



## **Documento de Trabajo N° 68**

---

# **Regulación del Sistema de salud post-Convertibilidad: desafíos y orientaciones recientes**

---

**François Cohen**

**Marzo de 2009**

ISSN 1668-5245



# **Regulación del Sistema de salud post-Convertibilidad: desafíos y orientaciones recientes**

François Cohen\*

## **RESUMEN**

Este trabajo se interesa por la evolución del sistema de salud en un contexto de recobro después de la crisis del 2001. Está centrado en un análisis de las relaciones de interdependencia existiendo entre los diferentes subsistemas de la salud en Argentina: el subsistema de atención pública y los subsistemas privados y semipúblicos de seguro de salud. En una primera parte, se describen algunos elementos característicos del sistema de salud partiendo de un análisis del gasto en salud en Argentina. Se propone en una segunda parte un estudio de los diferentes intereses presentes en la sociedad civil y su impacto sobre la estructura del sistema de salud. Finalmente, se analiza brevemente el efecto de las políticas recientes en el sector sobre la configuración del sistema.

## **ABSTRACT**

This document deals with the evolution of the Argentine healthcare system in the aftermaths of the Convertibility crisis of 2001. It focuses on the relationships of interdependence existing between the subsystems of the Argentine healthcare system. In the first part, the main features of the Argentine healthcare system are described from the point of view of the structure of health expenses. In the second part, this article proposes a study of the main actors' interests that affect the Argentine healthcare system. Finally, it analyses the effect of post-Convertibility policies on the global configuration of the system.

## **RESUME**

Ce document de travail s'intéresse à l'évolution du système de santé argentin dans le contexte de consolidation qui suivit la crise de Convertibilité de 2001. Il privilégie une étude des relations d'interdépendance entre les différents sous-systèmes qui caractérisent le système de santé argentin. Dans une première partie, sont décrits quelques éléments caractéristiques du système de santé argentin à partir d'une étude générale de la composition des dépenses de santé. Dans une seconde partie, est proposée une description normative des différents intérêts présents dans la société civile et qui, à première vue, ont un impact non négligeable sur le système de santé argentin. Finalement, est posée la question des effets de la politique post-Convertibilité en matière de santé sur la configuration globale du système de santé.

---

\* François Cohen es estudiante de macroeconomía y ciencia política del Instituto de Estudios Políticos de París – Sciences Po. Realizó este trabajo en el marco de una pasantía en el CIEPP. Estudia actualmente macroeconomía y diseño de políticas públicas en Francia.

## INTRODUCCION

Este trabajo se interesa principalmente por la evolución del sistema de salud pública a partir de las transformaciones inducidas por la crisis del 2001. El final de la Convertibilidad en un período de recesión dramática impulsó una caída brutal del gasto público social y del gasto en salud que afectó tanto a corto plazo como a largo plazo el sistema de salud argentino. A corto plazo, la caída de la oferta sanitaria generó una brecha en la cobertura de la población. El sector público tuvo que encontrar soluciones para enfrentar el desafío que implicaba la pérdida de protección social por parte de muchos trabajadores. Ahora bien, los años de fuerte crecimiento permitieron la reorganización del sector de salud público. Esta reorganización se hizo a partir de un nuevo balance de poder que surgió de la crisis. Se declaró una situación de excepción y el poder Ejecutivo vio su margen de acción ampliado por el decreto del 12 de marzo de 2002 de Emergencia Sanitaria. Al mismo tiempo, el sector de las obras sociales se reconstruyó a partir de la evolución reciente del mercado laboral mientras los gastos en la salud de los jubilados se redujeron por razones de rigor financiero.

Preguntarse sobre la evolución de la política sanitaria después del 2003 nos obliga a tomar dos enfoques diferentes: uno económico y otro institucional. Del punto de vista económico, se trata de analizar la manera como el sistema de salud reaccionó a los choques exógenos de crisis y recobro tanto como estimar la evolución de la eficiencia del sistema de salud. La eficiencia del sistema de salud puede medirse en términos de logros alrededor de la problemática de la adaptación de los medios a los fines. Del punto de vista institucional, la pregunta planteada por la política sanitaria tiene que ver con la formación de la decisión en materia sanitaria y la conformación de una agenda sanitaria coherente por los diversos actores movilizados dentro del sector de la salud. Los cambios sistémicos que afectaron el sistema de salud cambiaron las reglas del juego al afectar las relaciones de poder entre los diferentes actores presentes en el campo de estudio. Plantear la cuestión de la política sanitaria post-Convertibilidad implica analizar la configuración del espacio sanitario no sólo en términos de eficiencia, sino también en términos de reorganización del sistema en torno a la red de intereses que le da consistencia a la orientación global de la política sanitaria.

En una primera parte preliminar, describimos la composición del gasto público en salud para dar cuenta de los cambios de gran envergadura que el sistema de salud enfrentó desde los años '90 y presentar el sistema en su conjunto. En segundo lugar, planteamos la cuestión de la formación de la agenda sanitaria post-Convertibilidad. Finalmente, nos propusimos analizar algunos efectos de los cambios recientes en términos de eficiencia y equidad.

# Sistema de salud y gasto en salud en Argentina

## A/ El sistema de salud argentino y su dualidad

### **1. Organización de la salud en tres subsistemas**

El sector de la salud en Argentina se organiza alrededor de tres subsistemas: la atención pública de la salud, el sistema de cobertura ofrecido por las obras sociales y el sector privado. El sector de atención pública de la salud corresponde a la red de atención formada principalmente por los hospitales públicos y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). El Sistema Nacional de Seguro de Salud (las obras sociales) tiene un carácter semipúblico. El origen de sus fondos proviene de un impuesto sobre la masa salarial (cargas salariales y patronales) y la afiliación de cada trabajador es obligatoria. El gasto en obras sociales está incluido en el gasto público social y en el gasto público consolidado en salud. No obstante, sus dinámicas revisten un carácter privado dado que las obras sociales orientan sus beneficiarios en gran parte hacia el sector de atención privada de la salud (sanatorios y consultorios privados). El sector privado está constituido esquemáticamente por dos tipos de proveedores en salud: los proveedores de seguros de salud (las prepagas) y los proveedores de atención en salud (sanatorios y consultorios privados).

La cobertura en materia de salud en Argentina es muy desigual. El sector público ofrece a través de la red de establecimientos públicos una cobertura universal mínima que se destina principalmente a los sectores más humildes de la población. El sector público está descentralizado de manera que la mayoría de la atención pública en materia de salud está bajo la gestión de los gobiernos provinciales. El sector público de salud se financia mediante la votación de proyectos presupuestarios a nivel nacional, provincial y municipal. Dada la autonomía de los gobiernos provinciales, la legislación en materia sanitaria difiere de una provincia a otra. Si bien las prestaciones de los hospitales públicos son de carácter universal, la atención médica pública no cubre todas las necesidades.

Una gran parte de la población dispone de un seguro de salud mediante la afiliación obligatoria de los trabajadores a una obra social. Las obras sociales se financian mediante las contribuciones obligatorias de los trabajadores afiliados, descontadas de los salarios, y cargas patronales específicas. Puede adquirir una obra social cada trabajador en relación de dependencia, pero también los trabajadores independientes monotributistas o el personal del servicio doméstico. El sistema de obras sociales está regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud desde su creación en diciembre de 1996 por decreto (decreto 1615/96). A partir de la ley 23.661 del 5 de enero de 1989 que creó el Sistema Nacional de Seguro de Salud, se generó un Fondo Solidario de Redistribución de los recursos de cada obra social de manera a equilibrar las diferencias económicas

existentes entre las obras sociales de las asociaciones más ricas de las de los trabajadores con menos recursos. El total de los aportes está transferido a cada obra social mediante la AFIP, que recauda los fondos y dirige la parte que conforma el Fondo Solidario de Redistribución a una cuenta específica. Este fondo se distribuye según padrones establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud a las obras sociales cuyos recursos no garantizan una cobertura mínima para sus beneficiarios, llamada Plan Médico Obligatorio (PMO). Desde el año 2000, este fondo no sólo permite el reequilibrio entre obras sociales sino también la consolidación de seguros frente a prestaciones médicas de alta complejidad de elevado costo y baja frecuencia. Hoy en día, la Administración de Programas Especiales, se encarga de la distribución de los subsidios nacionales en el segundo caso. Por otra parte, el decreto 9/1993 fijó a partir del 7 de enero de 1993 un derecho de libre asociación por parte de los trabajadores a la obra social de su elección. Tradicionalmente, los trabajadores debían afiliarse a la obra social de su sector laboral. La nueva ley tuvo como objetivo permitir que surja cierta competencia entre las diferentes obras sociales de manera a generar una competitividad benéfica para los beneficiarios. Por otra parte, el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), creado en 1971 por la ley 19.032, administra el seguro de salud de la mayoría de los pensionados y jubilados. Este fondo se administra en base a la recaudación de un porcentaje de los haberes de los jubilados y pensionados y la recaudación de cargas sociales sobre la masa salarial de los activos. Constituye la agrupación más importante del sistema contributivo público con más de 3 millones de afiliados al Programa de Atención Médica Integral (PAMI). La obra social más importante, Empleados de Comercio y Actividades Civiles, contaba con 1 010 290 cotizantes en abril de 2008<sup>1</sup>. Argentina cuenta con alrededor de 300 obras sociales cuyos estatutos, recursos y tamaños resultan ser muy distintos. A través del decreto 492/1995, el Ministerio de Salud y Acción Social creó el Plan Médico Obligatorio que fija las obligaciones mínimas en términos de intensidad de la cobertura que deben proveer las obras sociales. El PMO es vigente desde 1996 pero se vio modificado después de la declaración de Emergencia Sanitaria y la crisis del 2001. Hoy en día, se aplica un Plan Médico Obligatorio de Emergencia que seguirá vigente hasta que se declare cerrado el período de Emergencia Sanitaria abierto por el decreto 1210/2003.

Finalmente, ciertos sectores de la población optan por una fórmula de protección en materia sanitaria a través de una contratación de un seguro privado no redistributivo. Los servicios de medicina prepaga, principalmente presentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ganaron terreno en la totalidad del territorio en los años noventa. Al proveedor de seguro privado, la ley 24.754 le obliga, no obstante, a ofrecer como mínimo la misma base de servicios de salud contenida en el PMO.

---

<sup>1</sup> Fuente: Informe de la Seguridad Social. Abril de 2008. AFIP.

De lo expuesto antes, es de poner de realce la dualidad del sistema público de cobertura. Existe una dualidad en los principios motores de la protección en materia sanitaria. Por un lado, el sistema de atención pública de la salud se fundamenta en una visión universalista de la atención de la salud mientras el sistema de obras sociales es contributivo. Esta dualidad, a nuestro parecer, generó graves problemas de coherencia del sistema al agudizarse las desigualdades en los años 90. Al mismo tiempo, esta dualidad nos parece enflaquecer el sistema de salud argentino en su conjunto al exponerlo a las fluctuaciones de los ciclos económicos. Una descripción del gasto en salud nos permite, en esta primera parte, subrayar la importancia de esta dualidad para entender la evolución del sistema de salud argentino.

## **2. La evolución reciente del gasto en salud y la pregunta de sus determinantes**

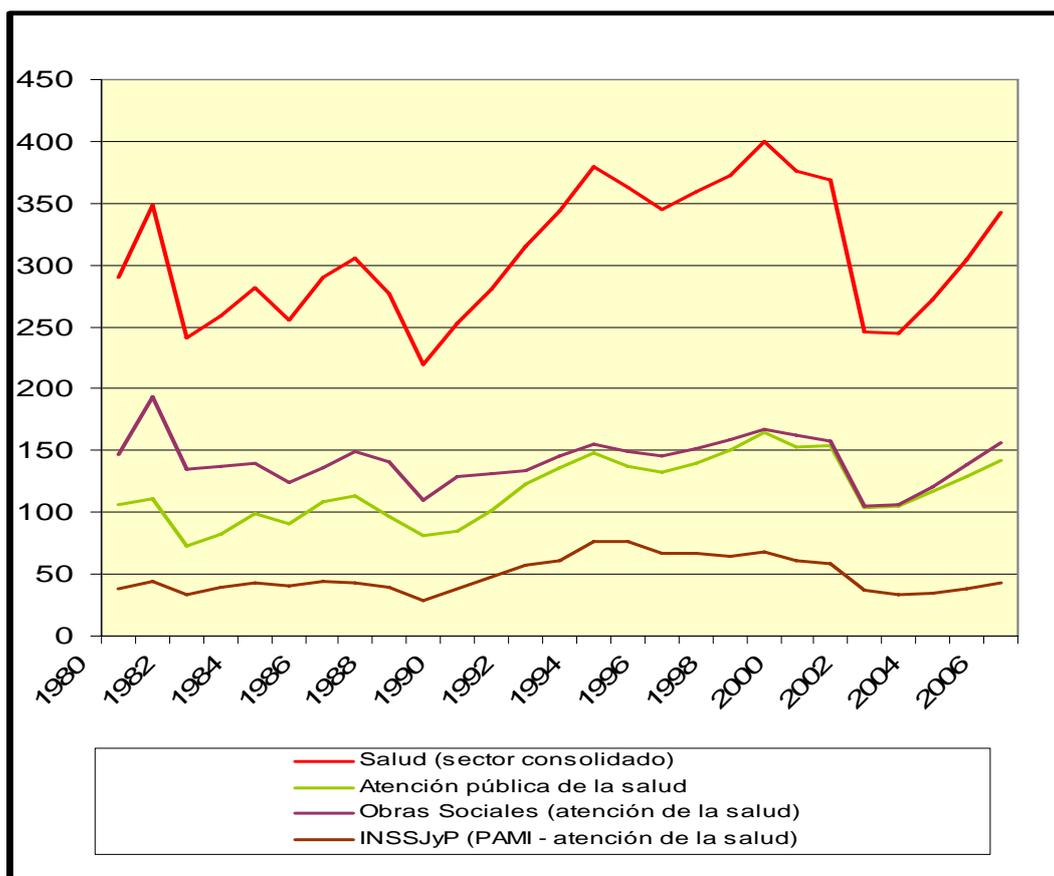
Nuestro objetivo es analizar el gasto en salud para dar cuenta de la configuración global del sistema de salud y su evolución. Nuestro análisis, por consiguiente, no tiene el fin de comprobar si el sistema de salud ofrece una mejor cobertura a su población. De hecho, usar el nivel de gasto para estimar si los servicios de salud mejoraron resulta problemático dado que no se tomaría en cuenta que un gasto puede corresponder a diversas acciones con diversos efectos. En esta sección, damos una breve descripción de la evolución general del gasto en salud y una primera interpretación de lo que señala esta evolución.

Se usan varias denominaciones elaboradas por el Ministerio de Economía para definir distintas subcategorías del gasto en salud:

- El gasto público consolidado en salud representa la suma del gasto del Estado nacional, del gasto de los gobiernos provinciales y del gasto de los municipios en salud.
- El gasto en salud se divide entre el gasto en atención pública de la salud (gasto de los hospitales, establecimientos públicos y programas sanitarios), el gasto de las obras sociales (integrado al gasto público) y el gasto del INSSJyP en salud.

En 2004, el gasto público consolidado se elevó a 129 381 millones de pesos. El 65,9% de este gasto correspondió al gasto público social (incluyendo educación, cultura y ciencia, salud, agua potable y alcantarillado, vivienda y urbanismo, promoción y asistencia social, previsión social y trabajo). En total, el gasto en salud representó el 22,8% del gasto público social consolidado, el 15,0% del gasto público consolidado, con 19 451 millones de pesos. El gráfico 1 presenta la evolución del gasto público consolidado en salud desde los años ochenta en pesos de 2001.

**Gráfico 1: Gasto público consolidado en salud expresado en pesos per cápita<sup>2</sup>**



A partir del gráfico, uno puede notar un importante aumento del gasto en salud entre 1990 y 1994. El gasto en salud habría culminado en 2000 antes de las crisis y habría decaído casi del 50% en 2003 para reconstituirse de esa fecha en adelante. Esta evolución del gasto deja pensar que mejoras en el sector sanitario argentino habrían acontecido del 1990 al 1994 mientras que se degradó considerablemente durante la crisis.

