

El sistema de salud argentino: los actores, el Estado y el financiamiento*

Por Graciela E. Asorey

1. Introducción

El mercado de salud posee características particulares, pues se trata de un mercado imperfecto, en el cual quien consume no elige (beneficiario), el que prescribe no paga (médico) y el que financia, total o parcialmente, no recibe el servicio (financiadores).

Como consecuencia, existen intereses contrapuestos debido a que quien paga tendrá como objetivo minimizar sus costos; quien consume querrá lo mejor para sí, recurriendo a un tercero que le proporcione el conocimiento disminuyendo la asimetría de información y, por último, quien decide –influido por los incentivos, el marketing y la amenaza de juicios por mala praxis– no reparará en los costos de su práctica.

Por otra parte, el costo se ve distorsionado por el gasto que provoca la “no calidad” de los servicios producidos, fundamentalmente, por tres factores que se enuncian y describen a continuación: mala administración y gestión, falta de planificación en la necesidad de los recursos humanos e ineficiencia en el manejo económico-financiero.

Nuestro país tiene una estructura política federal, lo que determina que en el área salud el Ministerio de Salud de la Nación sólo tiene funciones de rectoría, asesoramiento y orientación técnica a las jurisdicciones subnacionales. En la realidad maneja los programas (p.ej., salud sexual y procreación responsable, entre otros), los hospitales públicos descentralizados y el PROFE.

Cuando hablamos de hospitales descentralizados nos referimos a: el Hospital Posadas, el CENARESO (adicciones), el SOMMERS (antiguo leprosoario u hospital polivalente), la Colonia Montes de Oca (salud mental), el Servicio Nacional de Rehabilitación SNR (discapacidad), el Psicofísico del Sur INAREPS (rehabilitación motora).

Por medio del Consejo Federal de Salud (COFESA) promueve la concertación de las políticas sanitarias, recayendo la responsabilidad del suministro de las prestaciones a las provincias o municipios, según corresponda. Asimismo, cabe mencionar que el sistema de salud se completa con efectores de la seguridad social nacional, provincial, Fuerzas Armadas, universidades y empresas de medicina prepaga, mutuales y cooperativas.

* Extraído del artículo publicado en Microjuris. [Bibliografía recomendada.](#)

Tabla 1. Población según cobertura de salud en Argentina. Tipo de cobertura

Tipo de cobertura	Millones de personas	%
• Obra Social	17,5	44,76%
• Prepaga	2,8	7,16%
• Doble cobertura	1	2,56%
• Solo servicios públicos	17,8	45,52%

La República Argentina cuenta con una población de casi 40 millones de habitantes y un gasto en salud del 7,43% del PBI (año 2004).

Tabla 2. Evolución del gasto total en salud % del PBI

Año	Gasto total en salud - \$ mil	PBI	%
1995	21012	258032	8,14%
1996	21106	272150	7,76%
1997	22804	292859	7,72%
1998	23391	298948	7,82%
1999	23944	283523	8,45%
2000	23401	284204	8,23%
2001	22447	268697	8,35%
2002	23639	312580	7,56%
2003	27833	375705	7,41%
2004	30338	408391	7,43%

La esperanza de vida al nacer es de 74,9 años; este no es un dato menor, pues las crisis económicas y el desempleo desfinanciaron el sistema de seguridad social nacional, y en algunos casos el sistema público debe afrontar la atención de los adultos mayores (personas mayores de sesenta y cinco años), sin la infraestructura y la capacitación adecuadas.

Trataremos de reflejar la realidad del financiamiento del sistema de salud en la República Argentina y su gran fragmentación.

El federalismo de nuestro país provoca una gran inequidad por el marco jurídico de las provincias con la Nación y políticas públicas muy dispares para el tratamiento de enfermedades crónicas.

2. Actores y roles dentro del sistema

A continuación veremos como se cubre la demanda de salud de la población:

a) Subsistema de servicios públicos abierto a toda la población. Según las zonas del país, los pacientes sin cobertura que recurren a él constituyen entre un 50% y un 80% de la demanda de cada hospital.

b) Las dos terceras partes de la población se atienden por medio de la seguridad social (obras sociales) o aseguradores privados (medicina prepaga o mutuales).

c) El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados o PAMI de origen estatal que cuenta con aproximadamente 3.500.000 millones de beneficiarios.

d) Obras sociales de empleados públicos provinciales.

e) Obras sociales de las Fuerzas Armadas, Policía y universidades.

Cada uno de los subsectores, precedentemente expuestos, atiende la siguiente población.

