

# COMENTARIO EDITORIAL: Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (primera parte)

Failed to fulfill health promises in Argentina (first part)

Javier Vilosio\*

## Resumen

En esta primera parte, se describen y discuten algunos rasgos característicos de la organización del sistema de servicios de salud en Argentina: su fragmentación estructural, su escasa coordinación y algunos aspectos políticos relevantes que condicionan las posibilidades de reforma sectorial, en contraste con los supuestos fundacionales de universalidad, accesibilidad y financiamiento solidario.

## Abstract

This first article describes and discuss some organizational characteristics of argentine system of health: its structural fragmentation, its scarce coordination and some relevant political aspects that condition the possibilities of sectorial reform, in contrast with its foundational assumptions of universality, accessibility and shared financing.

**Palabras clave:** sistema de salud, Argentina, política de salud. **Key words:** health system, Argentina, health policy.

Vilosio J. Las promesas incumplidas de la Salud en Argentina (primera parte). Evid. actual. práct. ambul; 11(4):98-100, Jul-Ago.2008.

## Introducción

El funcionamiento del sistema de servicios de salud en Argentina es considerado el resultado de un conjunto de políticas públicas, en tanto representa el esfuerzo organizado de la sociedad a través del Estado para asegurar el acceso a los servicios de salud de toda la población, independientemente de su capacidad individual de pago, ya que ello se reconoce como un derecho propio de la condición de habitante del territorio nacional.

Si bien en la Constitución Nacional no se menciona el derecho a la salud sino a través de la adhesión a pactos internacionales, muchas constituciones provinciales son explícitas en ello, y ninguna ha delegado esta función en el Estado Nacional.

Efectivamente, desde los años cuarenta el estado ha sido el principal organizador y administrador de los servicios de salud. Interviene más o menos directamente, a través de distintos niveles jurisdiccionales, en las funciones de aseguramiento, prestación y compra de servicios, con el objeto explícito de desarrollar y sostener un sistema de salud de calidad, fundamentado en la universalidad de las coberturas, la accesibilidad igualitaria y la solidaridad en el financiamiento.

Sin embargo, existe abundante evidencia que muestra que los gobiernos han fallado en el cumplimiento de este compromiso. La palabra "crisis" se repite una y otra vez en relación a la situación de los distintos actores del sector. La crisis parece ser el estado natural del sistema, y sus consecuencias los límites precisos de lo que el mismo puede ofrecer a la calidad de vida de sus beneficiarios.

La primera manifestación de esta crisis es la evidencia de la insuficiencia de los servicios de salud para atender las necesidades de la población, contrariando los supuestos de solidaridad y universalidad de la cobertura en los que se fundamenta el modelo.

A lo largo de la historia más reciente y en comparación con el gasto que los argentinos realizamos, en términos generales resultan claramente pobres los resultados sanitarios obtenidos. Comparado con países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)<sup>§</sup> y estimándolo como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) Argentina tuvo en 2001 un gasto en salud similar al de Dinamarca, y superior al de Italia, Noruega y otros catorce países de dicho grupo. Giordano y Colina<sup>1</sup> (dos autores argentinos) observando la

relación entre el gasto en salud y la mortalidad infantil en diversos países, calcularon que a igual nivel de gasto en salud si Argentina se hubiera ubicado dentro de la tendencia general del grupo le habría correspondido una mortalidad infantil un 65% menor. Los mismos autores hablan del "fracaso sanitario" argentino, apelando a algunos simples ejemplos: Argentina pertenecía en 1999 al pequeño grupo de países que gastaba en salud casi dos veces el total de la inversión pública en educación. Sin embargo, midiendo los resultados obtenidos en términos de mortalidad infantil, argentina se ubicaba en 1999 en el 62º lugar del mundo, pese a estar entre los primeros diez países en el nivel del gasto total.

## El Estado

Por otra parte, en términos de la puja sectorial tras los recursos económicos, todos los actores corporativos miran al Estado. Y, efectivamente, en los últimos años se ha fortalecido su presencia especialmente en la financiación de la seguridad social y el sector privado. Interviene como regulador del sistema a través de diversos organismos gubernamentales. Como financiador lo hace a través del presupuesto público y administrando recursos de los trabajadores; y como prestador, a través de una extensa red de servicios constituida por los hospitales públicos, especialmente provinciales y municipales, que concentran el mayor número de camas disponibles en el país.