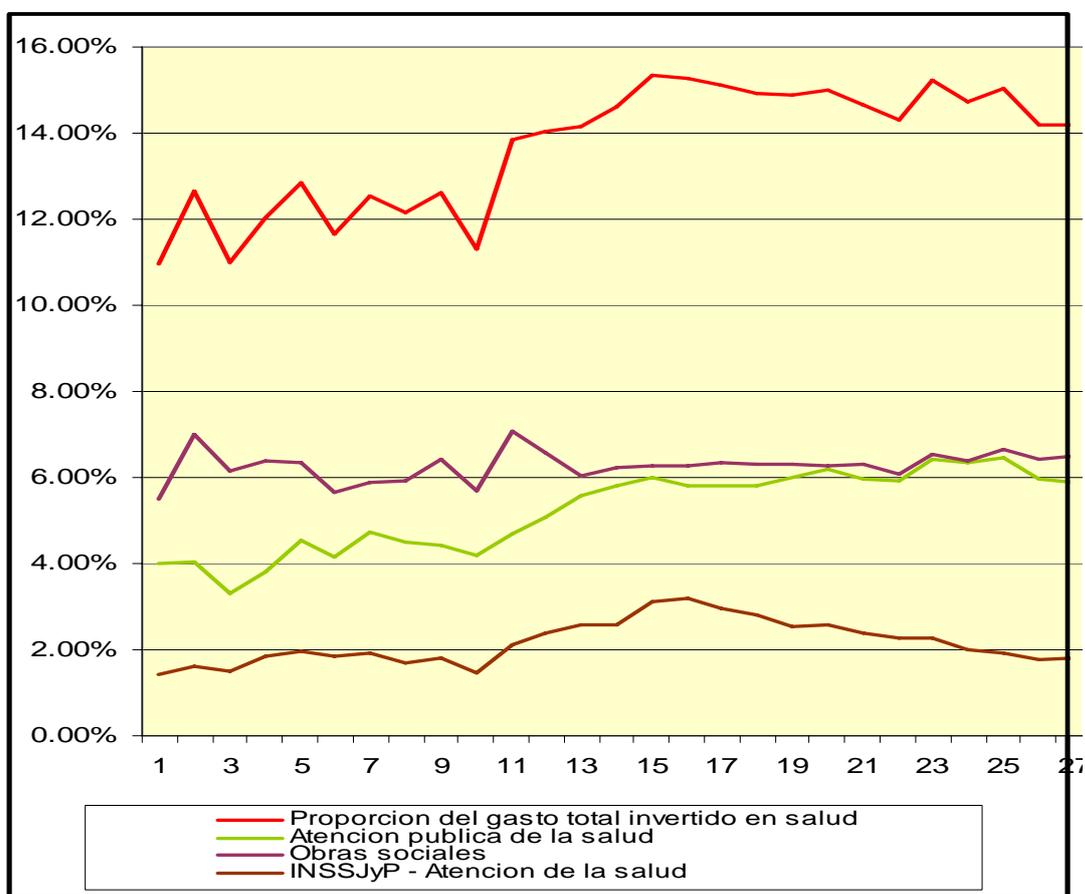
No obstante, este gráfico es controvertido, dado que se usó, para estimar el gasto público, un indicador de precios elaborado en base al Índice de Precios al Consumidor (IPC) y el índice de precios mayoristas del INDEC. Ahora bien, estos índices reflejan el aumento del costo de vida, pero se elaboran en base al aumento de los precios de productos

<sup>2</sup> Comentario: si bien se puede considerar que el sector de obras sociales es semipúblico, el Ministerio de Economía considera que el gasto de las obras sociales en atención de la salud forma parte del gasto público en salud. Separa el gasto del INSSJyP (PAMI) del gasto de las otras obras sociales que constituyen el Sistema Nacional de Seguro de Salud. Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usan estimaciones para 2005 y 2006. Cálculo propio del gasto per cápita en base a las estimaciones poblacionales del INDEC.

desconectados con los precios de los medicamentos y los servicios de salud. A fin de cuenta, el resultado mide en términos de poder adquisitivo que el gasto en salud fue más importante a partir de los años '90, lo que puede reflejar 1) cierta voluntad política, 2) un aumento de los precios en el sector o 3) derivar del crecimiento económico y el aumento de los recursos del Estado Nacional. Tratemos de analizar la evolución del gasto en salud tomando en cuenta estos determinantes eventuales.

Un acercamiento a la cuestión de la voluntad política puede hacerse en base a la proporción del gasto público atribuido al sector de la salud, integrando los gastos de las obras sociales y del INSSJyP, como se hace en el gráfico 2.

**Gráfico 2: Proporción del gasto público consolidado total invertido en salud<sup>3</sup>**

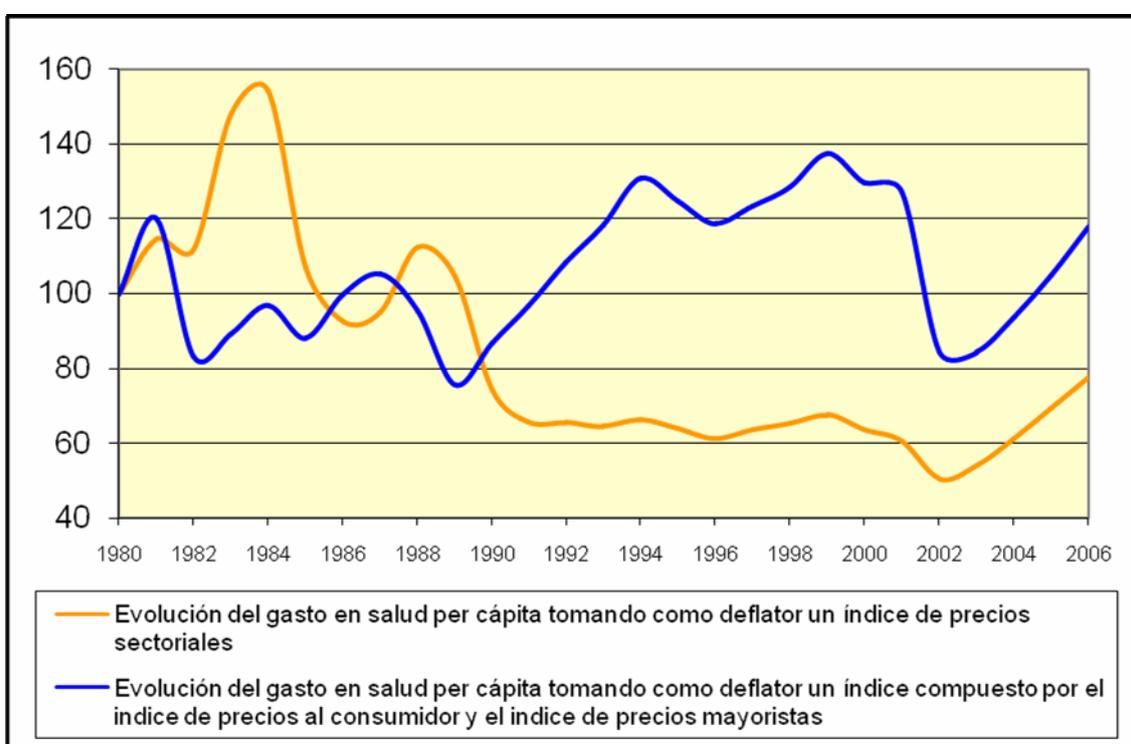


<sup>3</sup> Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usaron estimaciones para los años 2005 y 2006.

Se nota un incremento proporcional del gasto, sobre todo en el campo de la atención pública de la salud, a partir de los años '90, y por lo tanto uno podría extrapolar de este hecho que hubo cierta voluntad política de invertir en salud a partir de estos años.

No obstante, al tomar como deflactor un índice reflejando los precios de los servicios y bienes de salud en el período (este último es un elemento del IPC), la evolución del gasto consolidado parece muy diferente de lo antes indicado. En el gráfico 3, uno puede notar cuán diferente aparece la evolución del gasto en salud según el deflactor considerado (sectorial o general).

**Gráfico 3: Evolución del gasto consolidado en salud según el deflactor considerado.<sup>4</sup>**



El aumento de los precios en el sector de la salud explica en gran parte la baja en la evolución del gasto consolidado en salud ponderado por un índice de precios sectorial y el aumento fulgurante del gasto en términos de poder adquisitivo entre 1989 y 1994. En los años noventa, fueron múltiples las inversiones en capital fijo en el sector de la salud, que los servicios públicos incentivaron en el sector privado mediante préstamos ventajosos. Este fenómeno explica una parte del aumento global de los precios según el índice sectorial del INDEC, que está determinado no sólo por la evolución de los precios en

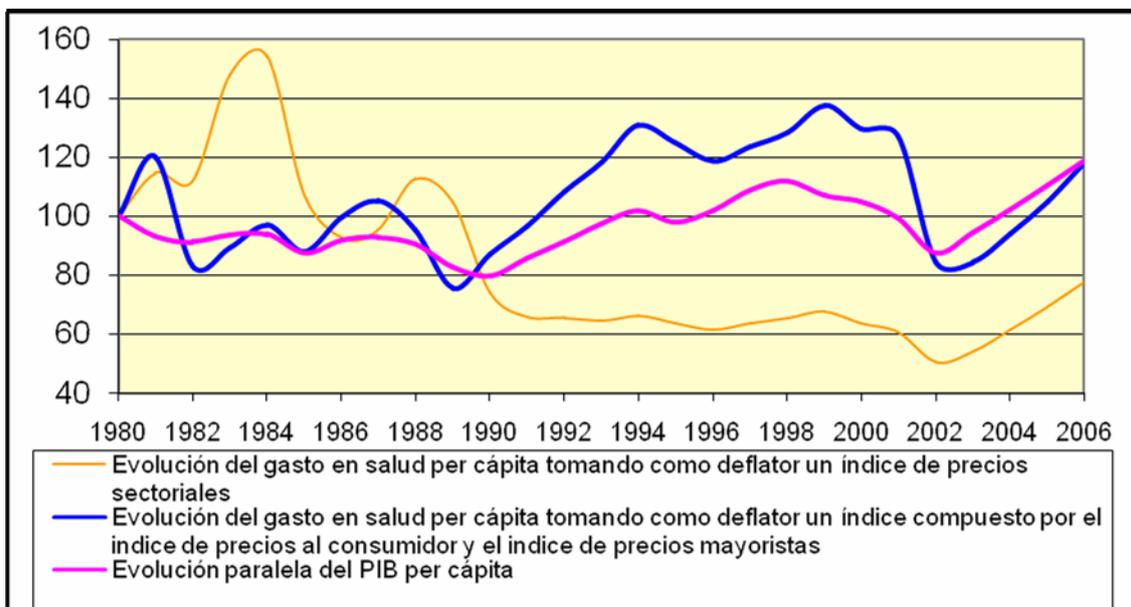
<sup>4</sup> Comentario: las dos curvas tienen un valor de 100 en 1980. El gráfico muestra la evolución divergente del gasto según el deflactor considerado. Fuente: cálculo propio. INDEC y Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usaron estimaciones para los años 2005 y 2006.

sí, sino también por la evolución de la estructura de los gastos y factores de tipo tecnológico. Acá, la modernización fue incentivada a la vez por el sector público y la paridad ventajosa “1 peso = 1 dólar” que permitió la importación de bienes de alta tecnología con mucha facilidad. Esta situación condujo a una sobre oferta en ciertos servicios de salud en una situación de competencia altamente imperfecta.

El incremento menor del gasto de las obras sociales (gráfico 1) respecto del incremento del INSSJyP o de la atención pública de la salud tiene que ver en gran parte con la desafiliación de muchos trabajadores del sistema de obras sociales debido al aumento del desempleo entre 1990 y 1994. Este fenómeno minimiza el aumento del gasto global por causa de la incorporación de nuevas tecnologías por parte de los proveedores privados. No obstante, el aumento importante del gasto del sector público puede haber sido causado por la necesidad de colmar el vacío de protección social generado por la degradación de la situación laboral. Explicamos más adelante este fenómeno propio de la organización de la salud en Argentina.

Los gastos en salud parecen haber sido determinados, además de las evoluciones en términos de aumento de los precios y modificaciones tecnológicas, por las fluctuaciones de la economía y el contexto general de descentralización de los servicios públicos hacia las escalas provinciales y municipales. En el gráfico 4, se nota que la evolución del gasto siguió en gran parte la evolución en términos porcentuales del PIB.

**Gráfico 4: Evolución del gasto consolidado en salud y evolución del PIB per cápita<sup>5</sup>**



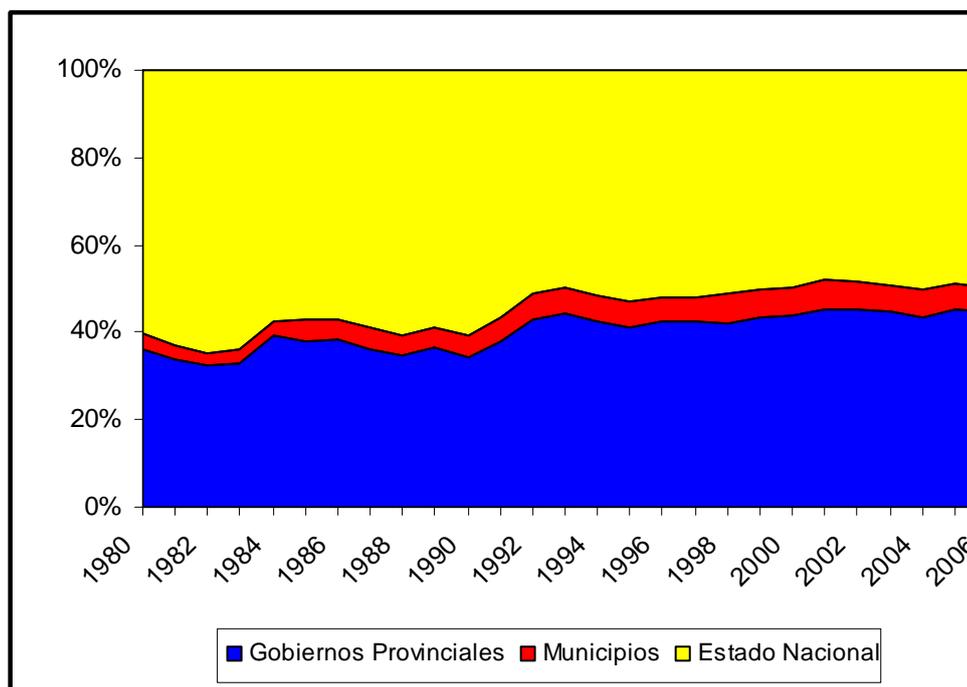
<sup>5</sup> Fuente: cálculo propio. INDEC y Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usaron estimaciones para los años 2005 y 2006.

Por ende, podemos concluir de estos gráficos que la evolución de los precios y la coyuntura económica global pueden en si explicar la evolución del gasto, pero no se puede derivar de lo presentado arriba si se logró mejorar la salud en Argentina. Más interesante resulta distinguir tres momentos claros en el gasto en salud entre 1980 y 2006: de 1980 a 1990, de 1991 a 2001 y de 2002 a 2006. La estructura del gasto así presentada nos da a pensar en una reconfiguración del sistema a cada periodo. Las rupturas en el gasto implican cambios importantes y de primer plano. En primer lugar, cambiaron las prerrogativas de los actores públicos al descentralizarse los medios de gestión.

### **3. La gestión de la salud y las escalas de la acción publica**

Como se puede ver en el gráfico 5, la evolución desde los años '80 va hacia más competencias para los gobiernos provinciales y cada vez menos peso en el gasto global en salud por parte del Estado nacional. En un contexto general de reorganización de ciertas funciones del Estado nacional, este último llegó a cubrir sólo la mitad del gasto en salud (incluyendo obras sociales e INSSJyP).

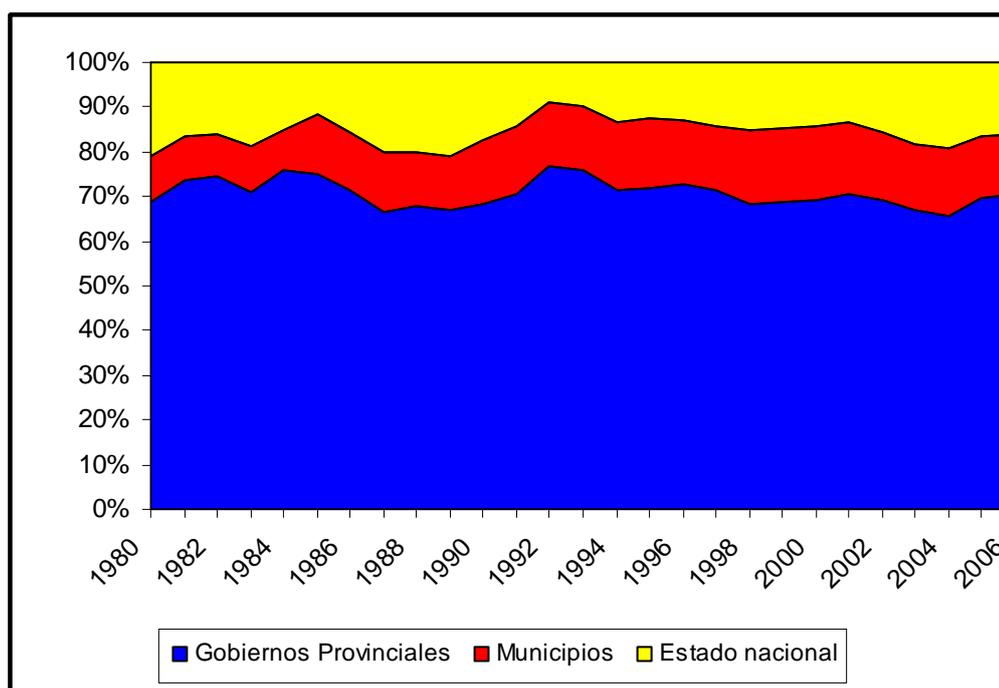
**Gráfico 5: Repartición del gasto consolidado en salud por nivel de gestión<sup>6</sup>**



<sup>6</sup> Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usaron estimaciones para los años 2005 y 2006.

Si se considera sólo el gasto realmente administrado en base a impuestos generales y no a través de contribuciones, se nota que el Estado nacional tiene muy poco peso en la gestión de la salud pública. En efecto, el INSSJyP es de carácter contributivo, tanto como el sistema de obras sociales, de manera que el Estado nacional no está tan comprometido con su gestión como en el caso de la atención pública de salud, en que los servicios que dependen de él se tienen que financiar a través de la votación del presupuesto del gasto público nacional. En el gráfico 6, se nota el débil compromiso del Estado nacional en materia de atención pública de la salud y una voluntad de reducción mayor del gasto entre 1989 y 1993. En 1992, el porcentaje del gasto en atención pública de la salud administrado por el Estado nacional llegó a representar apenas el 9,03% del gasto total en atención pública de la salud. En 1989, el gasto nacional representaba el 20,97% del gasto consolidado en atención pública de salud.