Subsector público. A él concurren personas que no poseen cobertura (desocupados, indigentes, trabajadores independientes), o que poseen alguna cobertura, pero por su situación económica no pueden acceder a los lugares o centros que les ofrece su cobertura.

El hospital público, en menor grado, actúa como prestador del sistema de seguridad nacional y de las empresas de medicina prepaga.

Es de destacar que existe un porcentaje cercano al 50% de personas sin cobertura en salud.

El subsector desempeña funciones de provisión directa de servicios por medio de hospitales y centros de salud nacionales. Los gobiernos provinciales y municipales tienen hospitales y otros establecimientos de atención bajo su jurisdicción.

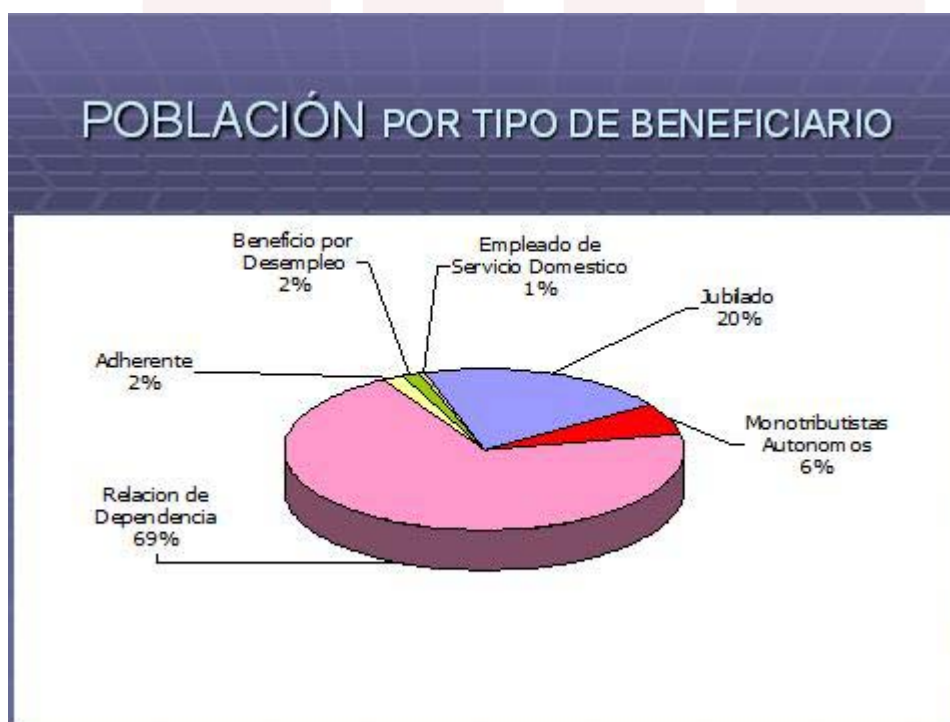
También asume los roles de conducción, regulación y control del sistema, la provisión de bienes (información, inmunizaciones, acciones sobre el medio ambiente), de atención médica y el financiamiento de la mayor parte de estos servicios.

Este subsector está compuesto por el Ministerio de Salud Nacional (MSAL) y 24 Ministerios de Salud provinciales (o equivalentes) y sus organismos dependientes centralizados o descentralizados. Además, forman parte otros organismos públicos que realizan acciones vinculadas a la atención de la salud, aunque dependan jerárquicamente de otras áreas del gobierno, como el programa de atención de la salud para beneficiarios de pensiones no contributivas y los programas de sanidad de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.

Subsector de obras sociales. Conforman actualmente un sistema de seguro médico para los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares directos. Está dividido de la siguiente forma.

a) Obras sociales nacionales. Corresponde a la cobertura que dan las obras sociales sindicales y las obras sociales del personal de dirección. Se diferencian básicamente entre ellas por el nivel de recaudación promedio por beneficiario. En el caso de las obras sociales sindicales, los consumidores son muy heterogéneos, en función de los distintos sindicatos a los que pertenecen (comercio, salud, construcción, personal doméstico, actores, etc.), las distintas actividades que desarrollan y la diferente situación económica. Se encuentran bajo la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), cuya misión es de supervisión, fiscalización y control. Cerca de 14 millones de personas son beneficiarios de este grupo (55%).

