁶

En 1991, el porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza medida en el Conurbano Bonaerense ascendió a 21,5% y la población por debajo de la línea de indigencia fue 3,5%. En 1999, esos mismos índices eran de 26,7% y 6,7% respectivamente. Para el 2001 el indicador de pobreza fue de 35,4% y el de indigencia de 12,2%.⁷

El desempleo urbano comenzó a aumentar a partir del 1991, pasando de una tasa promedio anual de 7% a una tasa de 17,3% en 1996. La caída del empleo fue notable en el conurbano de Buenos Aires y algo menor, en promedio, en las ciudades del interior. En 1999 había descendido a 14,5%. A fines del 2001 la persistencia de la recesión situó este indicador en 18,3%.

Indicadores sociales seleccionados, 1991-2001

Año	Población por debajo de la línea de indigencia (GBA)	Población por debajo de la línea de pobreza (GBA)	Desempleo (aglomerados urbanos)
1991	3.0	21.5	6
1992	3.2	17.8	7
1993	4.4	16.8	9.3
1994	3.5	19.0	12.2
1995	6.3	24.8	16.6
1996	7.5	27.9	17.3
1997	6.4	26.0	13.7
1998	6.9	26.7	12.4
1999	6.7	25.9	13.8
2000	7.7	28.9	14.7
2001	12.2	35.4	18.3

Fuente: SIEMPRO, con base en EPH INDEC

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1. Organización General

Por mandato constitucional las provincias son las unidades técnico administrativas responsables del cuidado y protección de la salud de la población⁸. Los municipios suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico. El Consejo Federal de Salud (COFESA) es el espacio de articulación institucional para la construcción de consensos, el establecimiento de metas y la adopción de políticas y decisiones compartidas entre sectores y jurisdicciones. El Gobierno Nacional tiene presencia en las provincias a través de las delegaciones del Ministerio de Salud, de la Superintendencia de Servicios de Salud, de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo y de la Superintendencia de las Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones. La Ley 25.233 modificó la Ley de Ministerios N° 24.190 y estableció la conformación organizativa y objetivos de las Secretarías y Subsecretarías que dependen de la Presidencia de la Nación, de la Jefatura de Gabinete de Ministros y de los Ministerios. El Ministerio de Salud se organizó con dos Secretarías y cinco Subsecretarías para afrontar la carga de trabajo institucional pero la emergencia sanitaria (Decreto n° 486, 2002) ha modificado este esquema.

El MSAS cuenta con diversos organismos descentralizados como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), el Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) y el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad. También depende del MSAS la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) creada en 1996 por el Decreto N° 1.615, que tiene a su cargo fiscalizar y supervisar el cumplimiento del ejercicio del derecho de opción de los beneficiarios del sistema para la libre elección de OS, la supervisión del PMO y el cumplimiento de las obligaciones de pago de los entes comprendidos en el Sistema respecto a los Hospitales de Administración Descentralizada. Por último dependen del MSAS como remanentes de las políticas de descentralización hospitalaria: el Hospital Nacional “Baldomero Sommer”, el Hospital Nacional “Profesor A. Posadas”, y la Colonia Nacional “Dr. Manuel Montes de Oca”¹ y, de algún modo, la entidad más numerosa del sistema de OS, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) cuyo presupuesto se ha reincorporado al Presupuesto Nacional a partir del 2002.

El sector de la salud en la Argentina se estructura sobre tres subsectores principales: a) un subsector público con financiación y provisión públicas, principalmente integrado por las estructuras adminis-

trativas provinciales y nacionales de nivel ministerial (responsables de la conducción sectorial en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones) y la red de Hospitales Públicos. El subsector público sufrió a lo largo de las últimas décadas un proceso de descentralización que ha desplazado la dependencia de los Hospitales Públicos nacionales hacia los niveles provincial y municipal. Otros organismos e instituciones tienen responsabilidades sobre la salud, variando su ubicación estructural y su grado de vinculación con los ministerios de salud según las jurisdicciones. Así, la salud ambiental suele estar en el ámbito de responsabilidad ministerial en las provincias, pero sólo representa un sector muy específico en el nivel nacional, donde existe una Secretaría de Estado responsable del tema ambiental. Las Fuerzas Armadas tienen su estructura propia asistencial, cada rama por separado, y producen algunos insumos como, por ejemplo, medicamentos. El área de educación es responsable de la formación de grado y postgrado en salud a través de las Universidades y Hospitales Universitarios. También mantiene servicios de sanidad escolar para acciones de prevención y promoción de salud. Las áreas de agricultura y ganadería son responsables del control de los alimentos y de la salud animal, entre otras la atención de epizootias tales como la fiebre aftosa⁹; b) un *subsector de seguro social obligatorio* organizado en torno a entidades que agrupan a los trabajadores según ramas de actividad denominadas Obras Sociales (OS). A su vez, el personal directivo y gerencial también se agrupa en diferentes OS, llamadas de personal de dirección, con iguales características y funciones que las de los trabajadores comunes. Otros organismos públicos, como las Fuerzas Armadas y los poderes legislativo y judicial tienen sus propias OS. Por otra parte, cada provincia tiene una OS que cubre a los empleados públicos de su jurisdicción. La mayoría de las OS brindan servicios a través de contratos con terceros prestadores, pues su capacidad instalada propia es muy escasa; c) un *subsector privado* que incluye tanto la oferta de profesionales de la salud independientes como la de establecimientos de salud (hospitales privados, clínicas, etc.) que atienden demandantes individuales pero, sobre todo, a los beneficiarios de las OS mediante acuerdos individuales y colectivos que prevén diferentes modalidades de pago de servicios. Asimismo, el sector privado comprende entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepagas. En 1994 existían alrededor de 300 de ellas que contaban con dos millones de beneficiarios y que manejaban un total de 2.500 Millones de dólares¹⁵. Este mercado también se concentró y según un estudio del 2001 en la actualidad operan 196 empresas de medicina prepaga (de ellas el 58% radican en la Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el Interior) y su facturación se redujo a 2.100 millones¹⁰. El 65% de los asociados son adherentes individuales y el resto son afiliaciones corporativas. Las diez empresas líderes del mercado concentran aproximadamente el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda. Además, las empresas más grandes tienen un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores.

Por último, debe mencionarse que entre 1995 y 1996 se diseñó un nuevo sistema para la protección contra los riesgos del trabajo, basado en el funcionamiento de operadores privados (Aseguradoras de Riesgo de Trabajo) que atienden las necesidades de prevención y reparación de los daños laborales. El sistema está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social¹¹.

La coexistencia de los tres subsectores mencionados no está exenta de dificultades. Se ha argumentado que la oferta pública subsidia indirectamente las ineficiencias de los otros subsectores. En la actualidad, ha incrementado la demanda en el sector público por la creciente desocupación, la crisis económica y la fractura de la cadena de pagos en los subsectores privado y de la seguridad social.