Sin embargo el Estado no ha mostrado capacidad para rectificar y mejorar cuestiones estructurales del mal funcionamiento del sistema.

En el caso de los hospitales públicos, el rechazo de la eficiencia" como objetivo, implica que desde el punto de vista estructural el sistema de salud se constituye en el resultado exclusivo de la discrecionalidad política de la administración en turno, y no en una modalidad de organización racional de los medios sociales disponibles.

El debilitamiento del federalismo en Argentina afecta también al sistema de salud a través de la creciente centralización de recursos fiscales en el Gobierno Nacional (solo uno de cada tres pesos recaudados por la Nación vuelve a las provincias<sup>§</sup>), que ha transferido prácticamente todos sus hospitales a las jurisdicciones provinciales.<sup>¶</sup>

<sup>§</sup> Organización integrada por 30 países europeos (25 considerados de altos ingresos) que constituye un ámbito de discusión de temáticas socio- económicas de influencia mundial. Los miembros se comprometen a: liberalización de sus economías, no discriminación, trato nacional y trato equivalente.

<sup>\*\*</sup> Relación entre resultados obtenidos y recursos utilizados para ello. La mayor eficiencia implica necesariamente el uso más racional (óptimo) de los recursos, siempre limitados. En materia sanitaria debería entenderse como herramienta imprescindible para atender a los objetivos de accesibilidad, cobertura y calidad del sistema.

<sup>¶</sup> A la fecha solo permanecen en la órbita nacional un Hospital General, el Dr. Alejandro Posadas en la Provincia de Buenos Aires, dos Instituciones de crónicos: la Colonia Montes de Oca, y el Hospital Baldomero Sommer, el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica y el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad, que cuentan con estructuras asistenciales de su especialidad.

\* Médico. Máster en Economía y Ciencias Políticas. Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano. javier.vilosio@hospitalitaliano.org.ar



De manera que el Ministerio Nacional, que administra solamente una pequeña estructura asistencial, tendría un rol muy poco significativo si no fuera por la administración de los recursos del financiamiento internacional (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, especialmente) que le permiten imponer programas en las jurisdicciones provinciales y municipales, responsables de la prestación de los servicios.

Muchos de estos programas atienden o han atendido al desarrollo de reformas sectoriales en el marco antes reseñado (fortalecimiento del Estado). Pero desde 2002 todo este financiamiento se volcó hacia la atención de la Emergencia Sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, y se dedicó básicamente a la compra de insumos; abandonándose, de hecho, toda pretensión de reforma del sistema.

Ello ha significado un cambio significativo en la postura de los Bancos que ahora financian bienes de consumo, y del país, que elige endeudarse con ese objetivo. Pese a la gran cantidad de dinero dedicada a la reforma sectorial -y que pasó a engrosar el volumen de la deuda externa argentina- los resultados han sido muy pobres. Si nos referimos a las jurisdicciones provinciales y municipales, una de las áreas donde menos impacto han tenido los intentos de reforma, ha sido la del mejoramiento de las capacidades de regulación y fiscalización.

A esta altura de los acontecimientos cualquier alternativa de cambio en materia de salud requiere una fuerte intervención sobre los supuestos básicos de su organización y financiamiento, y, de acuerdo a lo que intentaremos exponer en estas líneas, no alcanza solamente con planificaciones técnicas. Se necesita un programa político orientado a modificar radicalmente la lógica institucional del sector. Un ejemplo palmario de ello ha sido el millonario crédito del Banco Mundial (u\$s 285 millones) de 1996, destinado a la reforma del sistema nacional de Obras Sociales (OS), y que culminó años después en un escándalo judicial que involucra a buena parte de la dirigencia gremial argentina, a ex funcionarios de gobierno y a empresarios; y, por supuesto, sin cumplir los objetivos propuestos<sup>3</sup>.

### Un sistema fragmentado

Fragmentación es una de las palabras clave para describir el sistema de salud argentino, que se fundamenta sobre tres pilares (las OS, el sector público y el sector privado) que no constituyen un sistema integrado, y que se relacionan entre sí formal e informalmente de acuerdo a un complejo juego de incentivos económicos y políticos, escasamente vinculados a objetivos sanitarios.