El perfil de las personas que pertenecen a las obras sociales del personal de dirección, por el contrario, es más homogéneo, con un nivel socioeconómico, de educación y de acceso a la información más parejo pero con diferencias en cuanto al sexo y la edad.



b) Obras sociales provinciales. Están dentro del sistema de seguridad nacional, pero no bajo la órbita de la SSS. Prestan servicio a cerca de 5.200.000 de afiliados (26%).

c) Obras sociales de las Fuerzas Armadas, obra social de universidades, obra social de Poder Legislativo y obra social del Poder Judicial. También están fuera de la órbita de la SSS. Brindan servicio a 800.000 millones de personas (4%).

d) PAMI. Fue creado para dar cobertura a personas mayores de 65 años, pero en la actualidad se atienden personas de menor edad. Tiene 3.500.000 beneficiarios aproximadamente (15%).

Subsector privado. Este sector está compuesto por empresas de medicina prepaga, hospitales de comunidad, cooperativas y mutuales sin fines de lucro. Prestan servicios a sus afiliados mediante la firma de un contrato de adhesión. Son prestadores de servicios a afiliados a esas entidades y a beneficiarios de algunas obras sociales. Dentro de este grupo se encuentran cerca de 2.600.000 afiliados.

Este subsector privado está compuesto por los profesionales que prestan servicios en forma independiente, ya sea a pacientes afiliados, a obras sociales, a seguros voluntarios (prepago), o a aquellos que deciden consumir una prestación por medio de un contrato particular de pago por acto médico y los establecimientos asistenciales contratados por las obras sociales, como por los seguros voluntarios sin capacidad prestacional propia.

En los últimos años ha crecido la importancia y el número de empresas de medicina prepaga, las que se encuentran agrupadas en dos cámaras empresarias: la Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina –CIMARA– y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga –ADEMP–.

Existe una gran variedad dentro del marco normativo en los distintos subsistemas. Por ejemplo, Santa Fe tiene regulación de la medicina privada.

Tabla 3. Marco normativo sector salud

Diferencias	Obras sociales	Empresas de Medicina Prepaga
Marco Normativo	Ley 23.660 y 23.661	Ley 24.240
Organismo de Control	Superintendencia Servicios de Salud	Sin regulación
Origen	Seguridad Social Sindicatos	Economía de Mercado Socios Fundadores
Principios Rectores	Solidaridad – Universalidad – Integralidad	Fin de lucro – Competencia
Cobertura	PMO	Ley 24.754
Beneficiarios	Trabajadores en relación de Dependencia	Contrato Privado

Podemos clasificar a los organismos de acuerdo con el siguiente ordenamiento.

Los actores que participan en el financiamiento son: agentes; proveedores directos de servicios de salud; tesoro público (AFIP, Secretaria de Hacienda de la Nación, ministerios provinciales y secretarías municipales); organismos internacionales de préstamo o donación; empleadores (por medio de sus contribuciones laborales); empleados (por medio de sus aportes laborales); familias (por medio de sus desembolsos directos).

Los agentes intermediarios son: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; ministerios de salud provinciales; secretarías de salud municipales; obras sociales nacionales; obras sociales provinciales; otras obras sociales; prepagas y seguros privados.

Los proveedores de servicios son: servicios públicos (hospitales, centros ambulatorios, puestos de salud); servicios privados (clínicas, sanatorios, laboratorios, centros de diagnósticos, farmacias); profesionales independientes.

3. El rol del Estado

El Estado actúa en salud por medio de sus tres niveles jurisdiccionales: Nación, provincias y municipios, financiando los servicios con los impuestos que recauda.

Su responsabilidad es la regulación de todos los subsectores que conforman el sector salud, interviniendo en las fallas del mercado.

La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera.

Las provincias y municipios, a su vez, brindan servicios directos de asistencia a la población. El MSAL tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto por medio del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.

En la práctica, el rol del MSAL es acotado porque maneja sólo un mínimo porcentaje del presupuesto público en salud y, dado que la salud no es una atribución delegada por las provincias a la Nación, su poder de decisión queda limitado debido a que las provincias y los municipios cuentan con autonomía en sus respectivas jurisdicciones. Como la Nación no financia acciones, sus políticas sustantivas sólo tienen valor indicativo y la concreción de acciones determinadas, desde dicho nivel, depende de coincidencias de nivel político más general.