2.2 Recursos del Sistema

Recursos Humanos^{12, 13}

El número de graduados médicos ha descendido un 12.2%, pasando de algo más de 4.000 mil egresos a menos de 3.800 entre 1992 y 1998¹⁴. Durante el mismo período también disminuyeron ligeramente los egresados de Odontología y aumentaron los de Psicología. Hasta 1989 se formaban anualmente 500 enfermeras y a partir de ese año aumentaron los egresos hasta unas 1.000 enfermeras por año¹⁵. No se cuenta con información sobre las tendencias esperadas para el futuro inmediato.

EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SECTOR DE LA SALUD¹⁶

Tipo de Recurso	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000
	Nº total de Médicos	88.800	ND	ND	ND	108.800	ND
Nº. total de odontólogos	21.900	ND	ND	ND	28.900	ND	29.231
Nº total de Enfermeras(incl aux + empír)	69.000	ND	ND	ND	86.000	ND	140.000
Nº total de técnicos medios de Laboratorio	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Nº. de egresados de posgrado en Salud Pública	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Razón de médicos/10,000 hab.	26.8	ND	ND	ND	30.2	ND	ND
Razón de Enfermeras profesionales/10,000 hab.	5.4	ND	ND	ND	8.1	ND	ND

Fuentes: OPS, Indicadores Básicos 1998; M. Brangold: "Administración Estratégica y Servicios de Salud" Organización Panamericana de la Salud "Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985 - 1995. Análisis de situación y líneas de trabajo.", Buenos Aires, Publicación Nº 43, 1995; OPS/OMS, Recursos Humanos en Salud, septiembre 2000.

La formación en salud pública y administración en salud se realiza en una amplia gama de instituciones. En 1999 existían más de 60 entidades con programas de postgrado en estas áreas (instituciones académicas del área de ciencias de la salud, así como otras áreas universitarias, gremiales, hospitalarias, gubernamentales y otros) En su mayoría, son financiados directamente por los propios profesionales.

Medicamentos y otros productos sanitarios

En 1997 el gasto en medicamentos constituyó el 25% del gasto en salud (\$5.812 millones) y equivalió a cerca de \$150 por habitante o \$13 por habitante y mes. Del gasto total en medicamentos se calcula que el 73% es gasto directo de los hogares y el 27% es realizado por Instituciones (Clínicas, Prepagas, Obras Sociales y el INSSJyP)¹⁷

Los precios de los medicamentos han subido de manera sostenida desde 1991 por aumentos directos, introducción de nuevos productos, o por el mecanismo indirecto de reducir el contenido de los envases. Mientras que en 1992 se vendieron 482 millones de unidades con un valor de 2.575.000 millones dólares en 1996 las unidades vendidas fueron solo 406 millones con una facturación que llegó a los 3.644.millones de dólares. Es decir, a un descenso del 18,72% del número de unidades vendidas correspondió a un incremento del 41,51% de la facturación, por lo que el precio de la unidad promedio pasó de \$5.34 en 1992 a \$8.98 en 1996 (un incremento del 68,16%) La tendencia esperable en el futuro inmediato es que los precios continúen aumentando por efecto de la depreciación cambiaria. En términos generales, el costo de los medicamentos es una barrera a la accesibilidad al sistema e impacta seriamente por su participación tanto en el gasto total en salud como en el gasto de las personas. Según un estudio reciente hay muchas más barreras de acceso a los medicamentos que a los servicios de salud. El 84% de la población bajo línea de pobreza sólo accede a los servicios públicos y cuando adquieren medicamentos, el 45% lo hacen con sus propios recursos¹⁸. Este hecho se vincula con la carencia, en los últimos años, de una política de medicamentos que controle eficazmente el precio y la incorporación de nuevos productos. Esta a situación ha comenzado a revertirse en el 2002 mediante una muy activa agenda de políticas sobre los medicamentos por parte del MSAS. A partir de la devaluación del peso, los laboratorios han incrementado los pre-

cios al público. En el marco de la Emergencia Sanitaria el Gobierno Nacional acordó con la industria el mantenimiento de los precios de una canasta de 250 productos al nivel del mes de diciembre de 2001. Algunos insumos críticos como insulina han sido donados por gobiernos y organizaciones privadas. Se mantiene el funcionamiento del Banco de Drogas Antineoplásicas, que son de entrega gratuita para la población carenciada sin cobertura, así como la provisión de medicamentos para el SIDA. En este punto es crónica la presencia de conflictos con los usuarios al carecer temporalmente de determinados productos. Igualmente, existen planes para la entrega gratuita de medicamentos antituberculosos. De relevancia son los cambios registrados respecto de la política de genéricos. La tendencia tradicional ha sido el predominio de la marca y la escasa competencia por precio entre ellas. A partir del Decreto N°486/02 de Emergencia Sanitaria se impulsó la obligatoriedad de la prescripción por nombre genérico, así como la habilitación a sustituir por parte del farmacéutico. Además, en la reformulación del Programa Médico Obligatorio (PMO) se incluyó un vademécum de cerca de doscientos medicamentos esenciales por su nombre genérico y se estableció un precio de referencia para los mismos. Se espera que estas medidas produzcan una mayor competencia por precio y una expansión del segmento de genéricos.

La seguridad social financia parcialmente los medicamentos de los pacientes ambulatorios, totalmente los medicamentos de internación y aquellos otros asociados a enfermedades de alto costo y baja prevalencia. En los hospitales públicos se financian los medicamentos de internación y parcialmente, de acuerdo a las existencias, los medicamentos ambulatorios. Los seguros privados varían su cobertura según los planes contratados, llegando hasta el 80% en los medicamentos ambulatorios y a la cobertura total, salvo descartables, en la internación. De acuerdo al Programa Materno Infantil, que forma parte del PMO, se debe dar cobertura total al binomio madre/hijo durante el embarazo y el primer año de vida.

Los protocolos de tratamiento están avanzando en su elaboración y aplicación. El MSAS ha elaborado normas de tratamiento para diversas patologías. A partir de la reformulación del Programa Médico Obligatorio (PMO) su uso es obligatorio.

Se requiere la presencia de profesionales farmacéuticos en las farmacias, ya sea pública, privada o de la Seguridad Social.

Equipamiento y tecnologías

En 1997, el gasto estimado en aparatos terapéuticos y otros bienes durables fue de \$506 Millones (2,1% del gasto total en salud) La importación de equipamiento médico y otros insumos no durables excepto medicamentos, que se estimó en 1997 en \$248 Millones, descendió al compás de la recesión a \$194 millones en el 2001¹⁹.