Es oportuno considerar el importante volumen de recursos económicos que el sector moviliza, que representa aproximadamente el 9% del PBI del país. Observando el análisis realizado por los Ministerios de Economía y Salud sobre datos de 1997, surgen algunos interesantes resultados: pese al desarrollo de los servicios estatales queda la impresión de un financiamiento mayoritariamente mediado por el presupuesto público, el 43% del gasto en salud correspondía a pagos realizados directamente por las personas (incluyendo la contratación de diversos seguros privados y medicina pre-pagada); mientras

que los fondos de la Seguridad Social equivalían al 33%, y los del presupuesto del gobierno al 21%.

De todo lo que las personas pagaron de su bolsillo, el 46% se destinó a comprar medicamentos, el 27% a pagar seguros y medicina pre-pagada, y el 21% a servicios médicos y diagnósticos en instituciones privadas y públicas<sup>4</sup>.

En Argentina todos los ciudadanos sostienen el sistema público a través de sus impuestos recaudados por la Nación (fuertemente basados en el consumo), en su condición de trabajadores aportan además un porcentaje de su salario a la seguridad social. Un sector importante (básicamente quienes pueden hacerlo) contratan además los servicios de medicina prepaga, y los que habitan determinadas localidades (como es el caso de la Ciudad de Buenos Aires) aportan también al sistema de salud municipal, a través de diversas tasas.

### Los actores institucionales

Los Ministerios de Salud Provinciales (MSP) brindan cobertura, en conjunto con los servicios de salud municipales que existen en varias provincias, a unos 16 millones de habitantes. Coordinan políticas con el Ministerio Nacional (MSN) del que reciben los beneficios de programas con financiamiento nacional o, principalmente, internacional, a través del Consejo Federal de Salud (COFESA). Del MSN dependen únicamente el programa Federal de Salud (PROFE) destinado a dar cobertura a los beneficiarios de pensiones no contributivas, y algunas instituciones asistenciales que hemos mencionado.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados<sup>5\*</sup> (INSSJP), con algo menos de tres millones de beneficiarios, ha transcurrido casi toda su existencia institucional intervenido por el Estado nacional<sup>6</sup>, y más allá de las formalidades normativas ha dependido escasamente del MSN y más frecuentemente de las áreas estrictamente políticas o económicas del Poder Ejecutivo (PE). El INSSJP comparte con el Medicare<sup>7\*\*\*</sup>, de Estados Unidos, la característica de ser las únicas agencias de la seguridad social en el mundo que están específicamente dirigidas a proporcionar atención médica a las personas jubiladas y pensionadas.

Creado en 1971, cinco años después que el Medicare, el contexto político era el del final de una dictadura militar y el inicio de un proceso de transición democrática en el que algunos militares esperaban obtener respaldo popular. Al mismo tiempo, se liberaba a las OS de los altos costos de la atención de este sector, como una expresión de acercamiento político a los sectores sindicales del peronismo<sup>5</sup>.

Las OS del Sistema Nacional brindan cobertura a aproximadamente 11 millones de personas. Su rasgo distintivo es su relación directa con el poder político, a través de los sindicatos: desde 1970, por la Ley 18.160 dictada por el Gral. Onganía se hicieron obligatorios los aportes de todos los trabajadores a las obras sociales, estén o no afiliados a un sindicato, y se entregó la administración de dichos fondos y de las contribuciones patronales a los gremios .

Dependen de una autoridad normativa: la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), organismo que no siempre se ha encontrado bajo la órbita real del MSN, en una situación simi-

<sup>3\*</sup> Aunque la atención médica es solo una de sus funciones, en la práctica el Instituto suele ser nombrado con la sigla correspondiente a ese Programa: PAMI, Programa de Atención Médica Integral.

<sup>6</sup> Un dato político relevante es la permanente crisis institucional: en 13 años se sucedieron 14 conducciones, unipersonales o colegiadas en carácter de intervención, ordenadas por la Presidencia de la Nación, contrariando los Estatutos del PAMI, originalmente creado como una institución para-estatal.

<sup>7\*\*\*</sup> Programa de seguro de salud del gobierno de los Estados Unidos para personas mayores de 65 años, y algunas patologías crónicas. El seguro cubre parcialmente el costo de la atención de la salud, pero no cubre todos los gastos médicos ni el costo de la mayoría de los cuidados a largo plazo

lar a la del INSSJP, Los aportes y contribuciones que financian al sistema de OS son recaudados por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) y su transferencia a las OS es administrada por la SSS. Históricamente, y actualmente, tanto la SSS como la Administración de Programas Especiales (APE) que guarda con aquella una variable dependencia, se hallan bajo el control político del aparato sindical.