4. Financiamiento

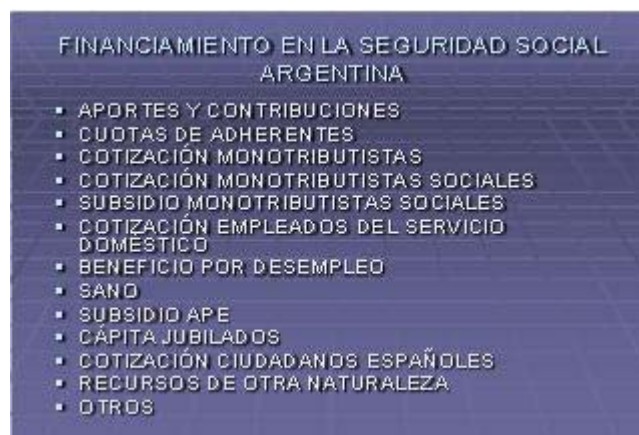
A continuación se mencionan cuáles son las fuentes de financiamiento de los distintos subsectores que se enunciaron.

a) Subsector público. Se financia con recursos provenientes de las rentas generales, que se fijan anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales, donaciones y gastos de bolsillo, protocolos de investigación y un porcentaje de lo recaudado en los juegos de azar.

Además de financiar la provisión directa de servicios por medio de los establecimientos públicos (hospitales, centros, puestos de salud), el gasto público financia acciones de salud pública relacionadas con la promoción, la prevención, la regulación y la fiscalización.

b) Subsector obras sociales. El subsector de la seguridad social posee escasa capacidad instalada propia y se comporta casi exclusivamente como un sistema financiador, recibiendo los aportes y contribuciones obligatorias de los trabajadores en relación de dependencia y de sus respectivos empleadores y contratando servicios fundamentalmente con el subsector privado.

Pero ahora se han agregado nuevas fuentes.



Los importes los recauda la AFIP y luego son transferidos al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) que asegura a cada obra social un importe mínimo por titular de \$ 22 y un mínimo de \$ 20 para los beneficiarios familiares. El importe por titular y familiares a cargo en una nueva resolución de la salud, la 1901 del año 2006, ajusta este importe por riesgo, es decir los \$ 22 se modifican de acuerdo a la franja etárea y al sexo.

Este decreto ha sido modificado por la res. 1765/08, que modifica los valores.

Tabla 4. Decreto 1901/06, art. 2

GRUPO DE EDAD	VALOR ASIGNADO	
EDAD	MASCULINO	FEMENINO
0 a 14 años	22	22
15 a 49 años	35	41
50 a 64 años	41	41
65 en adelante	91.50	91.50

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud 2007

También reciben los importes de los reintegros de las enfermedades catastróficas o especiales (aquellas que, producidas en el seno de una familia, originan una catástrofe económica), por medio de la Administración de Programas Especiales (APE).

La ley 23.660, en su art. 22, agrega al FSR los reintegros de los préstamos del art. 24 de la misma ley, los montos reintegrados por apoyos financieros que se revocan más sus actualizaciones e intereses, los producidos por las multas que se apliquen en virtud de la presente ley, las rentas de inversiones efectuadas por recursos propios del fondo, los subsidios, subvenciones, legados, donaciones y todo otro recurso que corresponda ingresar al fondo.

También los aportes que se establezcan en el Presupuesto General de la Nación, según lo indicado en el art. 21 de la ley 23.660, el 55% de los ingresos por todo concepto que reciba el Instituto Nacional de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados y los aportes que se convengan con las obras sociales; mutuales o de otra

naturaleza que se adhieran al sistema y por último, los saldos del Fondo Solidario de Predistribución creado por art. 13 de la ley 22.669 así como los créditos e importes adeudados del mismo. El decr. 486/02 ha aumentado el FSR.

Algunas obras sociales atienden a 366.024 jubilados por los cuales el PAMI, les abona una cápita mensual de \$ 61,40. Este importe fue modificado a \$ 91,50 a partir del 1/1/08 por res. 12/08 del Ministerio de Salud.

La APE es un organismo descentralizado creado por el decr. 53/98 del Ministerio de Salud que, junto a la Superintendencia, son los únicos dos descentralizados que dependen del Ministerio, y no de alguna secretaría.

Utiliza los recursos del FSR actuando como reaseguro de los agentes de seguro nacional de salud para los programas especiales (prácticas médicas de alto costo y baja incidencia). Como ejemplo, se pueden citar las prestaciones médicas y farmacológicas (res. 500/04), las prestaciones a discapacitados (res. 400/99, actualmente res. 6080/04), las prestaciones preventivas, la vacunación antigripal, las profilaxis antihemofílicas, las prestaciones para emergencias sanitarias (las inundaciones de la provincia de Santa Fe donde se cubrieron vacunas, medicamentos, frazadas y colchones).

También se cubrían las prestaciones por déficit financiero. Estas significaron hasta el 31/12/01 el 50% de los gastos de la APE. En el 2002 se emite la res. 77/02 de la APE por la cual estas prestaciones dejan de tener vigencia inmediatamente e incluso los expedientes en trámite. Esta resolución fue oficializada en febrero de 2004 por el decr. 212/04.