**Gráfico 6: Repartición del gasto en atención pública de la salud por nivel de gestión<sup>7</sup>**

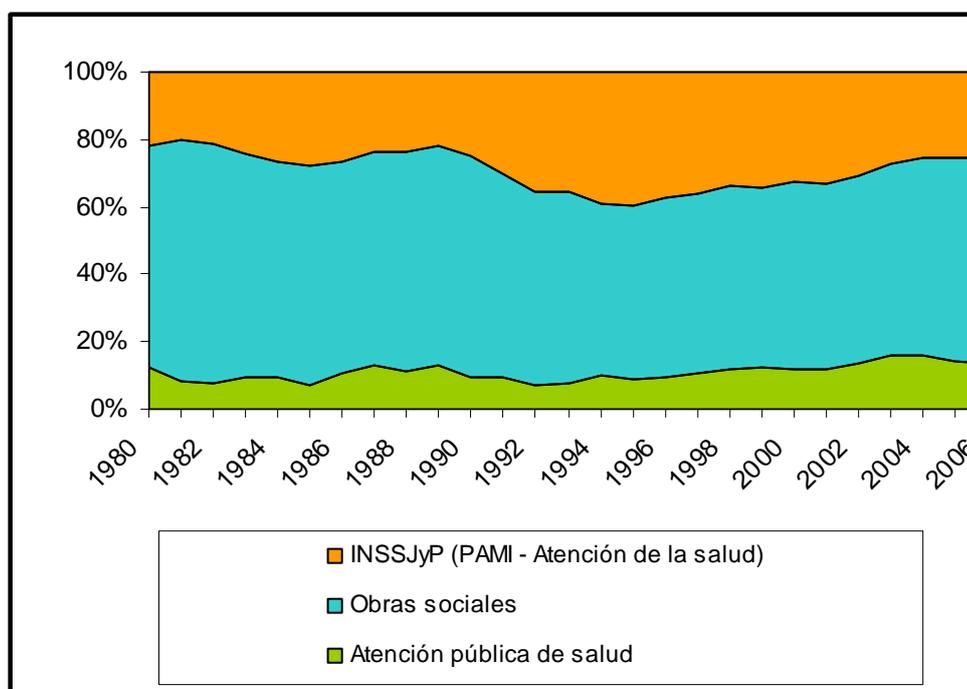


El Estado nacional dejó a los gobiernos provinciales competencias extensas en la gestión de los servicios de educación y salud (la gestión de la mayoría de los hospitales está a cargo de los Gobiernos provinciales y de los municipios), concentrando sus esfuerzos sobre la administración del sistema previsional en crisis. La situación financiera

<sup>7</sup> Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usaron estimaciones para los años 2005 y 2006.

del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) fue catastrófica en los años noventa, obligando al Estado a recurrir al endeudamiento para cubrir los gastos operativos (costo de las prestaciones y gastos de gestión). La situación financiera deficitaria del SIJP rebotó sobre el INSSJyP cuyos ingresos dependen en gran parte de los haberes de los beneficiarios del PAMI. Así, el resultado operativo del INSSJyP registraba un déficit de 222,79 millones de pesos el 31 de diciembre de 2000 y de 227,65 millones de pesos el 31 de diciembre de 2001. Durante los años noventa, el INSSJyP tomó proporciones considerables en la estructura del gasto nacional. Así, en 1995, el gasto del INSSJyP en atención de la salud llegó a representar el 39,63% del gasto total en salud a escala nacional, como se puede ver en el gráfico 7.

**Gráfico 7: Repartición del gasto del Estado nacional en salud según tipo de gasto<sup>8</sup>**



La situación del gasto en salud en los años noventa implicó un compromiso cada vez menos importante del Estado nacional en las políticas de la salud mientras tenía que enfrentarse con la viabilidad de los gastos del INSSJyP. Al mismo tiempo que la viabilidad de las políticas públicas emprendidas empezó a generar problemas graves, se fragilizó el ideal de universalidad de la cobertura. En un contexto de empeoro considerable del mercado de trabajo, la dualidad del sistema de cobertura argentino se hizo cada vez más

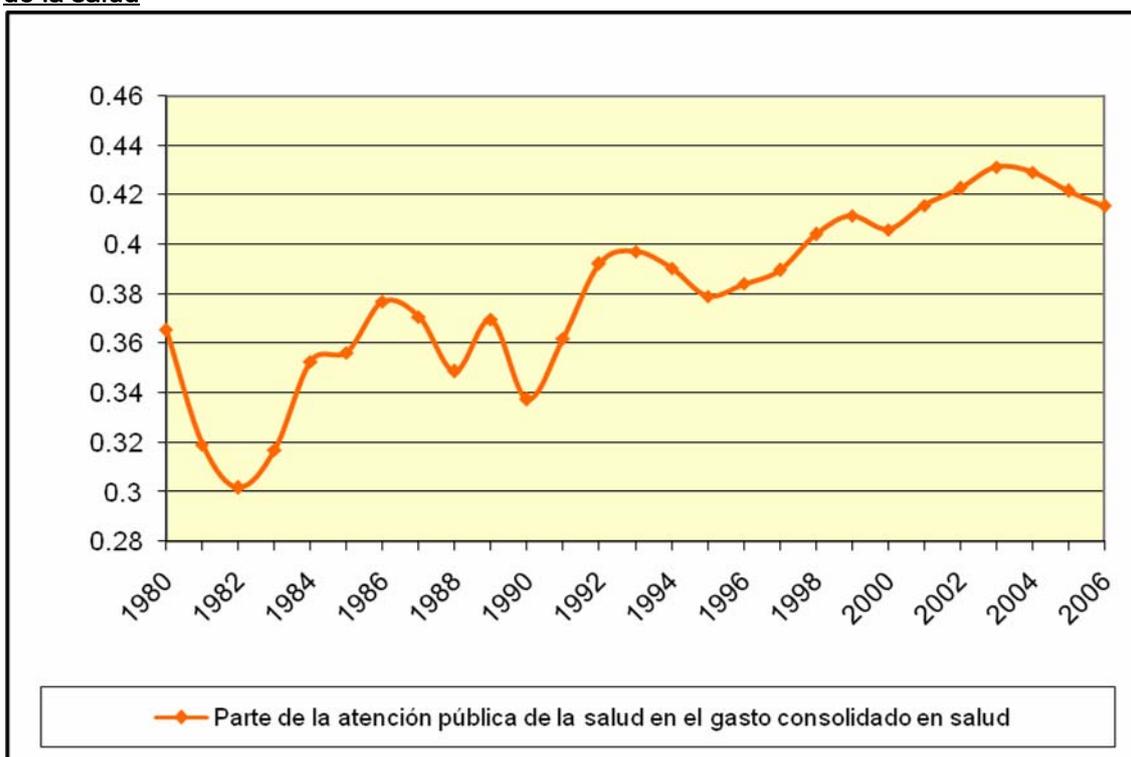
<sup>8</sup> Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usaron estimaciones para los años 2005 y 2006.

visible. Esta dualidad se tradujo por un fenómeno de organización lexicográfica de la demanda en salud, el cual está en el centro de un mecanismo insidioso de interdependencia entre sistema de atención pública y sistema de obras sociales.

#### **4. La ordenación lexicográfica de la demanda en un sistema público de salud dual**

La atención pública de salud representa el 42% del gasto consolidado en salud. Esta cifra era inferior en los años ochenta y parece haberse estabilizado en los noventa. Este dato implica que el sistema de obras sociales (incluyendo al INSSJyP) representa el 58% de la oferta en salud de carácter público. La pública cobertura de salud en Argentina está provista por dos sistemas independientes a priori el uno del otro. De hecho, esta configuración corresponde a un sistema de cobertura dual expuesto a las fluctuaciones de los ciclos económicos.

**Gráfico 8: Proporción del gasto público consolidado en salud dirigido a la atención pública de la salud<sup>9</sup>**



Siendo el sector de atención pública de la salud un sector conviviendo con el de las obras sociales, su evolución depende en gran parte de la evolución paralela del sector de

<sup>9</sup> Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usaron estimaciones para los años 2005 y 2006.

las obras sociales. El período de los años noventa fue un período conflictivo en el terreno laboral. Entre 1990 y 1995, aumentó considerablemente el desempleo en Argentina, superando el 19% de la población activa en 1995. El empeoro de las condiciones de trabajo condujo a una disminución de la cobertura ofrecida por las obras sociales, como lo demuestra la comparación entre los dos censos poblacionales del INDEC de 1991 y 2001. En 2001, el 48,05% de la población se encontraba sin cobertura, contra el 36,89% en la década anterior según estos censos. Esta fuerte disminución relativa de la cobertura no se tradujo tanto por una disminución del gasto en salud de las obras sociales, sino por una agudización de las desigualdades entre las poblaciones cubiertas por el sistema de seguros de salud y las personas sin cobertura. Por así decir, la proporción del gasto en salud del sector público estuvo alrededor del 40% con una tendencia al alza, pero este porcentaje del gasto en salud no correspondió a la misma cantidad de personas durante toda la década. La dualidad del sistema se agudizó al estar excluida del sistema contributivo una parte cada vez más importante de la población.

En este sistema dual, aparece una parte móvil de la población que se desplaza de un sistema al otro según la coyuntura económica. Este fenómeno se debe a situaciones de precariedad frente al empleo formal. Existe una población residual que, según la coyuntura económica, llega a ser atendida por los servicios públicos o por el sector semipúblico. Por causa de la existencia de una demanda residual en servicios públicos, la demanda en salud pública evoluciona por razones exógenas al sector público de salud pero en parte endógenas al sistema sanitario en su globalidad. Estas demandas volátiles o de largo plazo –dependiendo de la coyuntura laboral que condiciona la efectividad del sistema de obras sociales– le afectan al sistema de salud público mientras sus recursos no son particularmente flexibles, dado que dependen ante todo de los poderes públicos y de los ingresos de los impuestos generales.

El aspecto residual de una parte de la demanda del sector público proviene de la existencia de una relación de interdependencia respecto del sector de las obras sociales. Esta relación de interdependencia tiene como motor principal la ordenación lexicográfica de los sistemas de cobertura sanitaria. En efecto, la atención que provee las obras sociales es generalmente de mejor calidad que lo que proveen los servicios públicos. Estas últimas contratan en su mayoría a proveedores de salud privados con mejores resultados en términos de atención a las personas. Se concentran más recursos para menos personas. Por otra parte, los servicios de salud ofrecidos por los servicios de medicina prepaga son también de mejor calidad en promedio, dado que la contratación de estos servicios por las clases medias y las clases pudientes se basa en una preocupación por la obtención de un mejor servicio. Así, los beneficiarios de estos diferentes servicios no organizan su demanda en servicios de salud de manera aleatoria entre los diferentes servicios que pueden

movilizar. Muy a menudo, los beneficiarios de un régimen prepago también tienen obra social. Por el contrario, las personas que no tienen acceso a un régimen privado o a los servicios de una obra social se orientan hacia el servicio de salud público. La ordenación lexicográfica de la demanda en servicios de salud según las posibilidades de acceso a cada tipo de cobertura implica que el servicio de salud es *proveedor en última instancia*. Uno se orienta primero hacia el sector privado que ofrece mejores servicios. El sector público atiende a las personas que, temporaria o permanentemente, no tienen acceso al sistema semipúblico o a una cobertura privada. El sistema público de atención sanitaria es el último recurso de todos en el caso en que las coberturas semipúblicas o privadas paran de servir de escudo social.

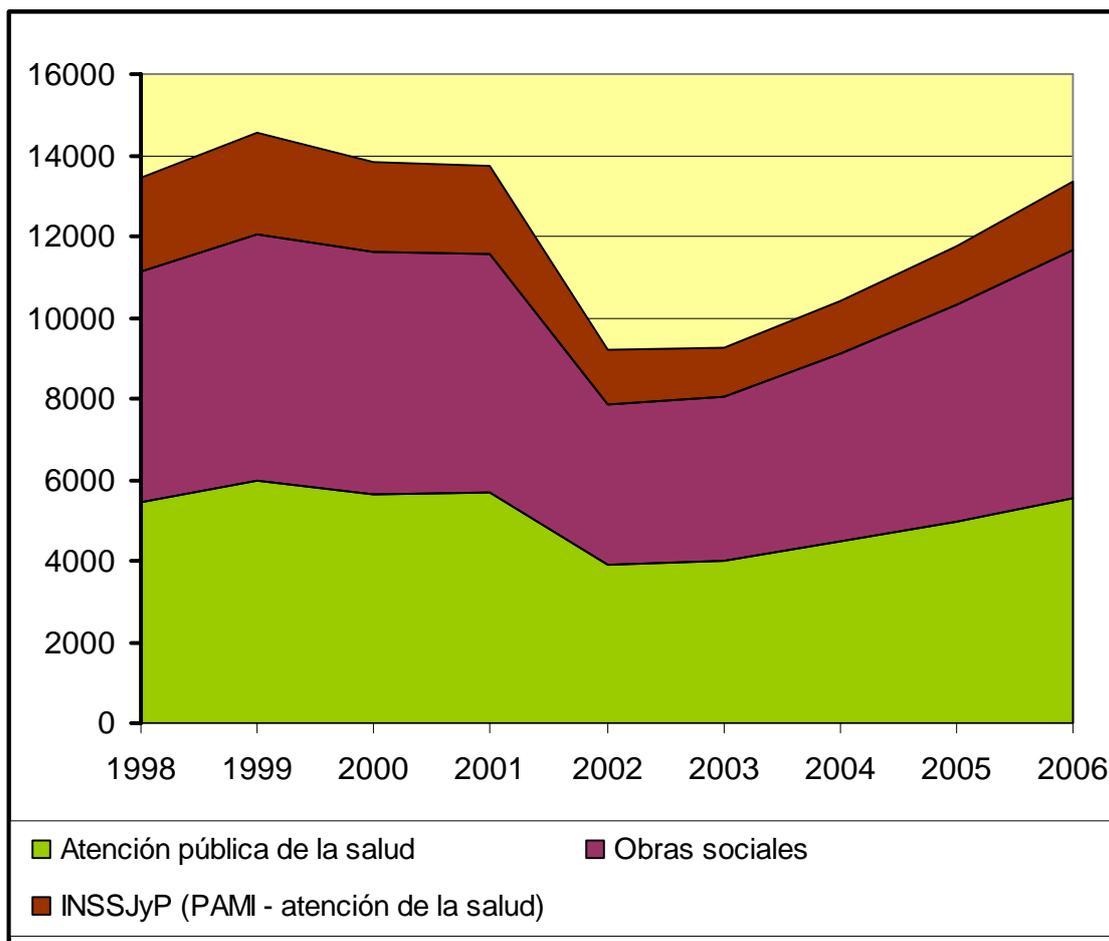
Así, la salud pública responde en segunda instancia a las necesidades de la población argentina, de manera que la demanda en servicios de salud públicos está estructurada por los planes semipúblicos y privados de seguro de salud. Esta estructura de la demanda tiene dos consecuencias mayores. En primer lugar, el sector público de la salud está expuesto a la evolución exógena de las coberturas semipúblicas y privadas. Por otra parte, el diseño del sistema de salud argentino implica un tratamiento segmentado de la salud en margen de un sistema debilitado de atención universal.

## **B/ La crisis y sus efectos sobre un sistema dual**

### **1. La volatilidad del sistema de obras sociales en un contexto de crisis**

La crisis del 2001 generó una situación de desempleo y dificultades mayores para la población argentina. Al caer en el desempleo, las poblaciones padecen una ruptura brutal en la cobertura sanitaria, dado que ésta sólo se mantiene mientras uno cotiza para su obra social. Al mismo tiempo, puesto que la situación del SIJP fue una de las razones que condujo a la crisis, la exigencia de solvencia del INSSJyP condujo a una baja drástica del gasto en atención de la salud por parte de esta entidad. Finalmente, la política de rigor impulsada por las necesidades del momento condujo a una disminución brutal del gasto público en atención de la salud (ver gráfico 9).