Nuevas tecnologías para diagnóstico y tratamiento se han incorporado sobre todo en el sector privado. El equipamiento del sector público ha consistido en nuevos establecimientos financiados por créditos internacionales y en las remodelaciones y refuncionalizaciones de los establecimientos incluidos en los programas financiados por el Banco Mundial (Programa de Reversión del Sistema de Servicios de Salud) El último catastro sobre equipamiento fue realizado en 1998. La base de datos sólo cubre 14 jurisdicciones entre las que no se incluyen ni la Ciudad de Buenos Aires ni la Provincia de Buenos Aires, donde se concentra la mayor parte del equipamiento complejo. Hay sectores como el de hemodiálisis que han concentrado su propiedad en pocas empresas mediante la compra sistemática a los tradicionales grupos de profesionales especialistas. La información disponible se refiere a establecimientos con y sin internación, y a la distribución de camas según propiedad.

Camas Hospitalarias distribuidas según Dependencia Administrativa, 1980 y 1995

Datos Generales	1980	1995
Total General	145690	155749
Total Oficial	62,50%	54%
Total Obras Sociales	5,50%	2,80%
Total Sector Privado	32%	43%
Otras Mixtas	NA	0,05%
<i>Sector Oficial</i>	1980	1995
Total Oficial General	91034	84094
Nacional	11,60%	2,80%
Provincial	62,20%	65,70%
Municipal	18,57%	24%
Otras	7,60%	7,60%

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina. Dirección de Estadística e Información de Salud.

Puede observarse la disminución relativa de camas públicas, a favor del sector privado. En el sector público destaca la disminución de las camas nacionales y el incremento de las provinciales a partir del proceso de transferencia de establecimientos y servicios. La evolución de la distribución entre ambulatorios y hospitales por subsectores se muestra las siguientes tablas.

Establecimientos Asistenciales Según Dependencia Administrativa: 1980, 1990 y 1995

	Sin Internación ²⁰		Con Internación	
	1980	1995	1990	1995
Total General	6038	12775	3013	3310
Total Oficial	57,50%	45%	39%	37,20%
Total Obras Sociales	4,15%	1,30%	3,75%	1,66%
Total Sector Privado	38,35%	53,60%	57%	61%
Otras Mixtas	NA	0,12%	NA	0,09%

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas.

Establecimientos Asistenciales Según Dependencia Administrativa: Sector Oficial

	Sin Internación		Con Internación	
	1980	1995	1990	1995
Total Oficial General	3471	5740	1177	1231
Nacional	0,77%	0,16%	2,04%	0,57%
Provincial	76%	65,71%	73,80%	69,53%
Municipal	19,85%	30,76%	18,18%	19,25%
Otras	3,37%	3,36%	5,90%	10,64%

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas.

El proceso de descentralización ha incrementado la dependencia municipal de los establecimientos en el período considerado. Para 1999 se observa una consolidación de esta tendencia. No existe información respecto al estado de mantenimiento de los equipos, ni sobre el presupuesto de operación destinado a su conservación y mantenimiento en el nivel nacional.

El mantenimiento de los equipos está siendo tercerizado habiendo disminuido por el personal propio, que sólo cuenta con formación empírica.

Total de Establecimientos	Establecimientos con Internación				Establecimientos Sin Internación				Promedio de Camas Disponibles			
	Total	Na-cional	Provin-cial	Munici-pal	Total	Na-cional	Provin-cial	Mu-nicipal	Total	Na-cional	Provin-cial	Mu-nicipal
7428	1286	5	900	381	6142	2	3899	2241	76363	1594	52526	22243

2.3. Funciones del Sistema

Rectoría

El rol principal del MSAS ha sido la negociación intersectorial, el establecimiento de las políticas públicas y los marcos legales, el monitoreo, la difusión del conocimiento y otras funciones inherentes al nivel central. Luego del cambio de gobierno ocurrido a fines de 2001 se ha producido un rediseño del MSAS (Decreto N° 486 de febrero de 2002) que ha implicado una mejor articulación con las provincias. Cabe destacar especialmente el impulso al Consejo Federal de Salud (COFESA) el cual está integrado por los Ministros o Secretarios de Salud de las Provincias Argentinas y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Para las funciones de rectoría tiene un rol relevante la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) creada por Decreto N° 1615/96 del Poder Ejecutivo Nacional, como organismo descentralizado del MSAS. La SSS goza de autarquía administrativa, económica y financiera. Orienta su acción a: i) fiscalizar el cumplimiento del Plan Médico Obligatorio (PMO); ii) la aplicación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM) en los entes comprendidos en la seguridad social; iii) supervisar el cumplimiento del derecho de opción de los beneficiarios para la libre elección de su OS.

El MSAS realiza acciones programáticas conjuntas con otras autoridades sanitarias, ya sea para grupos específicos, para la promoción de la salud, para el desarrollo de políticas públicas saludables, para el cuidado de la salud ambiental, o para la prevención y control de enfermedades. Para sustentar sus acciones, el MSAS cuenta con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) que provee información obtenida desde las notificaciones mensuales de patologías transmisibles por jurisdicción. Los datos del SINAVE corresponden casi en su totalidad al subsector oficial, e incluye morbilidad de consultas externas, guardias e internación²¹. Ellos se complementan con los del Programa Nacional de Estadísticas de Salud sobre estadísticas vitales, de recursos y de producción de servicios, los cuales están casi reducidos a los establecimientos del subsector público.

Existen políticas definidas para la formación de los profesionales de la salud. Desde 1995 la Ley de Educación Superior establece una serie de requisitos para aquellas profesiones cuyo ejercicio está regulado por el Estado y que pudieran poner en riesgo, entre otros bienes, la salud de la población. Para estas carreras, denominadas “de riesgo”, la Ley establece procedimientos de acreditación que serán llevados a cabo por un organismo descentralizado del Ministerio de Educación (ME), la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitarias (CONEAU)²². La Ley también estableció que las carreras de postgrado - sean de especialización, maestrías o doctorados - deberán ser acreditadas por la CONEAU o por entidades reconocidas por el Ministerio de Educación. En 1998, se encontraba en proceso la primera acreditación de especialidades en Medicina. Por otra parte, el MSAS, a través del componente de Control del Ejercicio Profesional del PNGCAM está relacionado con el desempeño profesional de todo el equipo de salud, aunque dichas funciones están constitucionalmente reservadas a las provincias. Ello dificulta el análisis del número de médicos pues los profesionales están inscritos en tantas provincias como ejercen. También están elaborándose normas para la organización y funcionamiento de los servicios de salud, los cuales explicitarán los requerimientos de espacio, equipamiento, recursos humanos y procedimientos según niveles de riesgo.

La Agencia Nacional de Medicamentos y Tecnologías (ANMAT) actúa como ente regulador estatal en materia medicamentos y tecnológica, realizando tareas de fiscalización, control y vigilancia de la tecnología.