Con respecto al fondo solidario, cabe mencionar que se integra con recursos provenientes de las obras sociales. Las obras sociales sindicales aportan entre el 10 y el 15% de los aportes y contribuciones, si los sueldos de sus afiliados son superiores a \$ 1000, en cambio las obras sociales del personal de dirección aportan del 15 al 20%, siempre sobre la misma base de cálculo (\$ 1000).

Las instituciones que están cubiertas son las obras sociales del régimen nacional, las sindicales, las del personal de dirección, y las mutuales adheridas.

También se integra el FSR con una parte de lo recaudado por medio de la extensión del impuesto al valor agregado (IVA) a las prepagas.

Cuando el trabajador tiene un sueldo cuyo porcentaje de aporte es menor a \$ 20 (familiar) o \$ 22 (titular), el sistema analiza los aportes que está realizando a su obra social cada uno de los beneficiarios. Si se verifica que están pagando menos, el FSR compensa hasta ese valor. Esto se hace todos los meses automáticamente.

El segundo paso que hace la Superintendencia es el pago al hospital público de gestión descentralizada. El régimen de estos hospitales (1600 en todo el país), establece que pueden prestar servicios médicos a beneficiarios de agentes de seguros. Según la ley 23.661 las obras sociales pueden prestar servicio sin autorización previa, esto es que cualquier beneficiario del sistema nacional puede atenderse, internarse, etc. en un hospital público de gestión descentralizada sin necesidad de autorización.

El hospital público le factura a la obra social y, si en noventa días no recibe el pago, tiene derecho a hacer una nueva facturación, en este caso, hacia la Superin-

tendencia. La Superintendencia con esta facturación no practica auditoria, sólo analiza si la documentación tiene valor real y, si la tiene, le da la orden a la AFIP para que en la próxima recaudación pague directamente al hospital público.

Con el resto se divide en dos ramas. Una, es la financiación de los gastos administrativos de la Superintendencia. Esta es una de las entidades del Estado que junto con la APE posee financiación que no viene de fondos genuinos del Estado, considerando como tales los que vienen de impuestos, que en la Argentina se consideran públicos, pero no estatales, porque son los fondos de los beneficiarios de la seguridad social.

En realidad, hay una discusión acerca de si estos fondos son realmente impuestos o fondos propios. En nuestro país, por lo general, prima el criterio que es salario diferido, o sea es privado de los trabajadores.

Por lo expuesto, la Superintendencia y la APE no se financian con fondos provenientes de impuestos, aunque su financiación está en el presupuesto nacional, por lo que el financiamiento de la Superintendencia pasa íntegro a la administración de programas especiales. El ingreso, como la salida de los fondos de APE están controlados por la Secretaría de Hacienda, y se encuentran conectados por un sistema contable por el cual la Secretaría sabe perfectamente todos los movimientos y los controla diariamente.

La APE, para poder ejercer su función de financiar las prestaciones a las obras sociales, tiene que cumplir tres condiciones: tener en el presupuesto nacional los fondos, tener los fondos en la cuenta, y poseer el crédito diario.

Todos los días hábiles del año, la Secretaría de Hacienda le informa a la APE cuánto puede gastar; ese monto puede ser lo que tienen en cuenta, si es más se compensará en la medida que entre más dinero, pero el problema se suscita cuando es menos, ya que tienen los fondos y no los pueden gastar. En algún momento, el Ministerio de Economía utilizaba estos fondos como mecanismo para demostrar más o menos fondos en su negociación con las entidades supranacionales, fundamentalmente con el FMI. La APE tenía los fondos pero no los podía utilizar.

c) PAMI. Se financia con los siguientes recursos:

1) A cargo de los jubilados: aporte del 2% de los haberes de los jubilados del régimen nacional de previsión social, independientemente de que tengan o no grupo familiar a cargo; aporte del 1% del haber anual complementario de los jubilados del régimen nacional de previsión social.

2) A cargo de los trabajadores en actividad: aporte obligatorio del 1% de los haberes de los trabajadores comprendidos en el régimen nacional de previsión social.

3) A cargo de los empleadores: contribución obligatoria del 1% de los haberes de los trabajadores comprendidos en el régimen nacional de previsión social.

d) Subsector medicina prepaga. Este subsector se financia a través de las cuotas de sus afiliados y los coseguros que éstos pagan por las prácticas que se realizan.

Argentina tiene un sistema de salud altamente fragmentado lo que genera dilapidación de recursos e ineficiencia.

© Editorial Astrea, 2011. Todos los derechos reservados.