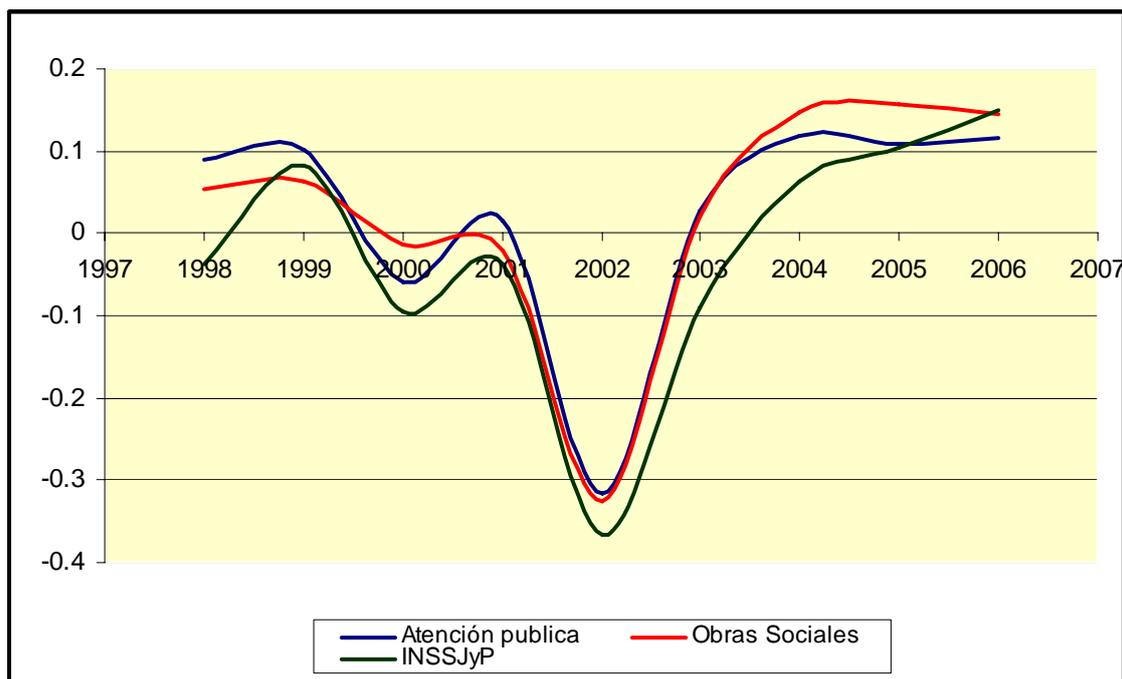
**Gráfico 9: Evolución en pesos de 2001 del gasto público consolidado en salud per cápita<sup>10</sup>**



El derrumbamiento del sector sanitario en 2002 fue extremadamente duro de manera que el gasto en salud del 2006 es inferior al gasto en salud del 2001 (en pesos de 2001). No obstante, la crisis generó una fuerte reorganización del gasto que puede ser leída a la vez como el efecto de una voluntad política pero también como el producto lógico de los mecanismos en acción en el sistema. En primer lugar, el crecimiento fulgurante de los años post-Convertibilidad generó una situación laboral muy favorable que permitió la reintegración al sistema de seguridad social de las poblaciones excluidas en el 2001. Así, la AFIP registraba 4 475 195 cotizantes al régimen de seguridad social en mayo de 2003. En mayo de 2006, los cotizantes representaban más de 6 700 000 personas. Por esa razón, el sector de las obras sociales fue el que conoció el crecimiento más importante desde 2003, de manera que el crecimiento del gasto en obras social superó el 10% anual.

<sup>10</sup> Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Se usaron estimaciones para los años 2005 y 2006. Gasto expresado en pesos de 2001 según estimación del Ministerio de Economía.

**Gráfico 10: Evolución porcentual anual de los gastos consolidados en salud<sup>11</sup>**



El crecimiento rápido del gasto de las obras sociales tiene que ver con el aumento importante de afiliaciones a partir del 2003 y el alza de los salarios reales en un período de expansión de la economía. En el cuadro 1, se nota el alza fulgurante del número de afiliados en el periodo:

**Cuadro 1: Cantidad de beneficiarios del sistema de obras sociales<sup>12</sup> (Fuente: INDEC)**

Año	Beneficiarios
2002	12,955,399
2003	14,175,892
2004	14,882,140
2005	15,514,299

El crecimiento del sector de las obras sociales parece casi mecánico, en el sentido en que parece altamente relacionado con las fluctuaciones económicas favorables que acontecieron después del 2003. De hecho, se nota una fuerte correlación entre la evolución del PIB y la evolución paralela del gasto público en obras sociales a nivel nacional entre 1995 y 2006. Estadísticamente, se puede obtener un coeficiente de correlación de 0,83 con un t-statistic de 4,89 (11 grados de libertad), lo que implica que la estimación es estadísticamente probante con un riesgo de error de 0,0005. En cuanto a la evolución del gasto provincial en el mismo período, la correlación entre el gasto provincial

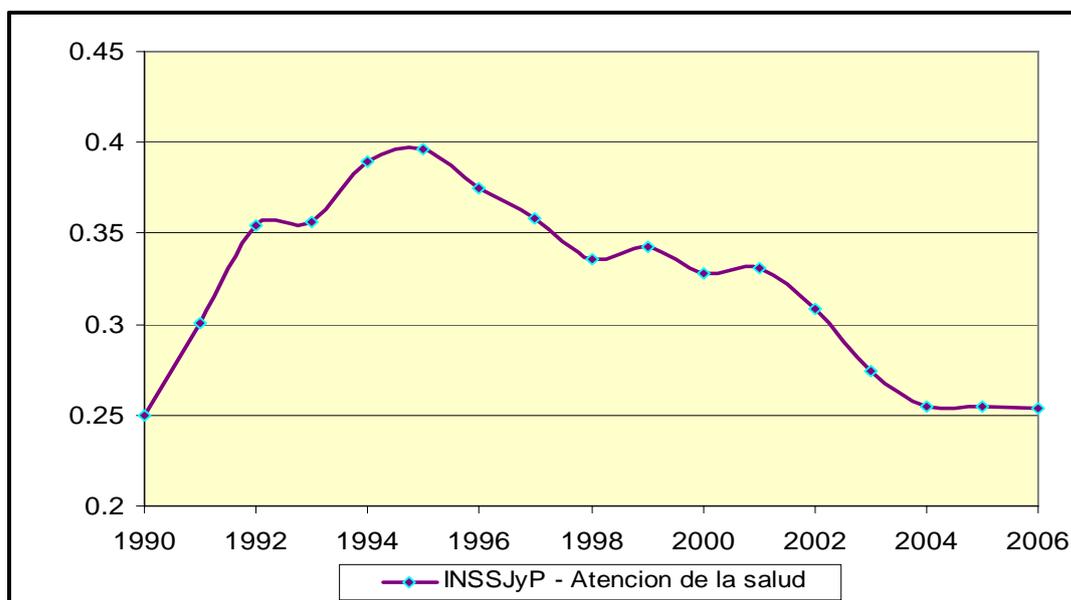
<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Fuente: INDEC

en obras sociales y el PIB es menos evidente. La correlación positiva estimada en base a los datos del INDEC y el Ministerio de Economía dan un coeficiente de correlación de 0,70 con un t de 3,23, lo que implica que la estimación es estadísticamente probante con un riesgo de error de 0,0080.

Por así decir, la evolución del gasto en obras sociales a nivel nacional parece actuar de manera automática y elástica con la evolución de la coyuntura económica, lo cual implica una fuerte dependencia de la cobertura semi-privada con los vaivenes de las fluctuaciones económicas, lo que genera muchas capacidades de recobro después de una crisis como la del 2001, pero que implica mucha inseguridad frente al futuro para los actuales beneficiarios. Por el contrario, el INSSJyP tardó más en aprovechar el crecimiento económico para consolidar su posición, lo que se puede explicar por el medio de financiación mixto de esta institución, que dependía a la vez de las cotizaciones de los activos, pero también de los propios jubilados. En el caso del INSSJyP, se nota una considerable pérdida de influencia desde la crisis. Habíamos resaltado que en 1995, el INSSJyP representaba casi el 40% del gasto público del Estado Nacional en atención de la salud. La crisis precipitó la caída de la influencia del INSSJyP, que se estabilizó alrededor del 25% del gasto total en salud del Estado nacional.

**Gráfico 11: Parte del gasto público nacional en salud consagrada al INSSJyP<sup>13</sup>**



Así, el campo de la cobertura sanitaria semipública y contributiva se vio ampliamente alterado por la evolución reciente de la economía argentina. La política

<sup>13</sup> Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía de la Nación argentina. Estimaciones para los años 2005 y 2006.

sanitaria de la vejez vio sus gastos disminuir de manera drástica mientras se operó una ruptura neta en las coberturas propuestas por las obras sociales. En este marco coyuntural específico y a partir de las características del sistema público de salud previamente esbozadas, queremos plantear la cuestión de la reconfiguración del sistema público de salud confrontado a una modificación radical de su entorno.

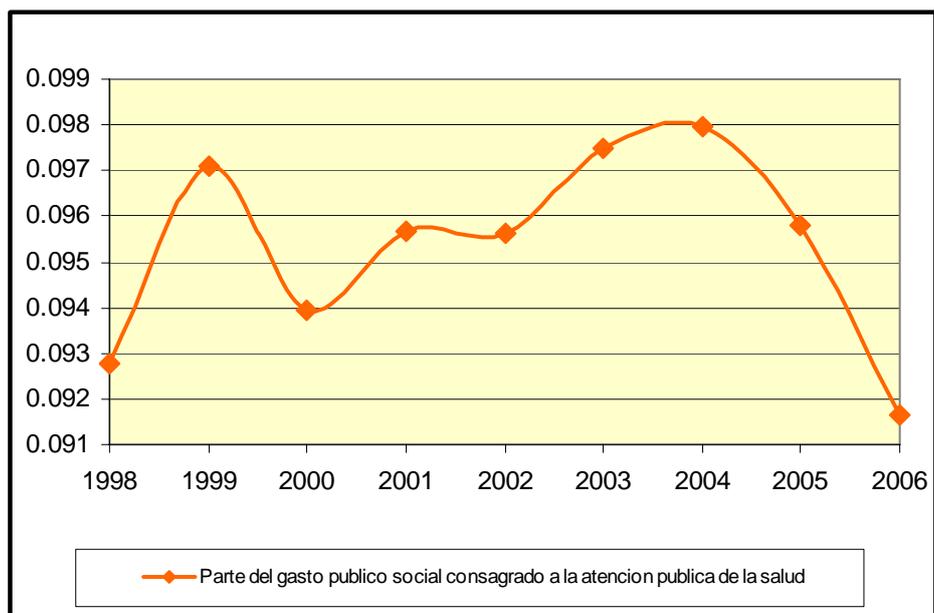
## **2. La cuestión del espacio reservado a la atención pública de la salud**

El efecto radical de la crisis del 2001 fue la caída importante del gasto público en general y por rebote en la atención pública de la salud. No obstante, el desmantelamiento del sistema de obras sociales implicó para el sector público de salud un aumento importante de la demanda en prestaciones públicas universales. Por así decir el sistema público de salud residual enfrentó una situación de excepción terrible. Al mismo tiempo que se reducían los recursos, los niveles de atención aumentaron de manera importante. Por causa de este efecto de balance mecánico entre el sector de obras sociales y el sector de atención pública de la salud, el estado sanitario global necesitaba que el gobierno tome medidas concretas para atender a la salud de todos, lo que pasaba por una priorización contracíclica del gasto en atención de salud pública. En el gráfico siguiente se nota el aumento porcentual del gasto en atención de salud pública respecto del gasto público social en 2003 y 2004, debido a la necesidad de atender a los aflujos coyunturales debidos al desmantelamiento de la cobertura de las obras sociales.

**Gráfico 12: Parte del gasto público social consolidado consagrado a la atención pública de la salud<sup>14</sup>**

---

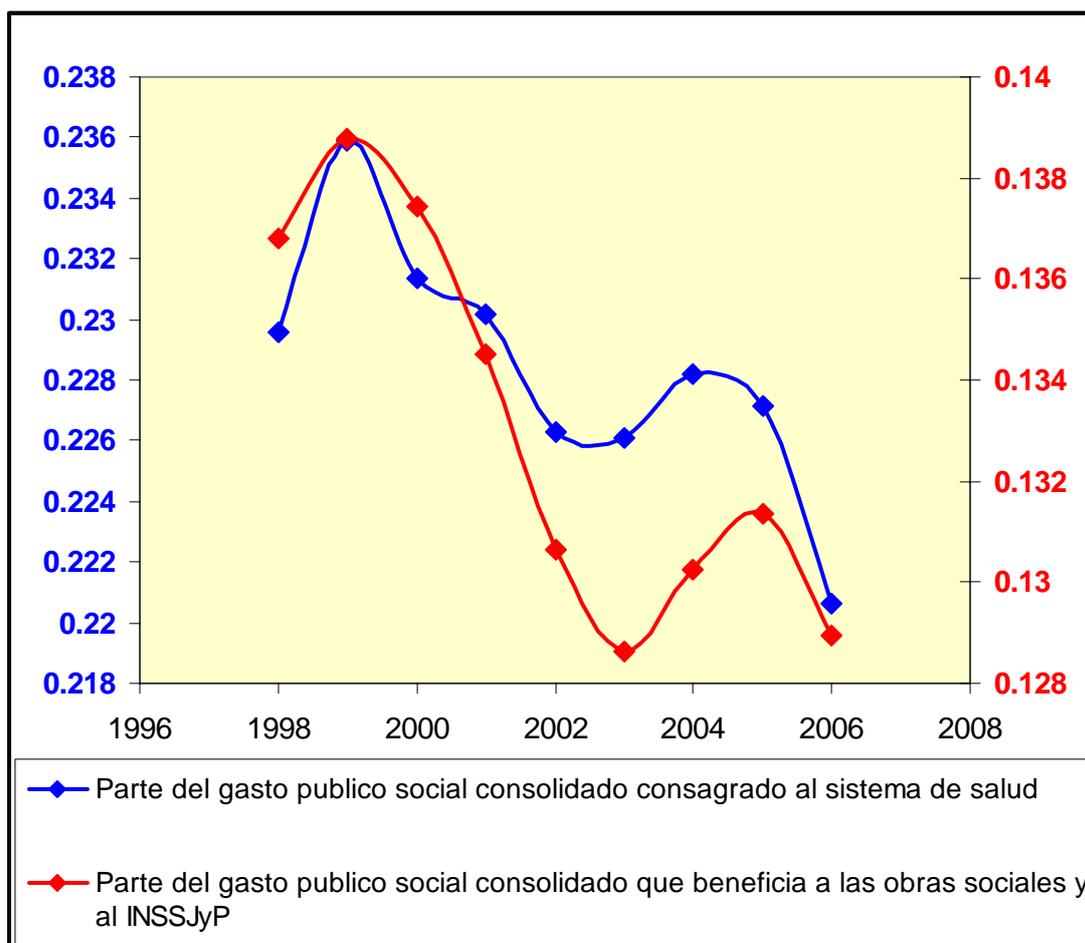
<sup>14</sup> Fuente: Ídem.



Este aumento relativo del gasto en atención de la salud pública permitió mantener durante este período el espacio porcentual de la salud en el gasto público social, mientras había disminuido la parte ocupada por el sistema de salud contributivo. El gráfico 13 superpone dos escalas de manera a mostrar que hubo una caída importante de la parte del gasto público social consolidado en salud beneficiando al INSSJyP mientras se mantuvo la proporción del gasto público social consolidado consagrado a la salud. Este fenómeno se debe directamente al aumento del presupuesto público consolidado en atención pública de la salud presentado en el gráfico 12. Recordemos que el gasto público social consolidado en salud está compuesto por el gasto público social consolidado en atención pública de la salud, en obras sociales y en gastos sanitarios del INSSJyP. La diferencia entre el gasto público social consolidado y el gasto público consolidado en obras sociales y gastos sanitarios del INSSJyP equivale al gasto público consolidado en atención de la salud. Así, el gráfico 14 muestra que el gasto público social en salud se mantuvo entre 2002 y 2004 alrededor del 22,80% gracias al aumento del gasto público consolidado en atención pública de la salud en un contexto de caída del gasto público consolidado en obras sociales y del gasto en salud del INSSJyP.

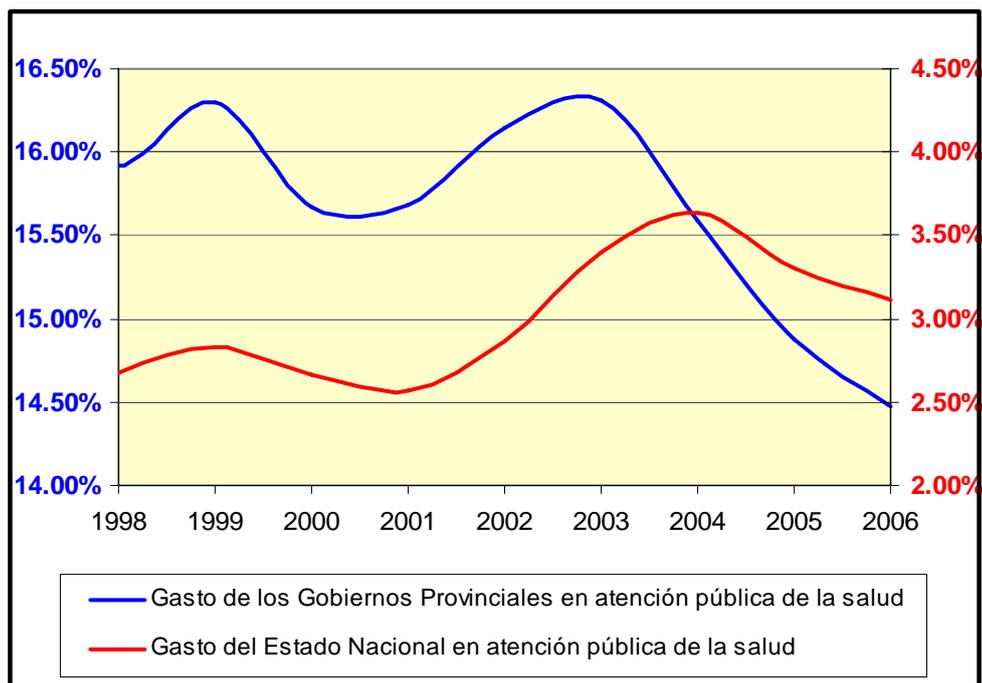
**Gráfico 13: Proporción del gasto en salud en el Gasto público social consolidado y baja sustantiva del gasto en obras sociales y INSSJyP<sup>15</sup>**

<sup>15</sup> : Ídem.