En el año 2001 la autoridad sanitaria de Argentina ha evaluado las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS. Estas son: (1) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; (2) Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; (3) Promoción de salud; (4) Participación de los ciudadanos en salud; (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública; (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos; (10) Investigación en salud pública; y (11) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.²³

Financiamiento y Gastos

Entre 1995 y 1999 el gasto en Salud en Argentina tuvo un incremento neto acumulado del 7.5%, lo que representa un promedio para dicho período del 2,15% anual²⁴. A partir de 1995 la participación del gasto en salud en el PIB ha ido cayendo año tras año; en el último quinquenio la caída fue del 7,5%. De forma similar, el gasto en salud como porcentaje del PBI ha caído de 9.13 % en 1995 a 8.45% en 1999.

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

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nación	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
Total	22.105	22.205	23.428	24.472	24.840	24.193	22.060

Fuente: Programa de Investigación Aplicada -PIA-Isalud.

Entre 1995 y 2001 se constata una fuerte variación en los años intermedios sin grandes cambios en los valores totales en los extremos. Sin embargo sí se alteró notablemente la composición del gasto y los mayores descensos corresponden a la seguridad social en su conjunto (INSSJyP, OSN y OSP). En conclusión, el impacto sobre el financiamiento sanitario de la fuerte recesión registrada en la Argentina a partir de 1998 es notorio. Las estimaciones del gasto para 2001 muestran una fuerte retracción y lo más probable es que esa tendencia continúe durante el 2002. A ello debe sumarse el impacto de la devaluación de la moneda a partir del fin de la convertibilidad en enero del 2002. El resultado de ambos efectos es que Argentina ha perdido su posición de país con mayor gasto per cápita en salud de la región²⁵.

Aseguramiento

Las estimaciones oficiales dan cuenta de la cobertura formal pero no siempre reflejan la cobertura efectiva para prestaciones tales como medicamentos, tratamientos de enfermedades crónicas, o de alta complejidad, o de duración prolongada. La Superintendencia Nacional de Servicios de Salud (SSS) se constituyó por Decreto N° 1615/96 en jurisdicción del MS, como organismo descentralizado, a partir de la fusión de la ANSSAL, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) Tiene a su cargo el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) por los agentes del seguro, así como asegurar la calidad y cobertura del

sistema y la recuperación de costos de los Hospitales de Gestión Descentralizada. La siguiente tabla muestra una distribución de la cobertura de atención según tipo de cobertura.²⁶

Cobertura del Sistema de Salud Según Subsector, 2001

Subsector	Millones de Habitantes	Porcentaje	
Obras Sociales (Solamente)	18,4	50%	11,6 son Obras Sociales Nacionales
Mutual y/o Prepagas (*)	2,9	8%	
Obras Sociales y Prepagas Doble Cobertura	1,5	4%	
Sólo Sector Público	13,7	38%	
TOTAL	36,6	100	

Fuente: Fundación Isalud. Año 2001. (*) Incluye medio millón de personas que solo tiene plan de emergencia médica.

En el cuadro siguiente se presenta la cobertura en cada subsector según quintiles de ingreso:

Cobertura del Sistema de Salud por Subsector, según Quintiles de Ingresos, 1997

	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
Obra Social	30,8%	54,1%	62,2%	67,9%	61,3%
Mutual y/o Prepaga	2,9%	5,5%	6,9%	10%	16,4%
Obra Social y Prepaga (Doble Cobertura)	1,4%	2,3%	4,9%	5,7%	13,3%
Solo Emergencia	1,3%	1,2%	1,6%	1,7%	1%
Sector Público	63,3%	36,7%	24,4%	14,6%	8%
Ingreso Medio Hogar	\$355,6	\$834,6	\$931,8	\$1.210,3	\$2.536,9
Ingreso Medio Per Capita	\$68,7	\$153,8	\$355,6	\$403,5	\$1.041,4

Fuente: SIEMPRO Apud. Tobar, F., 2001.

Las Obras Sociales, cubren una población de 18.3 millones de personas distribuidas en casi 300 instituciones de distinta magnitud e importancia. Así 20 agentes, alrededor del 7%, cubren 7.626.534 beneficiarios, algo más del 40% del total. Otras 43 obras sociales, alrededor del 15%, cubren a 9.446.015 beneficiarios algo más que el 51% de los mismos. Los valores máximos de cobertura privada voluntaria se dan en la región metropolitana y casi un 50% de población no está cubierta por ningún tipo de seguro en las provincias del Noreste (NEA)

COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA SEGÚN TIPO Y ZONA GEOGRÁFICA, 2000

Tipo de Cobertura	Metro-politana	NOA	Pam-peana	NEA	Cuyo	Patagónica	Total
Sin Cobertura	36,46 %	37,81 %	33,99 %	48,87 %	39,39 %	32,65 %	38,04 %
Obras Sociales	47,63 %	51,89 %	52,05 %	44,98 %	51,50 %	60,82 %	51,19 %
Afiliación Voluntaria	10,71 %	5,68 %	8,36 %	3,13 %	4,90 %	3,07 %	6,29 %
Obras Sociales y Afiliación Voluntaria	3,97 %	3,76 %	3,98 %	1,94 %	1,87 %	2,85 %	3,21 %
Cobertura de Emergencia	1,02 %	0,74 %	1,33 %	0,68 %	1,83 %	0,53 %	1,00 %
Otra Cobertura	0,03 %	0,02 %	0,22 %	0,30 %	0,19 %	0,06 %	0,13 %
Ns/Nr	0,17 %	0,10 %	0,06 %	0,10 %	0,34 %	0,02 %	0,13 %

Fuente: Elaboración de ACR y Asociados sobre datos de la ENGH y del INDEC..

El hospital público brinda cobertura a la población que lo solicite y de hecho actúa como un reaseguro para los otros subsectores pues aún se mantiene un flujo de atención sin cargo para población asegurada pese a la vigencia del Decreto 939/2000²⁷

Las entidades de medicina prepagada continúan sin un marco jurídico regulatorio adecuado pese a la existencia de numerosos anteproyectos legislativos e intensos debates al respecto. Completan las instituciones de aseguramiento aquellas que cubren los riesgos de trabajo, nucleadas en torno a la Superintendencia de Riesgos de Trabajo, así como las AFJP que cubren jubilaciones e incluyen retiros por discapacidad.

2.4. Provisión de Servicios²⁸

Servicios de salud poblacional:

En el sector público, tanto el MSAS como los provinciales y algunas municipalidades grandes prestan estos servicios mediante programas tales como el de Maternidad e Infancia, de Salud de la Mujer, de Comunicación Social, de Educación para la Salud, de Reorientación de la práctica asistencial en las redes de servicios; de Promoción y Protección de la calidad del aire, la salud del trabajador; de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles (por ejemplo, el Programa Nacional Ampliado de Inmunizaciones, y los de lucha contra el cólera, tétanos neonatal, lepra, difteria, rabia humana, sarampión, enfermedad de Chagas, Retrovirus Humano y SIDA²⁹, el de erradicación de la polio, el sistema de monitoreo de patologías emergentes o re-emergentes, y el Programa de Erradicación de las Escuelas Rancho.