Las Obras Sociales Provinciales (OSP) con unos cinco millones de beneficiarios, son organismos autónomos que no se hallan bajo ninguna supervisión nacional, y que brindan cobertura a los empleados públicos de cada jurisdicción del país. Un rasgo central de las mismas es que los aportes y contribuciones al sistema son recaudados por el mismo Estado provincial que funge simultáneamente como aportante y recaudador. Por lo tanto, lo característico en materia de financiamiento de las OSP, comparadas con las Nacionales, ha sido el menor volumen de recaudación y la mayor inestabilidad en la percepción de tales recursos<sup>7</sup>.

La medicina prepaga (alrededor de 1,5 millón de beneficiarios) no se halla regulada, pero sus precios y condiciones de comer-

cialización son fiscalizados a través de la Secretaría de Comercio Interior, del Ministerio de Economía.

Las Mutuales se hallan bajo la regulación y control del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES), del Ministerio de Desarrollo Social.

Las Fuerzas Armadas y de Seguridad cuentan con su propia infraestructura asistencial, dependiente de la fuerza respectiva del Ministerio de Defensa, o del Interior.

### Conclusión de la primera entrega

A modo de conclusión de esta primera entrega afirmamos que el sistema de salud argentino ha fallado en el cumplimiento de sus premisas básicas. Elementos tales como la fragmentación de la estructura organizativa y prestacional del sistema, la multiplicidad de fuentes de financiamiento, el alto grado de politización, la superposición de coberturas, la escasa identificación de las poblaciones a cargo, los subsidios cruzados, etc. comprometen las condiciones de eficiencia económica en la gestión y se vinculan con el fracaso antes referido.

Recibido el 01/06/08 y aceptado el 25/08/08.

### Referencia

1. Giordano O, Colina J. (2000); Las reformas al sistema de salud ¿el camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente? Serie Documentos N° 19. Fundación Novum Millenium, Buenos Aires.
2. IDESA (2008), Provincias pobres reciben solo el 13% de la recaudación nacional, Informes Nacionales N° 241. Disponible en: <http://www.idesa.org/v2/noticias.asp?idnoticia=405>
3. Obras Sociales: el Banco Mundial aclaró que no auditó el préstamo. Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2007/01/06/elpais/p-00901.htm>
4. Levovich Monica y col. (2001); Estimaciones del gasto en salud. Argentina. Año 1997 y proyecciones. Ministerio de Economía – Ministerio de Salud, Buenos Aires, Noviembre de 2001.
5. Redondo N, Servicios de salud de la seguridad social específicamente dirigidos a personas mayores. Análisis contrastado del PAMI argentino con el MEDICARE norteamericano. INDEC/UCA/Univ Maimonides. Disponible en: [http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SEGUR006\\_Redondo.pdf](http://redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SEGUR006_Redondo.pdf)
6. Vilosio J. (2008-b); Con la máscara de la solidaridad. Diario Río Negro, 05/02/08, Disponible en: <http://www.rionegro.com.ar/diario/2008/02/05/20082o05s01.php>
7. Tafani, R: Reforma al sector salud en Argentina. Serie Financiamiento del Desarrollo N°53. Santiago de Chile, Julio 1997.

### INFO - EVIDENCIA

#### ¿Qué es Evidencia, Actualización en la Práctica Ambulatoria?

Una publicación independiente editada cada dos meses desde 1997 por la Fundación MF, organización sin fines de lucro dedicada a promover el desarrollo de la medicina familiar y la atención primaria de la salud.

#### ¿Cuál es el objetivo de Evidencia?

Contribuir a la educación continua y a la actualización de los profesionales de la salud de la región en el área de la atención ambulatoria.

#### Contenidos de Evidencia

- Información independiente, actualizada y resumida en forma sencilla y en castellano sobre temas relevantes de la atención ambulatoria.
- Artículos seleccionados por su calidad y relevancia clínica, resumidos y comentados críticamente por destacados profesionales del área.
- Revisiones sobre temas clínicos, epidemiológicos, sanitarios o humanísticos, de importancia para la práctica ambulatoria.
- Notas farmacológicas para la actualización rápida de temas de terapéutica clínica.
- Discusión de casos clínicos con herramientas de Medicina Basada en la Evidencia.
- Glosario de términos de epidemiología y medicina basada en la evidencia.

#### ¿Cómo es posible acceder a Evidencia?

Por suscripción a la edición en papel, o bien por Internet, en nuestro sitio: <http://www.evidencia.org>