La reacción de los poderes públicos para mantener el gasto en salud en una posición relativa similar a la que éste tenía antes de la pérdida de velocidad del sistema de obras sociales se dio tanto en los niveles provinciales como en el nivel estatal. La respuesta proveniente del Estado nacional fue importante y tenía como objetivo aliviar a los gobiernos provinciales del peso de la sobre demanda en servicios públicos. No obstante, la débil participación en primera instancia del Estado nacional (debido a que la gestión de los hospitales depende principalmente de los Gobiernos provinciales y los Municipios) en la atención pública de la salud obliga a pensar la acción del Estado nacional como ínfima respecto del problema que tenía que resolver. El gráfico siguiente muestra el compromiso en alza del Estado (2002-2004) y de los Gobiernos Provinciales (2002-2003) durante la crisis. Hay que tomar en cuenta que las escalas son diferentes para ambos niveles de gestión. El Estado nacional llegó a consagrar el 3,50% del gasto social en atención pública de la salud y los Gobiernos nacionales mantuvieron en 2003 un gasto en salud superior al 16% de su gasto social.

**Gráfico 14: Proporción del gasto en salud en los gastos públicos sociales del Estado Nacional y los Gobiernos Provinciales <sup>16</sup>**

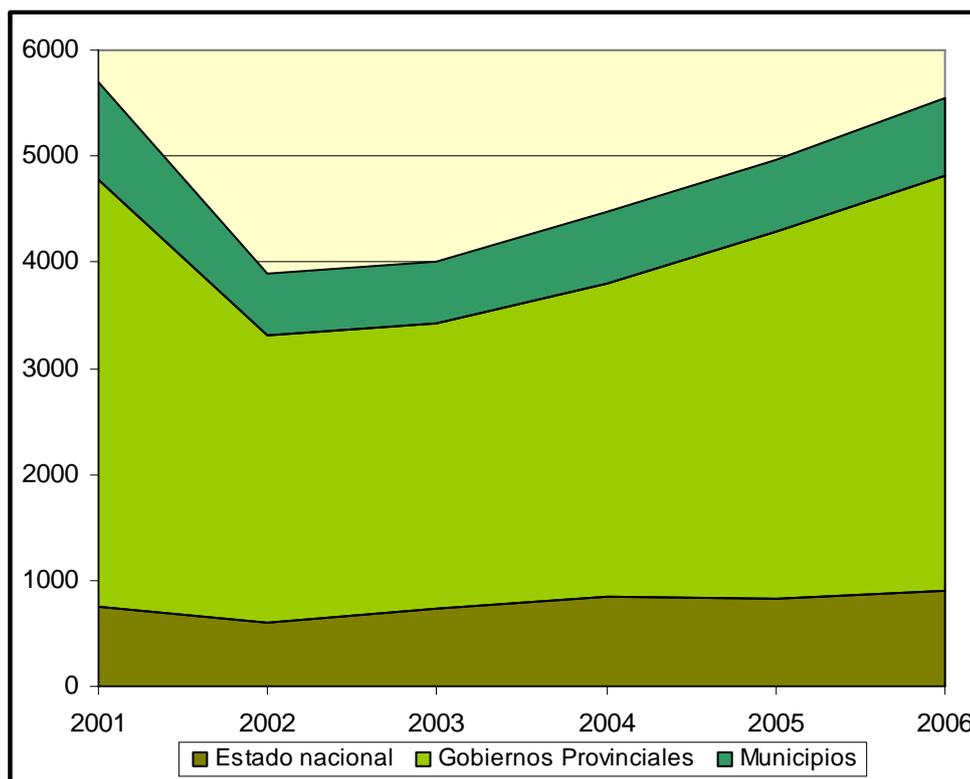


Este compromiso superior y coyuntural permitió inyectar más recursos en salud pero su efecto fue poco perceptible en un contexto de caída tremenda de los recursos. Se nota que el gasto del Estado en atención pública de la salud aumentó en términos reales en 2003-2004 pero no colmó la brecha generada por la crisis.

**Gráfico 15: El gasto público consolidado en salud en pesos de 2001<sup>17</sup>**

<sup>16</sup> Fuente: Ídem.

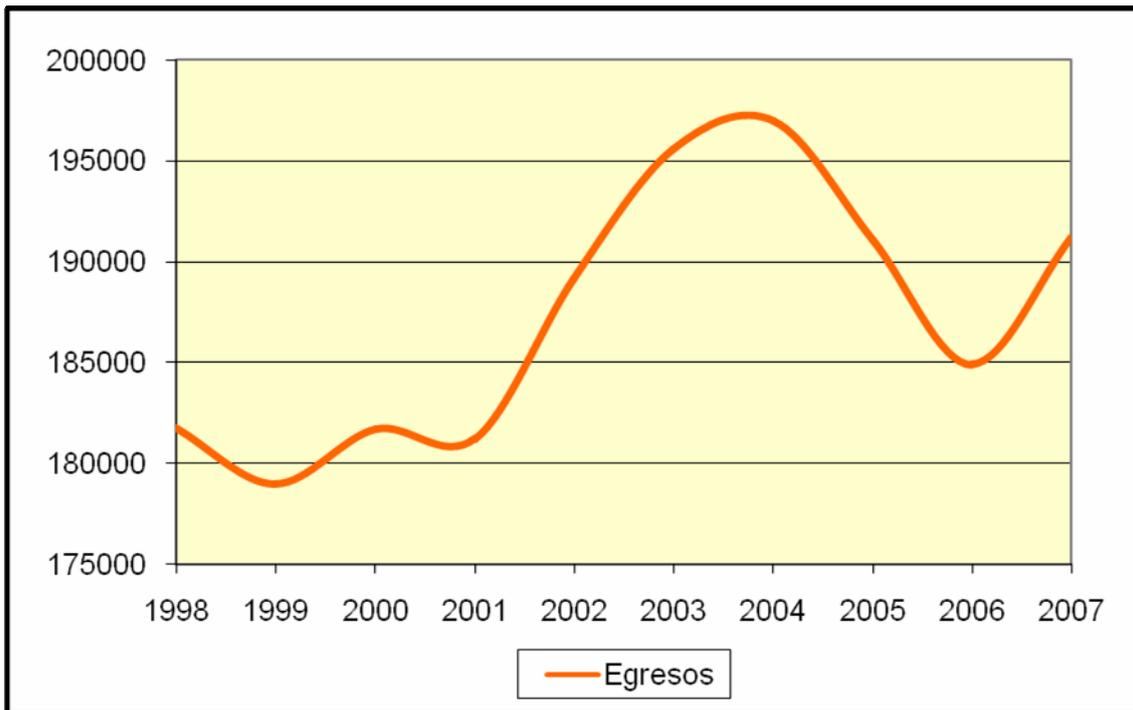
<sup>17</sup> Fuente: Ídem.



Mientras tanto, los flujos de población hacia los hospitales públicos aumentaban tremendamente, como en el caso de la ciudad autónoma de Buenos Aires. El número de egresos (internaciones) de los hospitales públicos de la capital aumentó en 2002 y 2003 de manera significativa antes de decaer con la misma velocidad en 2005 y 2006, cuando la economía nacional y el sistema de obras sociales estaban recuperando.

**Gráfico 16: Número de Egresos (internaciones) de los hospitales porteños<sup>18</sup>**

<sup>18</sup> Fuente: *Internación; Movimiento Hospitalario, serie 1998-2007*. Dirección de Estadísticas Para la Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.



La marginalización de la atención pública de la salud en el sistema de salud argentino explica en parte las dificultades de este último durante la crisis. El desafío de la atención pública en salud después de la crisis del 2001 tuvo que ver con el margen de maniobra que le quedaba cuando su campo de acción era a la vez volátil, apremiante y contracíclico mientras sus recursos son procíclicos y tienen poca flexibilidad. La crisis del 2001 mostró hasta qué punto la dualidad del sistema de salud público, expresada por la convivencia de sistema universalista minoritario y un sistema de cobertura basada en el pleno empleo (el sistema de obras sociales), podía tener repercusiones dramáticas, principalmente respecto de la estabilidad de la cobertura ofrecida a lo largo del tiempo. Por consiguiente, es preciso preguntarse si la evolución del sistema sanitario hacia una importancia mayor del sistema de obras sociales constituye el medio por el cual el sistema se va consolidando (dado que se va ampliando la cobertura) o si la evolución reciente del sistema de salud no está suficientemente respaldada por normas que permitan una consolidación del sistema sanitario argentino. El análisis del gasto que propusimos en esta primera parte introductoria demuestra la importancia que revisten las relaciones de interdependencia entre los diferentes subsistemas de salud. En una segunda parte, nos interesamos por estos subsistemas a través de un análisis del juego de actores que estructura el campo sanitario argentino. Proponemos una descripción de la agenda sanitaria, definiendo esta última como la cristalización de los intereses de los diferentes actores en juego alrededor de problemáticas comunes. Nos acercamos a la problemática de la política de regulación de la salud como la objetivación de una serie de intereses y su confrontación en la esfera política.

## Regulación y agenda nueva del sistema de salud después de la crisis del 2001

### A/ El sistema de salud definido como un campo social estructurado por diferentes actores

Para entender en detalle las relaciones de interdependencia de los subsistemas de la salud, un análisis de la evolución del gasto es insuficiente. A fin de poder comprender mejor el recobro del sistema de salud a partir del recobro del sistema de obras sociales y responder a la pregunta de saber si este recobro puede ser duradero, quisimos privilegiar una escala de análisis que permita dar cuenta de la complejidad de los mecanismos de interdependencia de los diferentes subsistemas analizados. Para ello, nos pareció indispensable interesarnos por la agenda de la regulación de salud.

Definimos el concepto de «agenda» como la objetivación de los intereses de los actores preponderantes en el campo de estudio. Nos referimos por lo tanto al concepto de agenda en los mismos términos que O. Oszlak (1997) en «Estado y sociedad: ¿nuevas reglas de juego?»:

“La agenda estatal representa el "espacio problemático" de una sociedad, el conjunto de cuestiones no resueltas que afectan a uno o más de sus sectores -o a la totalidad de los mismos- y que, por lo tanto, constituyen el objeto de la acción del Estado, su dominio funcional. Las políticas que éste adopta son, en el fondo, tomas de posición de sus representantes e instituciones frente a las diversas opciones de resolución que esas cuestiones vigentes admiten teórica, política o materialmente. La vigencia de esas cuestiones, es decir, su continuada presencia en la agenda, revela la existencia de tensiones sociales, de conflictos no resueltos y de actores movilizados en torno a la búsqueda de soluciones que expresen sus particulares intereses y valores”<sup>19</sup>.

Frente a este “espacio problemático”, se constituye un programa político que tiene como función la resolución de los problemas diagnosticados. Este programa es una construcción « socio-técnica », es decir que pasa por el diálogo entre un polo técnico-científico y una red de intereses variados que se va cristalizando alrededor de un proyecto técnico-político consensuado. Por así decir, partimos de la idea que las reformas en general (y la política sanitaria actual en el caso de nuestro estudio) son construcciones sociológicas que se cristalizan alrededor de soluciones técnicas con miras a la optimización de la satisfacción de los intereses que forman parte de la red de actores involucrada. La construcción « socio-técnica » de la que hablamos no es una lista exhaustiva de medidas,

---

<sup>19</sup> Oszlak, Oscar: « Estado y sociedad: ¿nuevas reglas de juego? » en *Reforma y Democracia*. No. 9 (Oct. 1997). Caracas. CLAD.

sino que excluye ciertas reivindicaciones y orienta el proyecto político hacia la realización de ciertas metas específicas por el medio de soluciones técnicas. Esta definición está inspirada de trabajos realizados en el terreno de la sociología de las ciencias. La problemática central de un análisis institucional en clave socio-técnica es similar a la problemática de Michel Callon al referirse al concepto de “red tecno-económica”:

“Lo quiero investigar introduciendo el concepto de red tecno-económica (RTE). Es un término que usaré para describir un conjunto coordinado de actores heterogéneos que interactúan de manera más o menos exitosa para desarrollar, producir, distribuir y difundir métodos de generación de bienes y servicios. A veces, es posible predecir la manera como una RTE evolucionará. El modelo no lineal de cambio tecnológico no siempre está equivocado. No obstante, los actores involucrados disponen a menudo de importantes grados de libertad. Desarrollan estrategias complejas y muchas innovaciones posibles con implicaciones sociales y técnicas inesperadas. La pregunta es, por lo tanto, ¿cómo y por qué eso ocurre? ¿Cómo interpretar el potencial radical de la tecnología y sus relaciones con la asimetría social y económica”.<sup>20</sup>

El recurso que hacemos de los conceptos de « agenda política » y construcción « socio-técnica » nos obliga a interesarnos en prioridad por los actores del campo sanitario. Estos actores dan origen a la agenda de la regulación de la salud, y por lo tanto a la política de salud actual, a través de un debate técnico en que se apuestan los intereses de cada uno de ellos. Entender este debate nos permite por ende entender a los mecanismos que estructuran el sistema de salud. Primero, proponemos al lector una breve descripción de cada actor.

## **1/ Descripción de los proveedores públicos de atención de salud**

Los proveedores públicos de atención de salud están principalmente compuestos por los hospitales públicos y los Centros de Atención Primaria de la Salud. Los hospitales públicos están organizados como redes provinciales o municipales y su gestión está mayoritariamente entre las manos de los Gobiernos Provinciales o los Municipios. El

---

<sup>20</sup> Callon, Michel: « Techno-Economic Networks and Irreversibility ». In Law, John (Dir.): *A Sociology of Monsters: Essay on Power, Technology and Domination* (1991). Ediciones Routledge. Propusimos una traducción al castellano, refiriéndonos al pasaje siguiente en inglés: “I want to explore it by introducing the concept of techno-economic network (TEN). This is a term which I will use to describe a coordinated set of heterogenous actors which interact more or less successfully to develop, produce, distribute and diffuse methods for generating goods and services. It is sometimes possible to predict the way a TEN will evolve. The unlinear model of technological change is not always wrong. But more often the actors have significant degrees of freedom. They develop complicated strategies and many possible innovations with unexpected social and technical implications. The question, then, is how and why this happens. How should we make sense of the radical potential of technology, of its relationship to social and economic asymmetry?”

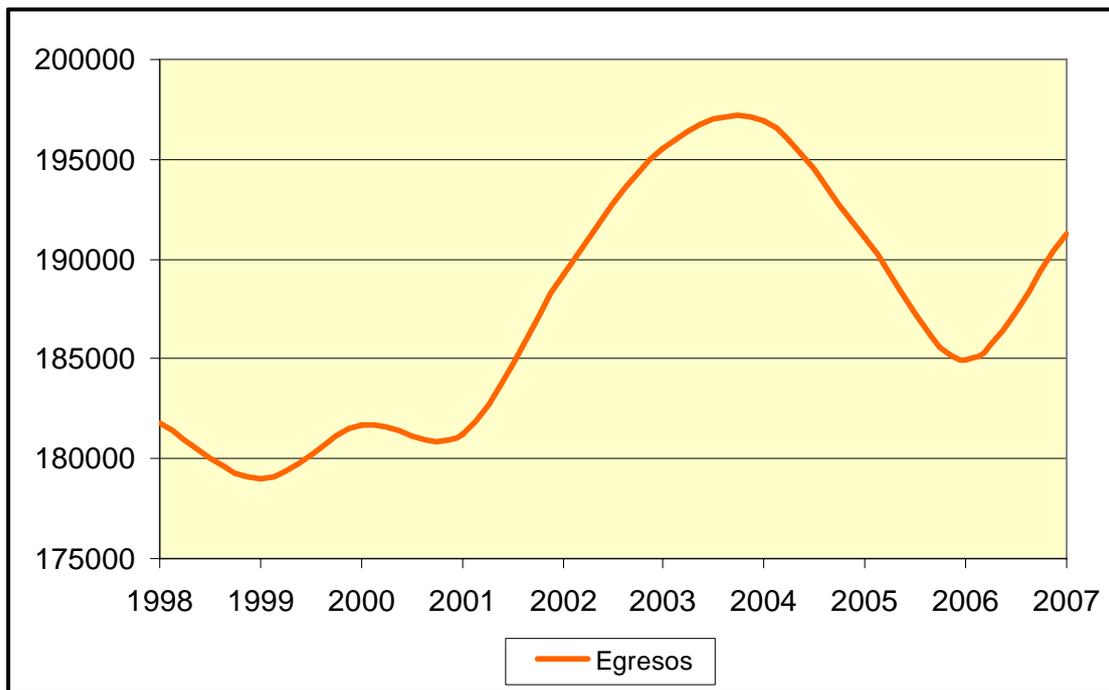
decreto 578/93 creó el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (RNHPA) a partir del cual los establecimientos inscritos pudieron facturar sus servicios a las obras sociales cuyos beneficiarios iban a atenderse en el sector público. El decreto 939/2000 generó el Régimen de Hospitales de Gestión Descentralizada que reemplazó el antiguo régimen de los hospitales de autogestión. Los hospitales públicos conformaban tradicionalmente la red de los proveedores públicos de salud. Su acceso es universal, dado que sus servicios son gratuitos. Por lo tanto, la imagen del hospital público en Argentina es una figura muy importante de justicia social tanto para el personal médico como para sus beneficiarios. Esta imagen de justicia social está reforzada por el hecho de que la estructura del sistema sanitario es tal que las personas que son atendidas por los proveedores públicos de salud son ante todo las personas de menores ingresos. Este hecho se debe en gran parte a que son las personas que no tienen acceso a una cobertura médica o un plan médico. En el siguiente gráfico, se estimó en base en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del primer trimestre de 2007 del INDEC la distribución de las personas sin cobertura dividiendo la población argentina en deciles de ingreso familiar per cápita<sup>21</sup>. Como se puede ver según la estimación que obtuvimos a partir de la EPH, el 75% de la población sin cobertura se concentra en los tres primeros deciles, de manera que el 30% de la población con menores ingresos sobre la base del ingreso familiar concentraba el 75% de la población sin cobertura médica.