Los programas de vacunación se coordinan con las distintas jurisdicciones. En 1996, según datos del Ministerio los porcentajes de cobertura de vacunación en menores de un año fueron: DPT, 82,8%; Polio, 89,7; BCG, 123,6% y Sarampión, 102,9%. Las áreas de saneamiento del medio y de Educación para la Salud son ejemplos de intervenciones poblacionales cuya ejecución se coordina con las jurisdicciones.

Servicios de atención individual:

La mayor parte de las prestaciones de individuales salud son ejecutadas por el sector privado al cual compran servicios las Obras Sociales. El MSAS ha transferido la gran mayoría de sus servicios a las jurisdicciones locales. No obstante, mantiene programas para la formación de personal, apoyo técnico, elaboración de normas y prestación directa de algunos servicios. En 1999, el subsector público realizó 81.973.049 consultas médicas y 2.173.140 egresos hospitalarios. Según datos del MSAS, en 1997 el número de pacientes/día de los establecimientos asistenciales del subsector público fue 18.173.057 y el promedio de días/cama disponibles fue 77.005. En 1996 el porcentaje de partos atendidos en establecimientos asistenciales fue 97% (con variaciones de 99,8% en San Luis a 83,0% en Formosa)

Calidad:

La calidad de los servicios no se conoce en términos sistemáticos. Debe destacarse que tanto el Gobierno Nacional, a través del Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica, como organizaciones privadas (tales como ITAES, Sociedad Argentina de Auditoría Médica, Programa de Calidad por Educación a Distancia, la Fundación Donabedian y Medicina y Sociedad) dedican recursos para mejorar la atención. Los resultados en términos de la relación gasto/beneficio indican que el impacto de los esfuerzos deberá ser potenciado. La Resolución 857/93 del MSAS estableció los Comités de Ética Médica dentro del marco del PNGCAM, los cuales son obligatorios en los Hospitales de Gestión Descentralizada (HGD) que se incorporen al régimen así como también dentro de los Establecimientos Nacionales.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1 Seguimiento del proceso

Seguimiento de la dinámica:

En las últimas décadas, desde distintas perspectivas y a través de diferentes estrategias, se plantearon políticas públicas tendientes a corregir la fuerte fragmentación del sistema y a reordenar los recursos para mejorar la cobertura y accesibilidad a la salud de la población: el Sistema Nacional

Integrado de Salud (SNIS) en los años 70, los acuerdos de la Comisión Paritaria Nacional Ley 19.710 y el Seguro Nacional de Salud en los años 80. A partir de 1993, los distintos gobiernos con el apoyo de los organismos de crédito internacional y la OPS/OMS iniciaron la Reforma Sectorial en Salud. Los ejes centrales de la misma fueron: asegurar un conjunto de prestaciones básicas a toda la población; dar mayor eficiencia a los recursos disponibles; introducir elementos de mercado y competencia entre efectores y seguros; estimular el financiamiento desde la demanda, y mejorar la calidad de los servicios.

En una primera etapa, se inició la reconversión de las Obras Sociales (OS), en particular las sindicales, a fin de que los beneficiarios pudieran desvincularse de la entidad correspondiente a su rama de actividad y pudieran elegir otra OS. Ello ha hecho disminuir el número total de OS y facilitó su asociación con las entidades de seguro médico privado (Prepagas). Ello conllevó la elaboración de una canasta estandarizada de prestaciones conocida como Programa Médico Obligatorio (PMO)

Para el financiamiento de los programas de reforma, el MSAS negoció préstamos y cooperación técnica con los organismos multilaterales de crédito. Para acceder a ellos, las OS debieron presentar planes de modernización institucional, de actualización del padrón de afiliados, de gerencia moderna y de garantía del PMO. Tales planes fueron elaborados por consultoras privadas mixtas (internacionales asociadas con nacionales) con financiamiento del Banco Mundial^{31,32}. También fueron afectadas las Empresas de Medicina prepaga en aspectos referidos a normativa, regulación, prestaciones obligatorias, recursos de amparo, y otros. Otros actores involucrados fueron los hospitales públicos. Las nuevas normativas promovieron la descentralización funcional de los mismos, el incremento de su capacidad de autogestión institucional y la elevación de su nivel de eficiencia y eficacia.

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

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

El marco regulatorio de las OS Nacionales contenido en el decreto 446/2000 fue suspendido por el Decreto 377/2001, dado que numerosas instituciones habían logrado, con reclamos ante la justicia, detener su aplicación, especialmente en lo referido a la libertad de elección de entidad aseguradora entre las OS y las Empresas de medicina prepaga.

Actualmente en el marco del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y de la puesta en marcha de políticas sociales para enfrentar la emergencia social se busca universalizar el acceso a los medicamentos. Igualmente, fortalecer la estrategia de atención primaria de salud, y garantizar la continuidad de la provisión de insumos hospitalarios para los hospitales públicos.³⁰ El PMO ha debido ser igualmente reformulado.

Seguimiento de los contenidos:

Marco jurídico: En 1993, se convocó a la Convención Constituyente que produjo la reforma de la Constitución. En ella quedó establecido el derecho a la protección de la salud y a gozar de un ambiente sano, debiendo las autoridades proveer el resguardo de estos derechos y el control de la calidad y eficiencia de los servicios públicos. También se fijó el respeto de los Tratados Internacionales en los que referido al derecho a la preservación de la salud.

El proceso de RS fue acompañado en su momento por el desarrollo de un gran caudal de normas pero escasa ejecutividad y liderazgo frente a los protagonistas del sector. Así, el cuerpo normativo presenta problemas como: ausencia de reglamentación, dispersión de las estructuras de aplicación, responsabilidad compartida con otros niveles jurisdiccionales con incipiente coordinación, y carácter básicamente indicativo de muchas normas y procedimientos debido a que la organización federal del Estado requiere la colaboración con las Provincias para hacerla ejecutivas.

Los cambios institucionales ocurridos a partir del año 2002 han derivado en una reestructuración del MSAS que apunta esencialmente a desprenderse de las funciones de administración de servicios y en tareas de planificación y coordinación de los organismos provinciales.

Derecho a los cuidados de salud y el aseguramiento: Las políticas nacionales consideran la necesidad de mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la efectiva extensión de cobertura a toda la población, con acciones del mejor nivel de calidad posible y el menor costo económico y social.

El PMO fue incorporado al Sistema del Seguro de Salud en función de lo establecido por el Decreto N° 492/95. Una Comisión intersectorial tuvo a su cargo la elaboración del Programa. Se estableció un período de seis meses desde su aprobación para que comenzara a ser exigible. El Decreto N°247/96 aprobó la canasta del Programa Médico Obligatorio (PMO) cuya no cobertura por parte de un agente de seguro implicaría su fusión con otro u otros agentes. El PMO garantiza prestaciones de prevención, diagnóstico, tratamiento médico, odontológico y medicamentos. No admite períodos de carencia, como tampoco modificar los valores de los coseguros estipulados en él. Las prestaciones no incluidas podrán ser brindadas a través del mecanismo de la excepción. El organismo encargado de controlar el cumplimiento del PMO y del Cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica es la Superintendencia de Servicios de Salud. En la actualidad, habida cuenta de la emergencia sanitaria aprobada por el mencionado Decreto n° 486/02, se está estructurando un conjunto de prestaciones sanitarias esenciales garantizadas capaces de ser solventadas con los recursos disponibles.³¹ El Decreto N° 446/2000 establece que se considerará un seguro para patologías de alto costo y baja incidencia, el mismo reemplazaría a la Administración de Prestaciones Especiales (APE)

Rectoría: La unidad responsable en el diseño de la reforma ha sido el MSAS. La evaluación del desempeño de las funciones esenciales de salud pública (FESP) en la Argentina efectuada siguiendo el instrumento de evaluación impulsado por OPS/OMS en 2001 reveló que las funciones de *Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, y de Reducción del impacto de*

emergencias y desastres en salud obtuvieron los resultados más altos. Presentaron resultados mínimos de desempeño las funciones relativas a *Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, y Participación de los ciudadanos en salud*.³²

Separación de funciones: A partir del último cambio de autoridades nacionales y acompañado por una fuerte presión provincial en ese sentido, se están revisando los roles de la autoridad nacional, provincial y local en la gestión de los servicios de salud. El MSAS asumiría la responsabilidad de asignar políticas, del control general del sistema, de la normalización de los procedimientos y de la función epidemiológica, eliminando el rol de prestador servicios de salud.

Modalidades de descentralización: En cuanto a la reestructuración del sector hacia la federalización y la descentralización, el MSAS busca transferir a las provincias y municipios los servicios de atención médica que aún permanecían bajo su jurisdicción.

Participación y control social: En el nivel nacional existe el COFESA, integrado por las autoridades sanitarias nacionales y de las distintas jurisdicciones del país, además de diferentes entidades no gubernamentales con protagonismo sectorial. En algunas jurisdicciones existen Consejos Locales (CLS) y Consejos Zonales de Salud (CZS) Los primeros tienen un papel decisorio en la definición e implementación de las políticas locales complementarias de las determinadas en los niveles zonales y provincial. Cumplen un rol de órgano político y sus acciones refieren al conjunto de la problemática sanitaria de cada nivel, manteniendo una interrelación permanente y concertada con las otras instancias. En su composición, además de los miembros técnicos, incluyen representantes comunitarios y de los trabajadores de salud. Los CZS son también organismos políticos responsables de la relación entre las comunidades y los hospitales de la zona con la instancia superior jurisdiccional. Constituyen un ámbito de discusión de la problemática zonal de salud. Están integrados por miembros técnicos y representantes de los CLS y de los trabajadores de salud.

Aun cuando no se haya difundido su efectiva aplicación, la normativa del Hospital Público de Autogestión prevé que en los establecimientos de mediana y alta complejidad la Dirección sea secundada por un Consejo Técnico Asesor y un Consejo de Administración con participación social cuya constitución, atribuciones y obligaciones e integraciones sean definidas, en cada caso, por la autoridad sanitaria jurisdiccional¹⁶. Diversas Provincias han implementado reformas hospitalarias tendientes a la incorporación de Consejos de Administración con participación de los trabajadores profesionales y no profesionales del mismo, así como de representantes de la Comunidad³³.

Financiamiento y gasto: Los programas de fortalecimiento institucional con financiamiento externo que implementa el MSAS tienen un fuerte componente orientado a mejorar los sistemas de información sobre gasto y financiamiento, especialmente a través del desarrollo de procedimientos para perfeccionar el sistema de cuentas nacionales. Un elemento relevante fue la unificación en 1991 de la recaudación de las OS a través de la D. G. Impositiva del Ministerio de Hacienda.

También se redefinió el Fondo Solidario de Redistribución, creado en la década de los 70 y al cual todas las OS aportaban obligatoriamente un 10% de sus ingresos. El Fondo era destinado a compensar a las OS de menores ingresos pero su manejo se hacía en forma discrecional. Por Decreto N° 292/1995 se modificaron las funciones de redistribución, dándole un carácter automático. Luego el Decreto N°492/95 garantizó a cada OS un monto de ingresos mínimo prefijado de \$40 por titular. Posteriormente el Decreto 1400/2001 cambió el monto garantizado a \$20 per cápita por el titular y \$12 por cada familiar a cargo. Otro elemento fue la incorporación de un flujo financiero que com-

pensa los subsidios indirectos del subsector público a las Obras Sociales. Los servicios de salud han sido tradicionalmente gratuitos y universales en Argentina. En ocasiones los beneficiarios de las OS o de las empresas prepagas acudían a los hospitales públicos en donde eran tratados sin generar ningún costo para las entidades aseguradoras. De esta manera se estaba subsidiando desde el Estado a las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepagas. Por medio del Decreto N°578/93 se establece el Registro del Hospital Público de Autogestión (HPA) incluyendo un sistema de pago automático para las prestaciones debidas por los Agentes del Seguro de Salud a los HPA³⁴.

Oferta de servicios: La casi totalidad de los prestaciones brindada por las OS se hace a través de prestadores privados. Dependiendo de iniciativas individuales, en los distintos subsectores y jurisdicciones se ha ido observando en los últimos años una diversificación de la oferta hacia nuevas modalidades de atención: internación breve, hospital de día, y otros¹⁷. Paralelamente, en los subsectores de OS y privado se observa una reorganización de los servicios orientada a una reducción de costos, que ha conllevado - más en el discurso que en la realidad - a la jerarquización del médico general y del médico de familia. Además, se están desarrollando programas materno-infantiles focalizados en grupos con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y se promueve la recuperación nutricional y complementación alimentaria para la embarazadas y los niños menores de seis años.

Modelo de gestión: Hacia 1998, se inició la discusión acerca de los contratos o compromisos de gestión entre los diferentes niveles del subsector público de atención de la salud. La compra y venta de servicios a terceros encuentra su marco legal en la normativa de los hospitales de gestión descentralizada (HGD, antes HPA) que establece la posibilidad de que los mismos firmen convenios con entidades de la seguridad social u otras, de que cobren servicios a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores, y de que se integren en redes de servicios. Para facilitar la facturación de los hospitales públicos se establecieron aranceles modulares (Resolución MS n° 282/93 y sus actualizaciones). La descentralización de la gestión hospitalaria ha conferido flexibilidad administrativa a los directores permitiendo a las autoridades locales privatizar algunos servicios (alimentación, limpieza, etc.)