**Gráfico 17: Personas sin cobertura distribuidas por decil de ingreso familiar per cápita<sup>22</sup>**

---

<sup>21</sup> Comentario : el INDEC elaboró deciles de ingreso sobre una base familiar y asignó las personas de la encuesta a cada decil según su pertenencia a un grupo familiar u otro – la cantidad de personas afectadas a cada decil de ingreso familiar per cápita es diferente, dado que las poblaciones con menores ingresos de la muestra tienen más personas a cargo en el núcleo familiar que las poblaciones con mayores ingresos.

<sup>22</sup> Fuente: EPH Continua del Primer Trimestre de 2007. Estimación nuestra en base a la estimación de la población argentina del INDEC para el año 2007.



Este hecho no implica que las personas de mayores ingresos o con cobertura médica no se atiendan también en el hospital público, pero con menos frecuencia. Si bien las obras sociales dirigen la mayoría de sus beneficiarios a proveedores de salud privados, algunos beneficiarios eligen el sistema público. Dos razones están generalmente presentadas:

- Una razón de cercanía: es más fácil y cómodo para el beneficiario del Sistema Nacional de Seguro de Salud ir al hospital público que al sanatorio recomendado por la obra social.
- Una razón de superioridad subjetiva del personal médico: el beneficiario estima que un médico específico trabajando en el sector público es más competente que el médico recomendado por la obra social.

Dado el ideal de justicia social que representa el hospital público en la población, el trabajo médico en el hospital público reviste un carácter vocacional que es de tomar en cuenta cuando se analiza la formación de la agenda sanitaria argentina. La diferencia salarial tanto como las dificultades de condiciones laborales entre el sector público y el sector privado pueden tender a minimizarse en el campo político debido al carácter vocacional del puesto y la fama de los establecimientos públicos como centros de formación médica de primer plano. En efecto, la atención médica argentina provee una cobertura de tipo universal que no se encuentra en muchos países latinoamericanos. El hospital argentino se construyó una fama a nivel regional por la calidad de su personal médico. Dado el carácter emblemático del hospital público en Argentina, siendo éste el último recurso de todos, el hospital público atrae a muchas personas para la atención de la salud. Las poblaciones con menores ingresos se dirigen muy a menudo al hospital público

en primera instancia. Sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la red de los 33 hospitales municipales realizó 8.884.173 consultas externas, 31.727 partos y 191.219 internaciones en 2007<sup>23</sup>.

Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) son entidades cuya expansión tiene mucho que ver con la implementación reciente del Plan Federal de Salud (2004-2007) que propuso hacer énfasis en la atención primaria de la salud con el doble objetivo de mejorar los indicadores básicos de la salud en Argentina y aliviar a los hospitales públicos de flujos de población. La idea fue distinguir funcionalmente dos tipos de centros de atención en la salud pública: unos centros de atención primaria y otros centros de atención de mediana o alta complejidad. Los CAPS sirvieron de punto de partida para el desarrollo de prácticas de prevención de la salud, las cuales eran muy esporádicas en Argentina. La política sanitaria post-Convertibilidad puso hincapié en la prevención de la salud y la reorganización funcional del sector público de manera a permitir una mejor eficiencia sistémica e in fine logros en salud. En 2008, los CAPS son más de 6500 repartidos sobre el conjunto del territorio argentino. Los CAPS sirven de base para la implementación de muchos programas sanitarios. Uno de los principales programas de salud en Argentina, el programa REMEDIAR, distribuye medicamentos a través de 6262 CAPS<sup>24</sup>. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los Centros de Atención de Salud y Acción Comunitaria y el Plan de Médicos de Cabecera tuvieron como objetivo reforzar la atención primaria de salud en la Capital Federal. En 2006, estos programas municipales contaban con 701 539 afiliados y, por lo tanto, potenciales beneficiarios<sup>25</sup>.

## **2/ Descripción de los proveedores semipúblicos de seguro de salud**

Llamamos a « proveedores semipúblicos de seguro de salud » a las llamadas obras sociales para aclarar la diferencia que marcamos entre obras sociales y prepagas (proveedores privados de seguro de salud). Las obras sociales pueden tener varios

---

<sup>23</sup> *Movimiento hospitalario, serie 1998-2007*. Dirección de Estadísticas para la Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>24</sup> El dato se encuentra en la página web del programa REMEDIAR (consultada el 10 de septiembre de 2008).

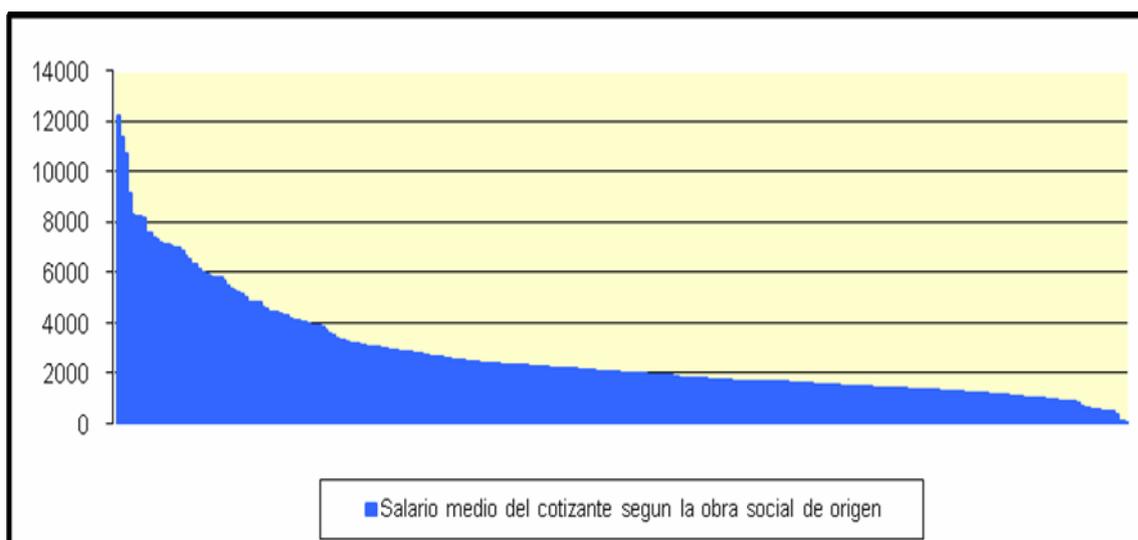
<sup>25</sup> *Información en Atención Primaria de la Salud, Año 2006*. Dirección General de Sistemas de Información de Salud, Dirección de Estadísticas para la Salud. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

estatutos, siendo las obras sociales sindicales y las obras sociales de personal de dirección las más comunes. Si bien la mayoría de las obras sociales están contabilizadas en el gasto público del Estado Nacional, existen obras sociales a nivel provincial que constituyen una parte no desdeñable del gasto público en el sector (el 33,9% en 2004<sup>26</sup>). Las obras sociales reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud eran 288 en abril de 2008. Como ya señalado, las obras sociales constituyen una parte importante del gasto en salud al considerar el Sistema Nacional de Seguro de Salud como una entidad unificada. No obstante, esto no es el caso, de manera que la agenda sanitaria en el campo de las obras sociales pasa por la expresión de muchos intereses a veces divergentes en el propio sistema semipúblico de seguro de salud. Es importante recalcar ciertos elementos que diferencian las obras sociales entre ellas:

**a. El salario promedio de los cotizantes**

En abril de 2008, el salario promedio de los cotizantes de una obra social como la Obra Social de Vendedores Ambulantes de la República Argentina era de 510 pesos mensuales, mientras el salario promedio de los cotizantes de la Obra Social del Personal de Dirección y Jerárquico de la Industria del Cigarrillo era de 12.255 pesos mensuales. Sin buscar tales extremos, el nivel del salario promedio del noveno decil de las obras sociales inscritas en el Sistema Nacional de Seguro de Salud ordenadas por nivel de salario promedio de los cotizantes era de 5.808 pesos, mientras el nivel del primer decil era de 1.014 pesos. El gráfico siguiente muestra las diferencias de los salarios promedios de los cotizantes de las diferentes obras sociales para abril de 2008.

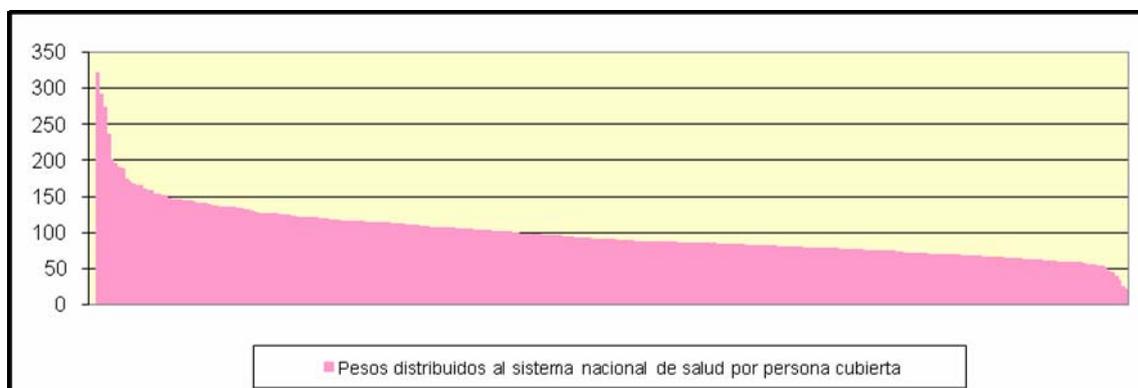
**Gráfico 18: Diferencias de salarios promedios de los cotizantes según la obra social de origen (en pesos corrientes - abril de 2008)<sup>27</sup>**



**b. El nivel del gasto promedio por beneficiario**

La diferencia de nivel de gasto promedio por beneficiario es menos importante que la diferencia de salario promedio del cotizante, debido a mecanismos de igualación de los servicios de las diferentes obras sociales. Como ya mencionado, las obras sociales están obligadas a proveer un Plan Médico Obligatorio a cada uno de sus beneficiarios. La Superintendencia de Servicios de Salud equipara las diferencias de ingresos entre las diferentes obras sociales (los cuales derivan de los ingresos diferenciados de sus afiliados dado que las obras sociales manejan un presupuesto cuyo origen es un impuesto obligatorio sobre la masa salarial) a partir de padrones. Así, la obra social ubicada el primer decil si se ordena las obras sociales por gasto promedio por beneficiario gasta 63 pesos por beneficiario mientras el noveno decil gasta 140 pesos.

**Gráfico 19: Diferencias de gasto promedio por beneficiario según la obra social del beneficiario (en pesos corrientes - abril de 2008)<sup>28</sup>**



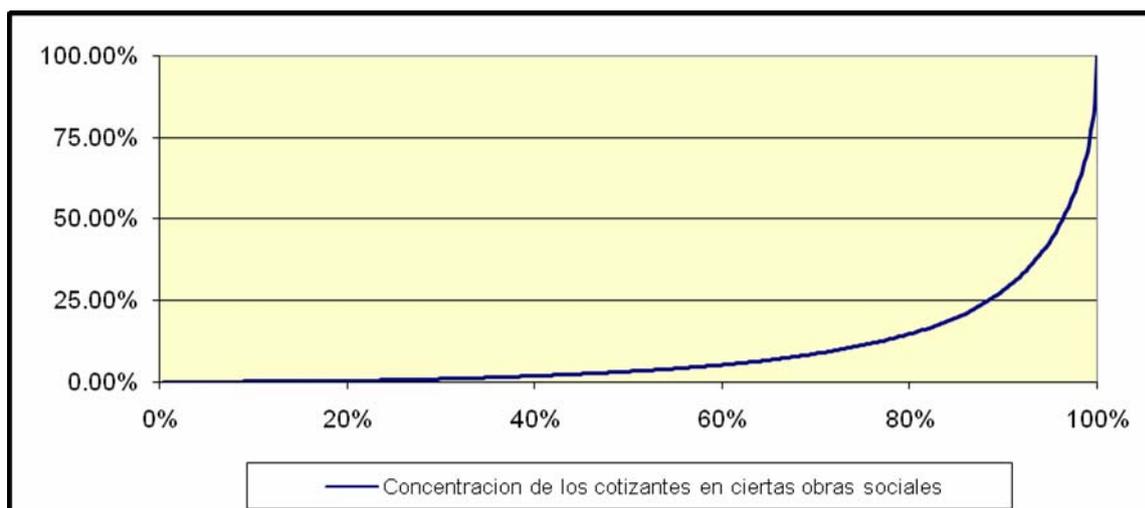
**c. El tamaño**

El tamaño es también un factor que diferencia las obras sociales. Esta diferenciación, contrariamente a lo que se podría pensar, no sólo es cuantitativa, sino que implica diferencias cualitativas considerables en el modo de organización de las prestaciones médicas de las diferentes entidades analizadas. De hecho, las obras sociales no son sólo proveedores de seguro de salud, sino que otorgan prestaciones mediante sanatorios de su pertenencia. Así, el tamaño influye sobre la estructura de las organizaciones. Por otra parte, el tamaño influye sobre la capacidad de las diferentes obras

<sup>28</sup> Ídem. Estimación propia.

sociales en proponer planes que integren más cobertura que el PMO para sus afiliados. Estos planes, llamados « planes superadores », son planes que una obra social propone a los afiliados que pueden abonarlos. Una obra social importante puede tener dos a tres planes superadores. Finalmente, el tamaño de una obra social le da cierto poder de mercado a nivel regional o nacional. Se constituyen oligopolios provinciales que tienen influencia sobre los prestadores de atención de salud. Por así decir, acuerdos pasados entre las obras sociales y los sanatorios estructuran la oferta sanitaria semi-privada, de manera que el poder de mercado afecta las oportunidades de oferta de prestaciones por parte de las obras sociales más chicas. A nivel nacional, es interesante plantear la cuestión de la concentración de los medios por parte de las obras sociales. A partir del informe de las obras sociales, podemos interesarnos por la concentración de los cotizantes en un número restringido de entidades: el 10% de las obras sociales concentra casi el 75% de los cotizantes. Dos elementos pueden interesarnos a nivel más general: en primer lugar, la concentración de los cotizantes implica una regulación del mercado del seguro de salud de manera a impedir tácticas anticompetitivas. Por otra parte, es de tomar en cuenta el carácter de oligopolio natural de un sistema nacional de seguro: la limitación de los riesgos pasa por el ensanchamiento del número de afiliados de manera a poder cubrir las enfermedades de alto costo y baja incidencia.

**Gráfico 20: Curva de Lorenz de la concentración de los cotizantes (y) en ciertas obras sociales (x). Abril de 2008<sup>29</sup>**



### 3/ Descripción de los proveedores privados de atención de salud

<sup>29</sup> Ídem. Estimación propia.

Denominamos a los proveedores privados de atención de salud los diferentes sanatorios presentes en Argentina. Los sanatorios ofrecen prestaciones médicas a los beneficiarios de planes médicos específicos, de manera que existe una mediación entre los proveedores privados de atención de salud y sus clientes. Por así decir, los proveedores privados de atención de salud están generalmente contratados por las obras sociales y las prepagas a través de contratos que no se restringen al tratamiento específico de un paciente. Este fenómeno de mediación es a la vez un elemento necesario que responde a las necesidades aleatorias de los pacientes y un fenómeno que pueda a veces incentivar la creación de mecanismos anticompetitivos, mediante juegos de poder e influencia entre los sanatorios y las compañías que manejan su demanda, es decir las obras sociales y las prepagas. Por otra parte, no todos los sanatorios son independientes. Una práctica común hace que los mismos proveedores privados de seguro de salud acaban ofreciendo a sus beneficiarios prestaciones a través de sanatorios propios.

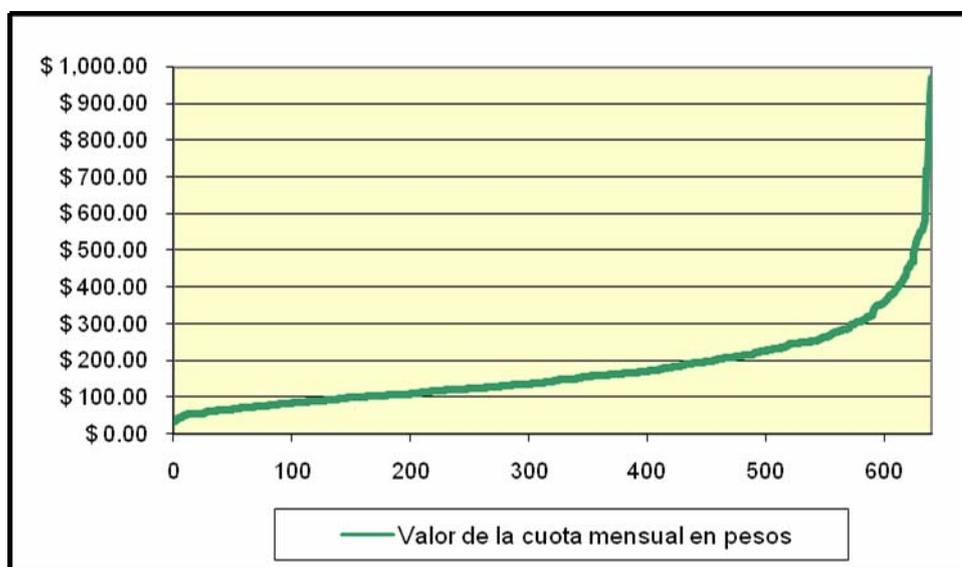
#### **4/ Descripción de los proveedores privados de seguro de salud**

Los proveedores privados de seguro de salud están formados por las instituciones de medicina prepaga y las demás entidades que proponen servicios de seguro en el ámbito de la salud, como los servicios de emergencia. Es interesante notar que los proveedores exclusivamente privados en el ámbito del seguro de salud se desarrollaron principalmente en los años 90 para cubrir las demandas crecientes de las clases medias y altas. Este fenómeno corresponde a una degradación del mercado laboral después de la Convertibilidad que se tradujo por un debilitamiento de la situación financiera de las obras sociales y una agudización de las desigualdades de ingreso de los argentinos. Estos dos fenómenos provocaron una reacción de huida hacia servicios no redistributivos por parte de la población que podía acceder a estos servicios. Hoy en día, los proveedores privados de seguro de salud ofrecerían servicios a más de tres millones de personas. Según una estimación hecha en base a la EPH, el porcentaje de la población cubierta estaría alrededor del 9% para el período 2003-2007. La segmentación de la oferta sanitaria es también muy importante. Según la Subsecretaría de Defensa del Consumidor, las entidades de medicina prepaga proponían a la venta en abril de 2007:

- 640 planes para individuales masculinos de hasta 30 años
- 623 planes para matrimonios con dos hijos
- 417 planes individuales para personas de más de 70 años

Estos planes corresponden a un *continuum* de la oferta sanitaria no redistributiva, como se puede notar en el gráfico siguiente. Esta presentado el valor de la cuota mensual de los planes individuales masculinos para adultos de hasta 30 años.

**Gráfico 21: La cuota mensual (pesos) de los diferentes planes propuestos en abril de 2007 por prepagas a los adultos de sexo masculino de hasta 30 años<sup>30</sup>**



#### **5/ Descripción de los entes reguladores nacionales en el campo de la salud**

Los entes reguladores nacionales más importantes para el sistema de salud son el Ministerio de Salud de la Nación, la Superintendencia de Servicios de Salud y la Administración de Programas Especiales. Cabe mencionar el rol periférico del ministerio de Economía que analiza la validez financiera de los programas del ministerio de salud y regula la competencia en ciertos casos de conflicto sobre el mercado de las prestaciones sanitarias. Por otra parte, recordemos que los entes reguladores nacionales no intervienen directamente en la gestión de los hospitales, la cual está a cargo de los Municipios y los Gobiernos Provinciales.

El Ministerio de la Salud orienta las políticas sanitarias principalmente a través de programas temáticos transversales de aplicación nacional. Los programas del Ministerio de Salud están a veces financiados en parte por organizaciones internacionales que otorgan préstamos o donaciones. La acción del Ministerio de Salud a nivel sistémico es indirecta. No obstante, las consecuencias de los programas del Ministerio en cuanto a la oferta sanitaria argentina son de primer plano, dado que los programas del Ministerio de Salud fijan las prioridades sanitarias del momento. Por otra parte, el Ministerio de Salud auspicia el Consejo Federal de Salud, compuesto por los diferentes ministros provinciales de salud.

<sup>30</sup> Medicina Privada: valor de las cuotas. Información relevada en cumplimiento de la Resolución N° 54/2000. Subsecretaría de Defensa del Consumidor. Cálculo Propio.

Este Consejo permite una concertación a nivel federal sobre problemas encontrados a nivel regional y cuyo tratamiento necesite la toma de medidas a nivel nacional. Este consejo permite remitir las cuestiones nacionales a la escala que les conviene.

La Superintendencia de Servicios de Salud es una administración descentralizada del Ministerio de Salud cuya función es regular el Sistema Nacional de Seguro de Salud. La acción reguladora de la Superintendencia de Servicios de Salud pasa por varios canales. En primer lugar, tiene que establecer los padrones en base a los cuales se redistribuye una parte del dinero recaudado para formar el Fondo Solidario de Redistribución. La Superintendencia está a cargo de diseñar el marco redistributivo del Sistema Nacional de Seguro de Salud en base a estimaciones sobre las necesidades de las obras sociales según la estructura de sus afiliados (según su edad y sexo). Por otra parte, la Superintendencia administra la opción de cambio de obra social. Desde enero de 1993 (decreto 9/1993), los beneficiarios de una obra social pueden cambiar de obra social. La Superintendencia de Servicios de Salud está encargada de vigilar los cambios realizados para que se hagan conforme a la regulación vigente. Finalmente, la Superintendencia de Servicios de Salud analiza los diferentes planes médicos propuestos por las diferentes obras sociales y fija el valor de los mismos de manera consensuada. Está habilitada a vigilar tanto la aplicación del Plan Médico Obligatorio de Emergencia como la de los llamados « planes superadores ». Como ente regulador, la Superintendencia de Servicios de Salud está a cargo de la regulación de los conflictos que puedan nacer entre las diferentes obras sociales o entre una obra social y un beneficiario.

La Administración de Programas Especiales (APE) administra la parte residual del Fondo Solidario de Redistribución (es decir después de la redistribución automática realizada por la Superintendencia de Servicios de Salud). La misión principal de la APE es otorgar subsidios a las obras sociales para el tratamiento de enfermedades específicas. Estos subsidios permiten a las obras sociales compensar los costos de la cobertura de ciertas enfermedades específicas, llamadas « de alto costo y baja incidencia ». De hecho, este fondo sirve para el tratamiento de enfermedades como la hemofilia, para realizar transplantes o para otorgar prestaciones médico-asistenciales a discapacitados. Las obras sociales dirigen el pedido a la APE que distribuye el subsidio si el caso presentado por la obra social corresponde a los criterios definidos para la obtención del subsidio.

## **B/ Las tensiones que estructuran el campo político-sanitario**

En la primera parte de este trabajo, subrayamos que el sistema de salud estaba enflaquecido por la exposición del sistema de obras sociales a las fluctuaciones económicas y que por causa de la ordenación lexicográfica de la demanda estas

fluctuaciones se difundían al sistema de salud pública. En un análisis de las tensiones que estructuran el campo político-sanitario, queremos saber si una mejor regulación del sistema de obras sociales permitiría limitar efectos perversos sobre la cobertura de salud de los argentinos, tanto sobre su margen extenso que sobre su margen intenso. A partir de un análisis teórico del comportamiento de las obras sociales y sus relaciones con los actores descritos justo antes, esperamos dar cuenta con más precisión de estos efectos. Por otra parte, al adentrarnos en los intereses específicos y el comportamiento de cada actor, podemos plantear la cuestión de la regulación de la salud desde el punto de vista de las autoridades públicas. La canalización de los intereses del campo político-sanitario podría ser un medio de influir sobre la estructura del sistema de salud.

## **1. Un análisis teórico del comportamiento estratégico de una obra social**

### **a) *Comportamiento de las obras sociales y “mutualización” del riesgo***

El sector de las obras sociales es el sector clave a partir del cual quisimos adentrarnos en la regulación del sistema de salud. En esta sección, proponemos un análisis de las debilidades del sistema de seguro semipúblico a partir de un análisis del comportamiento estratégico de las obras sociales. Este comportamiento estratégico nos permitirá, en segunda instancia, entender la relación de las obras sociales con el sistema de seguro privado y los sanatorios. Al analizar esta relación, plantearemos la cuestión de la consolidación del sistema sanitario a través de una regulación del sistema de seguro de salud.

Dado que las obras sociales son entidades de seguro, es posible admitir como hipótesis que un mercado de seguro de salud no regulado desembocaría en cierta concentración de los medios: esta hipótesis se justifica por el hecho de que el efecto de tamaño permite reducir los riesgos. Por así decir, la multiplicación del número de adherentes permite compensar las diferencias de costo de las prestaciones otorgadas a posteriori y sacar un promedio válido del valor de la cobertura ofrecida. Los seguros de salud están afectados por la eventualidad de enfermedades de alto costo y baja incidencia que tienen como efecto generar inseguridad en cuanto al costo real a posteriori de una prestación. Suponiendo que esta hipótesis es válida, el razonamiento nos conlleva a admitir que los seguros de salud generan en cierta medida rendimientos crecientes. En este caso, es de admitir una relación de arbitraje (para el ente regulador) entre tamaño de las empresas y concentración monopolística de los medios. El ente regulador tiene que permitir cierta concentración de los medios sin que esta concentración desemboque en una estructura de mercado proclive a generar rentas para los proveedores de seguros de salud en detrimento de los afiliados. En el contexto argentino, nos parece que el sistema

de obras sociales tiene a la vez ciertas debilidades debidas a una falta de concentración de medios y elementos de corporatismo que van generando rentas para los proveedores de seguro de salud. Antes de describir las imperfecciones del sistema debidas al corporativismo, nos quisimos adentrar en la cuestión del tamaño actual de los proveedores semipúblicos de seguro de salud. La principal pregunta es saber si la persistencia de entidades demasiado chicas no representa una fragilidad para el sistema. En este caso, la estructura del Sistema Nacional de Seguro de Salud habría agravado las consecuencias de la crisis del 2001 sobre la cobertura sanitaria.

Desde la aparición en 1953 del artículo de K. Arrow en 1953 que trataba de analizar el rol del riesgo en la cotización de los activos financieros<sup>31</sup>, se desarrolló una literatura que trató de entender el fenómeno de “mutualización” del riesgo como una aplicación de la ley de los grandes números. Un artículo famoso sobre el tipo de riesgo que nos interesa, el riesgo individual, es el artículo de Edmond Malinvaud, “Markets for an Exchange Economy with Individual Risk”<sup>32</sup>. Nosotros usamos elementos teóricos proveídos por G. Chilchinsky, D Cass y H-M Wu en “Individual Risk and Mutual Insurance”<sup>33</sup> (1996) para elaborar un modelo simple que permita entender cómo el fenómeno de mutualización del riesgo se aplica a la situación de las obras sociales y cómo este concepto nos permite temer a que el sistema tal como está es ineficiente.

El riesgo individual consiste en el riesgo contra el cual una persona en particular quiere asegurarse. Cuando se considera la situación especial de consumidores, se dice que los consumidores son adversos al riesgo cuando quieren equiparar su nivel de consumo en el tiempo. Acá, esta imagen es importante: el seguro de salud sirve de modo para equiparar el gasto de salud de uno en el tiempo. Surgen dos problemáticas importantes para el análisis del comportamiento racional, la primera siendo la aversión al riesgo de salud (necesidad de equiparar el riesgo en el tiempo) y la cuestión de la coherencia temporal de los agentes (su preferencia para el presente y la manera como consideran/valoran el futuro). En nuestro modelo, no nos preocuparemos por esta diferencia fundamental para entender el comportamiento individual. Supondremos que los individuos expresan aversión al riesgo y quieren asegurarse contra los diferentes “estados de la naturaleza” frente a los cuales pueden encontrarse en una fecha futura. Según el estado de naturaleza individual que se le presenta a una fecha  $t$  futura (considerando que la fecha  $t = 0$  es el presente), el individuo tiene que invertir un monto “ $y$ ” en su salud. El

---

<sup>31</sup> ARROW, Kenneth J. (1953): "Le Role des Valeurs Boursieres pour la Repartition la Meilleure des Risques," *Econometrie*, 41-47; Traducción inglesa como "The Role of Securities in the Optimal Allocation of Risk-bearing," *Review of Economic Studies* (1964), 31, 91-96.

<sup>32</sup> MALINVAUD, Edmond (1973): "Markets for an Exchange Economy with Individual Risks," *Econometrica*, 41, 383-410.

<sup>33</sup> CASS David, CHICHILNISKY Graciela, WU Ho-Mou (1996): "Individual Risk and Mutual Insurance", *Econometrica*, Vol. 64, No. 2 (1996), pp. 333-341.

riesgo tiene que ver con la varianza del nivel  $y_t$ , pagado a la fecha  $t$ , y la esperanza de pago, es decir  $E_0(y_t)$ . El problema de valorización del futuro implica darle un peso menor al pago futuro respecto del pago presente por dos razones: existe una probabilidad de muerte y una desvalorización del futuro de la que ya hablamos, relacionada con un fenómeno de preferencia temporal. Por consiguiente, lo que motiva la decisión individual en  $t=0$  no es el valor de  $y_{it}$  pero una transformación de este valor actualizado, su utilidad:  $u_0(y_{it})$ . Ahora bien, la inseguridad que uno tiene frente al valor de  $y_t$  puede modelizarse mediante el concepto de “estado individual de la naturaleza”. El valor de  $y$  es diferente según los estados individuales de naturaleza  $s$  que se le presenta a uno. Si suponemos que el mundo es extremadamente complicado de manera que existe un continuum de estados individuales de naturaleza para un individuo dependiendo de sus características individuales  $X_{it}$  (edad, peso...), podemos modelizar el riesgo como la varianza del valor de  $y$  en una fecha  $t$  respecto de su esperanza definida como sigue:

$$E_0(y(s_{it}) | X_{it}) = \sum y(s_{it}) \cdot \pi(s_{it} | X_{it})$$

La esperanza de  $y$  conociendo  $X$  equivale a una suma de los valores posibles de  $y$  según los estados de naturaleza ponderada por su probabilidad de ocurrencia. A partir de esta definición de la esperanza, podemos interpretar la noción de riesgo de enfermedad a partir de funciones de distribución del valor de  $y$  según un continuum ordenado (de menor a mayor pago) de estados de naturaleza,  $F_{y_i}(s_t)$ , diferentes según las características inherentes a cada individuo. El riesgo individual está directamente vinculado con la varianza del valor de  $y$  respecto de su esperanza.

Si queremos interesarnos por la relación entre tamaño de una institución y su fragilidad, el tipo de riesgo que nos interesa es una forma agregada de los diferentes riesgos individuales. Este riesgo agregado tiene que calcularse a partir de los  $y_{it}$  para formar un nivel general  $Y(T_t)$  de gastos para la entidad de seguro donde  $T_t$  es un vector de todos los estados individuales acontecidos en  $t$ . La varianza de  $Y(T_t)$  alrededor de su esperanza, puede calcularse a partir de las funciones de distribución de los  $y_i$  dado que se trata de sumarlos todos. En un modelo simple en que todos los riesgos de sus afiliados están asegurados por la entidad de seguro, hay correspondencia entre el gasto individual y el gasto agregado de manera que  $\delta Y / \delta y_i = 1$  para cualquier individuo  $i$  en cualquier fecha  $t$ . Ahora bien, los planes de salud no cubren todos los riesgos de la misma manera, de manera que generalmente  $\delta Y / \delta y_i < 1$ . Para minimizar el riesgo inducido por la aparición de niveles altos de riesgo con costos muy importantes, el comportamiento de la empresa al fijar sus planes es tratar de obtener la relación siguiente en la manera como asegura a las personas:

$$\delta^2 Y / \delta y_i^2 < 0$$

La empresa trata, según esta hipótesis, de limitar la compensación de sus afiliantes más consumidores en salud al excluir de sus planes una cobertura completa para enfermedades costosas. No obstante, su actitud de limitación del riesgo agregado tiene dos límites: impedimentos legales y la atractividad general del plan de salud (que depende del nivel de cobertura ofrecido). La competencia entre entidades de salud implica, por consiguiente, una mejora de la calidad de servicio dado que la competencia limita la actitud de no cobertura al alzarse los costos. Por ende, existe una función de repartición de los gastos a nivel comunitario influenciado por las características de los riesgos individuales (dependiendo de las características de cada individuo), los impedimentos legales de cobertura y el nivel de competencia.

Ahora bien, el conocimiento de la función de distribución de los costos en una fecha  $t$  de una entidad de seguro de salud argentina es fuera de nuestro alcance. Proponemos un análisis simple inspirado por las nociones presentadas pero con algunas simplificaciones que van afectando a veces el alcance de nuestra demostración. Para simplificar el análisis al máximo, usamos funciones normales, clásicamente usadas en estadística. La hipótesis de una distribución normal de los costos individuales tiene defectos, dado que esta simplificación nos hace perder de vista dos elementos:

- No podemos integrar de manera endógena las modificaciones que un cambio de régimen legal o en la naturaleza de la competencia entre obras sociales puedan generar. Sólo podemos suponer que algún cambio afecta el nivel de riesgo o la esperanza de los costos de manera exógena.
- Es probable que la distribución de enfermedades con altos costos y su cobertura provoque la aparición de “big tails” en la función de distribución de los costos. Por “big tails”, queremos señalar que es probable que enfermedades de altos costos tengan una probabilidad de ocurrencia mayor a lo que una distribución normal suele considerar.

A partir del informe de la seguridad social de abril de 2008<sup>34</sup>, realizamos una simulación muy simple sobre las 170 entidades más pequeñas que componen el sistema nacional de obras sociales, las cuales tienen menos de 10 000 beneficiarios. Para realizar esta simulación, disponíamos de las siguientes informaciones:

- El número de cotizantes por obra social
- El número de beneficiarios totales por obra social
- El promedio del beneficio mensual otorgado de manera efectiva por beneficiario

---

<sup>34</sup> Informe de seguridad social. Boletín mensual, abril de 2008. AFIP, dirección de estudios. Estimación propia.