Recursos humanos: Los HGD pueden designar, promover y reubicar al personal dentro de las estructuras aprobadas, así como sancionar conforme a las normas vigentes en cada jurisdicción y aceptar las bajas por cualquier concepto. Además, el Decreto de creación prevé la creación de un fondo de redistribución mensual entre todo el personal del hospital, de acuerdo con las pautas que la autoridad jurisdiccional determine según criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Calidad y evaluación de tecnologías en salud: El PNGCAM establece nuevos procedimientos para la habilitación, acreditación y categorización de los establecimientos asistenciales, la certificación y recertificación profesional, la fiscalización y control sanitario y la evaluación de la calidad de la atención médica y de los servicios. Su cumplimiento es discutible ya que esas funciones pertenecen a las provincias. En 1993, se estableció un Consejo Permanente encargado de establecer las pautas generales y requisitos básicos del PNGCAM. De acuerdo a sus normativas el HPA deberá cumplir los requerimientos mínimos que se establezcan en el PNGCAM. El Decreto N° 1.424/97 dispone además que las normas de atención aprobadas en el PNGCAM serán de observación obligatoria para las OS pertenecientes a la ANSSAL y los HGD en las jurisdicciones y entidades que adhieran al mismo. Las reglamentaciones del subsector privado establecen que las Empresas prepagas deberán cubrir en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas “prestaciones obligatorias” dispuestas para las OS y estarán sujetos a idénticos controles que éstas. La ANMAT tiene la atribución

de controlar o fiscalizar todos los elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías biomédicas y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana, así como también de ocuparse de los procesos de aprovisionamiento, producción, fraccionamiento, importación, exportación, y comercialización de productos y materiales utilizados en la medicina, alimentación y cosmética humana. En la actualidad se perfecciona el sistema de vigilancia de tecnología médica.

3.2 Evaluación de Resultados

No se dispone de información sistemática para evaluar los resultados de los procesos mismos de reforma³⁵. Existe el convencimiento de que el avance en la reforma sectorial se ha visto limitado por diversos factores: A) La retracción de los recursos antes de la consolidación de la desregulación. B) Los juegos de fuerza entre diferentes actores así como los avances y retrocesos que alimentaron la incertidumbre en lugar de instaurar una imagen objetivo clara del escenario pos reforma. C) La insuficiente planificación estratégica de la Reforma: por un lado, no se evaluaron los correspondientes escenarios económicos y financieros y los niveles de sustentabilidad de las medidas; por el otro, se dejó a los usuarios, prácticamente, al margen de la reforma. No hubo una propuesta integradora que contemple los tres subsectores y a todas las provincias; ni siquiera, se dio el debate necesario para ello. La fragmentación del sistema y el carácter federal de la Argentina (con la característica de la protección y atención de la salud como función de gobierno de los niveles nacional, provincial y municipal) tienden a la dispersión y superposición de esfuerzos con bajos niveles de coordinación. Los mayores avances lo constituyen la introducción de la competencia en las OS nacionales y el establecimiento de un Programa Mínimo a ser garantizado por todas ellas. Los reclamos que aún hoy se suceden con respecto a la reforma o a la desregulación de las OS son prueba fehaciente de que ninguna de las estrategias tuvo éxito pleno en lograr su cometido. No obstante, debería considerarse el marco económico social en que la misma se planteó.

Equidad

El estudio sobre equidad en salud en la República Argentina expone en términos generales las condiciones de inequidad del sistema de salud³⁶. Los indicadores de resultados y las comparaciones de los mismos en función del nivel de ingreso señalan disparidades importantes en cuanto a las posibilidades de acceso al sistema y, sobre todo, en relación con el nivel de gastos y resultados. Por otra parte es conocido que la inequidad sectorial está relacionada no sólo a los niveles de pobreza sino fundamentalmente a las diferenciales de acceso. La concentración e incremento de la riqueza en los niveles de mayor ingreso y la creciente pauperización de los sectores medios y bajos da un marco extrasectorial a la equidad en salud. La introducción acrítica de ideas de mercado y competencia, sin el aconsejable acompañamiento de controles efectivos, ha instalado en el sector un quiebre en los vínculos de solidaridad estructural y personal. Los datos sobre distribución de los recursos financieros en el sector y el del gasto de bolsillo de la población dan cifras referenciales al tema.

Sin embargo que la búsqueda de la equidad en el Sistema de Salud aparece como una política de estado, apoyada expresamente por los actores protagónicos del sistema, incluidas varias sociedades científicas. El incremento constante de los precios de los medicamentos y su alto costo es un elemento objetivo en lo que hace a las posibilidades de acceso equitativo al sistema.

Efectividad y Calidad. No existe una información sistemática referida a las variaciones de efectividad y calidad del sistema como consecuencia del proceso de reforma. Es oportuno reiterar lo señalado en relación con la baja efectividad de los recursos sectoriales en relación a sus indicadores de resultado y las actividades y programas instrumentados en función de estos objetivos. Deben destacarse los esfuerzos sistemáticos que se realizan para asegurar la calidad del recurso humano en el

sector y la calidad de los establecimientos. La categorización de establecimientos y la certificación profesional son dos realidades de impacto en el sector con entidades tales como la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Médica Argentina, los distintos núcleos profesionales por especialidad y los colegios profesionales trabajando en el tema. El Programa Nacional de Calidad da una cobertura gubernamental a estos esfuerzos.

Eficiencia. Una de las características centrales del sistema de salud argentino ha sido su baja eficiencia en función de los recursos disponibles. Una perspectiva favorable la plantea la toma de conciencia general sobre el tema y la existencia de una inversión sistemática a lo largo del país tanto del área pública como privada en capacitar recursos humanos en gerencia y administración de salud.

Sostenibilidad. El proceso de reforma como tal es una política de estado que permite ser optimista en su sostenibilidad en la medida en que se adapte a las necesidades y posibilidades de la población y las instituciones. Es preocupante la aparente ruptura de la cadena de pagos en la seguridad social, en relación con los prestadores, y aparece como un fenómeno novedoso la presentación a concurso de acreedores y aún la quiebra de OS sindicales, sanatorios y otras instituciones sectoriales. La falta de niveles de control efectivos permite la persistencia de niveles de corrupción elevados y cuasi estructurales, en donde gerencadoras fantasmas y contratos incumplidos aparecen como situaciones de creciente habitualidad. El nuevo escenario en que se debate la realidad económica social del país parecen señalar que las medidas de reforma se centran en tres ejes principales: mejorar el gerenciamiento de los recursos; asegurar la calidad de las prestaciones y sostener valores éticos en el planteo y desarrollo del sistema. Esto incluye una mayor transparencia en la asignación y uso de los recursos; una reorientación del sistema hacia la atención primaria de la salud y énfasis en los aspectos de promoción y prevención.

Participación y Control Social. Se han registrado formas diversas de participación en el proceso de reforma. En lo referido a la desregulación de las Obras Sociales, su dirigencia es sistemáticamente consultada en cuanto a las modificaciones del régimen y numerosas han sido las negociaciones en el tema. En calidad la participación de instituciones como la Asociación Médica Argentina, la Academia de Medicina los Colegios Profesionales y otras instituciones académicas y gremiales es habitual. La regulación de las entidades médicas privadas de prepago, todavía pendiente, se discutió en sesiones abiertas de consulta en el Senado de la Nación. Los Hospitales de Gestión Descentralizada prevén formas de participación del personal y la comunidad.

Recientemente y en el contexto de la emergencia sanitaria, se han generado instancias de participación social de mayor importancia, a partir de la convocatoria del MSAS a un "Acuerdo por la Salud". Dicha convocatoria fue realizada en el ámbito de la denominada "Mesa de Diálogo Argentino", espacio de discusión pública en el que se encontraron representados los diversos sectores de la sociedad - Gobierno Nacional, Gobiernos Provinciales, Centrales Sindicales y Obras Sociales, Iglesia, Academia de Medicina, entidades que agrupan profesionales de médicos, farmacéuticos, bioquímicos y Sociedades Científicas, Cámaras empresariales de seguros privados y Clínicas-. Ello derivó en la constitución de "Mesas Sectoriales" - de Prestadores y Financiadores; de Medicamentos; de Financiación y Gasto; y de Recursos Humanos en Salud- abocados a la discusión de problemas específicos que afectan el área de la de la Salud así como de sus soluciones posibles.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- ¹ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 1995. *Anuario estadístico de la República Argentina*. INDEC, Buenos Aires.
- ² Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y el CELADE.
- ³ PAHO/WHO, Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2001.
- ⁴ Ginés González García, La Emergencia en Salud: Diagnóstico y Respuestas, Ministerio de Salud de Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).
- ⁵ Sociedad Argentina de Pediatría-UNICEF. 2001. *Salud materno-infanto-juvenil en cifras*. Buenos Aires
- ⁶ Ministerio de Salud y Acción Social /OPS-OMS: *Indicadores básicos* [Documento de trabajo], Buenos Aires, 1996.
- ⁷ Hilda González de Duhalde, Plan Social de la República Argentina, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).
- ⁸. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS): “Argentina”, en: “Condiciones de Salud en las Américas” (CSA), Vol. II, Washington DC, 1998
- ⁹ SENASA: Servicio Nacional de Salud Animal.
- ¹⁰ Tobar, Federico. “Economía de la reforma del Seguro de Salud en Argentina”. Documento de trabajo. Programa de Investigación Aplicada Isalud. Mayo 2001. Disponible en <http://www.isalud.org>
- ¹¹. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Superintendencia de Riesgos del Trabajo: “Boletín mensual”, Buenos Aires, Año 1, N° 1, 2 y 3, 1996
- ¹² Mera, Jorge A. 1978. Número y distribución de médicos en la Argentina. *Medicina* (Buenos Aires) 38: 308.
- ¹³ Zalduendo, Eduardo A. et al. 1962. *Oferta de mano de obra especializada universitaria y técnica de la República Argentina*. Editorial del Instituto Di Tella, Buenos Aires.
- ¹⁴. OPS/OMS: “CSA” Tomos I y II, 1994
- ¹⁵. OPS/OMS: “Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo”, Buenos Aires, Publicación N° 43, 1995
- ¹⁶ http://observatorio_rh.tripod.com
- ¹⁷ ISALUD. “El mercado de medicamentos en Argentina”. *Estudios de la Economía Real N° 13*. Buenos Aires. 1999.
- ¹⁸ Tobar, Federico. “El acceso a medicamentos en Argentina y las políticas para mejorarlo”. Asociación de economía de la Salud. XI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. La falda, abril de 2002.
- ¹⁹ Programa de Investigación Aplicada -PIA-Isalud.
- ²⁰ Entre los establecimientos sin internación se incluyen aquellos que cuentan también con internación breve u hospital de día.
- ²¹ MSAS: “Boletín epidemiológico nacional N° 2”, Buenos Aires, 1994
- ²² Ministerio de Cultura y Educación: “Ley de Educación Superior”, Buenos Aires, 1995
- ²³ En colaboración con el Centro Latinoamericano de Investigación en Servicios de Salud (CLAISS), y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud de los Estados Unidos (CDC). OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.
- ²⁴ Tobar, Federico (Coordinador). 2002. *El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo. Serie Ediciones Isalud N° 5*. Buenos Aires
- ²⁵ Ver: TOBAR, Federico (coordinador). “El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo”. *Serie Ediciones Isalud N° 5*. Buenos Aires. 2002.
- ²⁶ Encuesta Permanente de Hogares del INDEC.
- ²⁷ Bello, Julio N. 1972. *Financiación de la salud y solidaridad*. Revista de Salud de la Pcia. de Buenos Aires.
- ²⁸ Medicina y Sociedad. 1986. Panel sobre la atención médica en el Área Metropolitana. *Medicina y Sociedad*, vol. 9, pp. 210.
- ²⁹. OPS/OMS: “Informe ONUSIDA” [Documento de trabajo], Buenos Aires, 1997
- ³⁰ Hilda González de Duhalde, Plan Social de la República Argentina, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación Argentina (presentación en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).
- ³¹ Ginés González García, La Emergencia en Salud: Diagnóstico y Respuestas, Ministerio de Salud de Argentina (conferencia presentada en OPS/OMS, Washington DC, abril 12, 2002).
- ³² Ministerio de Salud de la Argentina y OPS/OMS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública ejercidas por la Autoridad Sanitaria de la Argentina. Informe Preliminar, noviembre 2001 (mimeo).
- ³³ La Ley de Descentralización Hospitalaria de la Provincia de Santa Fé y de la Provincia de Buenos Aires incorporan estas figuras. En el caso de la primer, prevee la incorporación de un representante de la comunidad, inclusive, con salario. En el caso de esta última, la Ley 11.072 de Descentralización Hospitalaria de la Provincia de Buenos Aires plantea el desarrollo de Comisiones Asesoras integradas por representantes de la comunidad que asesoran al Consejo de Administración.
- ³⁴ Se establece la obligación de saldar el pago de lo facturado por el HPA dentro de los treinta días corridos presentada la liquidación mensual y del 1 al 15 del mes siguiente a la presentación (Decreto N°578/93). Vencido dicho plazo se procede automáticamente al débito de los facturado de la cuenta del Agente del Sistema Nacional de Salud correspondientes, y al pago dentro de los quince días hábiles
- ³⁵ Diversos estudios internacionales (Mills y Vaugham, 1989) demostraron que las reformas basadas en estrategias descentralizadoras precisaron más de diez años para registrar un impacto significativo sobre el sistema de salud.
- ³⁶ Bortman Marcelo; Verdejo Guadalupe; Juan Manuel Sotelo. 1999. *Situación de la Equidad en Salud*. OPS/OMS, Buenos Aires.