El modelo trata de analizar el efecto de tamaño y demostrar que este constituye un riesgo para las obras sociales más chicas. Analizamos varios casos, relajando, a medida que avanzamos, ciertas hipótesis.

**b) Una modelización simple de las características del riesgo agregado**

El modelo simple que proponemos reposa sobre los argumentos expuestos anteriormente. Para modelizar el riesgo, supusimos que los beneficios son una variable aleatoria que sigue independientemente una ley de distribución normal afectada en principio por estados de naturaleza subyacentes.

$y_{ij} \sim N(\mu_j; \sigma_j^2)$  con  $y$  el beneficio,  $\mu$  su promedio,  $\sigma_j^2$  su varianza para todo beneficio  $i$  de la obra social  $j$ .

Acá, consideramos que cada individuo tiene la misma función de distribución de sus beneficios, lo que supone una homogeneidad total de los beneficiarios. Asumiendo la hipótesis de independencia de los beneficios de un afiliado a otro, la suma de los beneficios de una obra social  $\alpha$  siguen una distribución normal tal que:

$$\sum(y_{i\alpha}) \sim N(n_\alpha \cdot \mu_\alpha; n_\alpha \cdot \sigma_\alpha^2) \text{ con } n_\alpha \text{ el número de beneficiarios.}$$

El “ $y$ ” que empleamos es el beneficio otorgado por la obra social y no el riesgo individual soportado por los afiliados (eventualmente mayor). Para la obra social, existe un efecto de tamaño dado que la variación estándar de la sumatoria de los beneficios tiende a disminuir a medida que la obra social crece. En efecto, la derivada del coeficiente de variación, CV, igual a la variación estándar de la ley de distribución normal dividido por su promedio es negativa. Recordemos el valor del coeficiente de variación:

$$CV_\alpha = [\sigma_\alpha \cdot \sqrt{n_\alpha}] / [n_\alpha \cdot \mu_\alpha] = [\sigma_\alpha / \mu_\alpha] \cdot [1/\sqrt{n_\alpha}]$$

Se nota que su derivada respecto de  $n_\alpha$  es negativa de manera que este coeficiente disminuye a medida que  $n_\alpha$  aumenta:

$$\partial CV_\alpha / \partial n_\alpha = -1/2 \cdot [\sigma_\alpha / \mu_\alpha] \cdot (n_\alpha)^{-1.5}$$

Su límite al infinito tiende hacia cero: mientras más importante es el número de beneficiarios, menos grande es la variación probable relativa de la suma de los beneficios

respecto de su promedio teórico. Si comparamos el coeficiente de variación de una entidad que 10 000 afiliados con una que tiene 100, lo recalcado arriba implica que la varianza de la segunda es diez veces más importante *ceteris paribus*.

Los aportes siguen una ley normal de probabilidad de la misma manera que los beneficios. Tenemos:

1.  $a_{ij} \sim N(m_j ; s_j^2)$  con  $a$  el aporte,  $m$  su promedio,  $s^2$  su varianza para todo aporte  $i$  de la obra social  $j$ .
2.  $\sum(a_{i\alpha}) \sim N(k_\alpha \cdot m_\alpha ; \sqrt{(n_\alpha \cdot s_\alpha^2)} = s_\alpha \cdot \sqrt{(n_\alpha)})$ . Con  $k_\alpha$  el número de cotizantes de la obra social  $\alpha$ .
3. El mismo efecto de tamaño se podría demostrar.

Tomamos valores determinados de  $\mu_j$  y  $m_j$  de la siguiente manera. El valor de  $\mu_j$  es dado por el promedio del beneficio mensual por beneficiario que nos provee el informe de la seguridad social de abril de 2008. Supusimos que todas las obras sociales son potencialmente solventes con un margen del 5%, de manera que:

$$E[\sum(a_{ij})] = 105\% \cdot E[\sum(y_{ij})]$$

En este modelo simple, suponemos que la ley de distribución es tal que  $\sigma_j / \mu_j$  tiene un valor idéntico para cada obra social, variando por causa de los estados de la naturaleza individuales subyacentes. Al suponer que  $\sigma_j / \mu_j = 1/3$  la distribución de los beneficios se expande entre 0 y  $2 \mu_j$  aproximadamente. Con una relación  $\sigma_j / \mu_j = 1/6$  la distribución de los beneficios va de  $0,5$  a  $1,5 \mu_j$  aproximadamente.

Suponiendo que las entidades de seguro recauden con bastante seguridad sus ingresos, supusimos que  $s_j / m_j = 1/20$ . Bajo esta hipótesis, la distribución de los ingresos es estable, yendo de  $5/6$  a  $7/6 m_j$ .

Sobre las 170 obras sociales más chicas de nuestra muestra y según las hipótesis expuestas, quisimos saber cuántas estaban expuestas a un riesgo que llamamos "riesgo de bancarrota". Definimos este riesgo como una probabilidad superior al 5% que los ingresos supuestos de una obra social lleguen a ser inferiores a sus gastos en el año. Nuestra simulación contaba con 10 obras sociales que presentaban un riesgo de bancarrota así definido con una variación estándar de  $1/3 \mu_j$  y apenas 2 con una variación estándar de  $1/6$ . En este contexto, el efecto de tamaño, por más que exista, no parece tan importante como lo pensamos en primera instancia. Ahora bien, las hipótesis que mantuvimos tienden a minimizar ciertos efectos presentes en la realidad. Agregando

algunos refinamientos al modelo, el efecto de tamaño, acumulado con otros efectos, puede generar mucha más inestabilidad. En primer lugar, es preciso agregar heterogeneidad al modelo suponiendo que  $\mu_j$ ,  $\sigma_j$ ,  $m_j$  y  $s_j$  dependen de las características de los individuos.

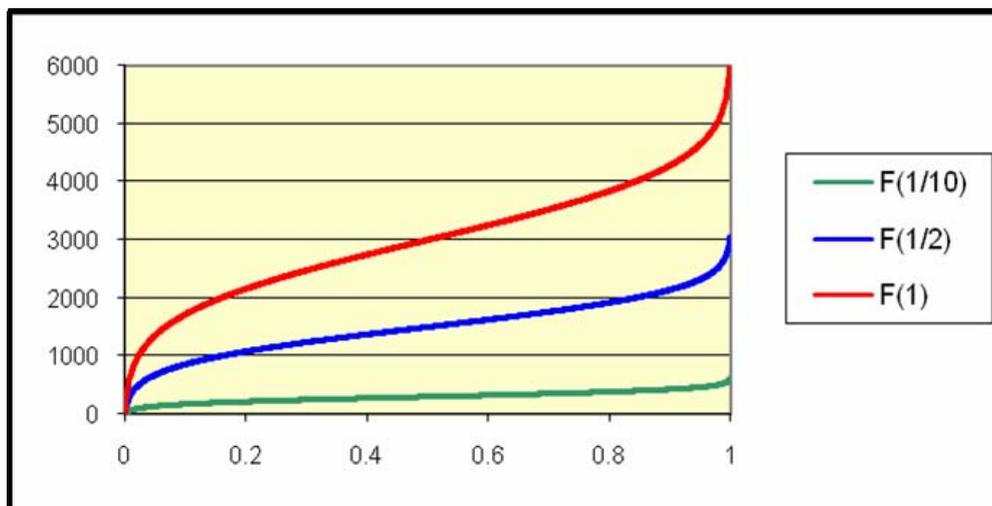
### **c) Tomar en cuenta la heterogeneidad presente**

Para tomar en cuenta la heterogeneidad de los afiliados, imaginemos que el beneficio promedio de los afiliados depende de sus características. Para modelizar este fenómeno, supusimos que el beneficio sigue una ley de distribución condicionada por sus características personales. Así,  $y_i$  sigue una ley de distribución  $F_{y_i}(s_t; X_{it})$ . Para más simplicidad, supondremos que los beneficios siguen una ley normal tal que  $y_{ij} \sim N(\mu_j(X_i); \sigma_j(X_i)^2)$ . Mantuvimos la relación  $\sigma_j(X_i) / \mu_j(X_i)$  a un nivel de  $1/3$  tal que cada beneficio tenga un valor entre  $0$  y  $2 \mu_j(X_i)$ .

Hacía falta definir la función de repartición de  $\mu_j(X_i)$ . Supusimos su ley uniforme tal que  $\mu_j(X_i) \sim U(\mu_{\min}; \mu_{\max})$ . Para que cierta heterogeneidad se haga presente, supusimos que  $\mu_{\min} = 0$  y  $\mu_{\max} = 2 \mu_j$  siendo  $\mu_j$  el nivel promedio del beneficio en la obra social de interés,  $j$ . Esta hipótesis sugiere que ciertos individuos están muy poco expuestos a riesgos de salud por más que coticen o estén afiliados, mientras otros están mucho más expuestos. Esta hipótesis se justifica por el hecho de que la afiliación es obligatoria para los trabajadores y que según la edad o características genéticas ciertas personas están más expuestas a riesgos de salud. Dado que el beneficio máximo depende de la obra social, nuestra hipótesis sugiere que a un mismo estado de salud, suelen corresponder beneficios diferentes de una obra social a otra en términos monetarios.

Según las hipótesis que hicimos, la heterogeneidad de los beneficios eventuales toma la forma expuesta en el gráfico siguiente. La función de repartición varía según el posicionamiento del individuo en un escalón de  $0$  a  $1$ ,  $X_i \in [0;1]$ . Con la probabilidad  $x$ , el gasto para la salud del afiliado invertido por la obra social alcanza el nivel  $y$ . En este modelo, la probabilidad que el individuo más expuesto represente para la empresa un gasto menor al gasto del individuo promedio es inferior al  $5\%$ , pero sigue existiendo. Los valores para " $F(X_i) = F(1/2)$ " corresponde a la ley normal usada previamente con un nivel de variación estándar tal que  $\sigma_j / \mu_j = 1/3$ .

**Gráfico 22: Heterogeneidad y riesgo individual para una obra social con beneficio anual promedio de 1500 pesos**



En promedio, el proceso de heterogeneidad presentado multiplicó por  $4/3$  el valor de la varianza a nivel de las obras sociales. Este efecto amplifica las implicancias del efecto de tamaño, pero estas diferencias no ponen en tela de juicio las obras sociales más chicas en un contexto de crecimiento económico. Si se considera que los ingresos esperados de una obra social consolidan un margen del 5% respecto de los gastos esperados, apenas 12 obras sociales tienen un riesgo de bancarrota superior al 5% para el año considerado. Podemos concluir que por más heterogéneas que estén las obras sociales, en un contexto de ingresos esperados tal que la empresa suele generar un margen del 5%, el efecto de tamaño no afecta gravemente la situación financiera de las obras sociales.

#### ***d) Tamaño y riesgos asimétricos en un contexto de volatilidad económica***

Si bien el efecto de tamaño no representa un riesgo considerable en un contexto económico favorable, podemos afirmar lo contrario en un contexto de morosidad por dos razones.

En primer lugar, si computamos márgenes de ingreso más débiles que los márgenes propuestos en la sección anterior, el riesgo de bancarrota aparece para las obras sociales chicas y no para las obras sociales más importantes. Cuando un choque sobre los ingresos disminuye el margen esperado del 5% al 2%, tal que " $E(k_j, m_j) = 102\% \cdot E(n_j, \mu_j)$ ", la probabilidad que ciertas empresas tengan más gastos que ingresos, por el simple efecto de tamaño, se vuelve mucho más presente. En el modelo simple (sin

heterogeneidad) con morosidad, 16 obras sociales tenían un riesgo de bancarrota (ingresos anuales inferiores a los gastos) superior al 5% en una proyección con varianzas bajas ( $\sigma_j / \mu_j = 1/6$ ). En una proyección con varianzas más altas ( $\sigma_j / \mu_j = 1/3$ ) y homogeneidad de los afiliados, 50 obras sociales de la muestra tenían un riesgo de bancarrota tal como lo definimos. Con heterogeneidad, esta cifra subía a 61.

Por otra parte, supusimos que el monto de los beneficios individuales recibidos por los pacientes son independientes los unos de los otros, lo que puede resultar contrario a la realidad por tres razones principales:

- i) Las obras sociales cubren un mismo campo profesional, de manera que los afiliados de una misma obra social tienen un perfil socio-económico próximo a veces y suelen ser confrontados con los mismos riesgos laborales.
- ii) Los afiliados de una misma obra social suelen vivir en la misma región en el caso de las obras sociales regionales, lo que implica que sus necesidades de cobertura pueden ser correlacionadas.
- iii) El nivel sanitario general de una zona tiende a presentar externalidad sobre la salud de cada individuo. Este efecto suele ser negativo en un contexto de epidemia.

Podemos suponer que los efectos de correlación son más fuertes cuanto más pequeña es la institución que los cubre. Por otro lado, podemos suponer que la heterogeneidad es más débil en instituciones pequeñas mientras el efecto de correlación es más fuerte. A nuestro parecer, en situaciones delicadas, los efectos de correlación pueden afectar de manera más dramática la salud financiera de una institución que el efecto de heterogeneidad. Para entender de qué manera el efecto de correlación podía influir, nos conformamos con añadir al efecto de heterogeneidad una intuición sobre el problema de la correlación del riesgo de salud, sin diferenciarlo según el tamaño de las instituciones. Consideramos que existe una correlación perfecta del riesgo sanitario entre los individuos enfermos de una misma familia, analizando el riesgo a nivel del hogar (tomando en cuenta sólo los cotizantes y no los afiliados, lo que disminuye la cantidad de personas cuyo riesgo se va agregando para definir el gasto total de una obra social). En este caso, hasta 81 obras sociales de nuestra muestra de abril de 2008 representarían una probabilidad de más del 5% de tener ingresos inferiores a los gastos con un margen esperado del 2% (morosidad económica).

#### **e) *El comportamiento de las obras sociales y prepagas: precios y calidad de servicio***

Debido al efecto de tamaño y sus consecuencias asimétricas (entre las obras sociales y según las fluctuaciones de la situación económica general), es posible imaginar que las obras sociales quieran limitar los riesgos mediante una política de precios y servicios idónea. Esta política tiene que pasar por un arbitraje entre las ganancias

eventuales y la pérdida de clientes. Este arbitraje puede pasar por la calidad de los servicios ofrecidos (el nivel de la cobertura) o por las cuotas propuestas (respecto de los otros seguros de salud).

Podemos demostrar que existe el primer arbitraje de la siguiente manera. Hagamos la hipótesis que la función de utilidad de una obra social es tal que:

$$U = \sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) \text{ cuando } \sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) > 0$$

$$\text{y } U = U_{\min} \text{ con } U_{\min} < 0 \text{ cuando } \sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) < 0$$

La especificación *ad hoc* de la utilidad de una obra social tiene que ver con la siguiente idea: la obra social trata de maximizar sus ganancias y toma en consideración el riesgo de bancarrota, que se resuelve en última instancia por una solución legal que genera una utilidad  $U_{\min}$  para la obra social. Las obras sociales van a tratar de maximizar su utilidad de manera que:

$$\text{Max } E(U) = \text{Max } E[\sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha})] \cdot P[\sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) > 0] + U_{\min} \cdot P[\sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) < 0]$$

Como lo mencionamos anteriormente, el interés (para sus afiliados) de tener una obra social depende de los servicios propuestos mientras que impedimentos legales limitan el margen de maniobra de las obras sociales, generando distorsiones sobre su decisión. Podemos añadir las diferentes hipótesis:

- i) La variación estándar de los riesgos asegurados aumenta la atractividad de la obra social, es decir el número de afiliados:  $\delta n / \delta \sigma > 0$  y  $\delta^2 n / \delta \sigma^2 > 0$
- ii) Existe un nivel  $\sigma_{PMO}$  que una obra social tiene que asegurar:  $\sigma > \sigma_{PMO}$ .
- iii) Finalmente, supongamos que  $E[\sum(a_{i\alpha})] = (100\% + M) \cdot E[\sum(y_{i\alpha})]$  con  $M$  un margen variable de beneficios según el contexto económico.

Podemos volver a escribir el programa de maximización a partir de (iii):

$$\text{Max } E(M \cdot \sum(y_{i\alpha})) \cdot P[\sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) > 0] + U_{\min} \cdot P[\sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) < 0]$$

Al suponer preestablecido el beneficio promedio  $\mu_{\alpha}$  por la obra social según los medios de sus cotizantes, podemos especificar el proceso de maximización respecto de  $\sigma_{\alpha}$ :

$$\text{Max } E(M) \cdot n_{\alpha} \cdot \mu_{\alpha} \cdot P[\sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) > 0] + U_{\min} \cdot P[\sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) < 0]$$

Finalmente, obtenemos la siguiente relación con  $P[\sum(a_{i\alpha}) - \sum(y_{i\alpha}) > 0] = P$ :

$$E(M) \cdot \mu_{\alpha} \cdot P \cdot \delta n_{\alpha} / \delta \sigma_{\alpha} + E(M) \cdot n_{\alpha} \cdot \mu_{\alpha} \cdot \delta P / \delta \sigma_{\alpha} - U_{\min} \cdot \delta P / \delta \sigma_{\alpha} = 0$$

$$\delta n_{\alpha} / \delta \sigma_{\alpha} = \delta P / \delta \sigma_{\alpha} \cdot (U_{\min} - E(M) \cdot n_{\alpha} \cdot \mu_{\alpha}) / E(M) \cdot \mu_{\alpha} \cdot P$$

Existe una relación de arbitraje entre atractividad y probabilidad de bancarrota que va definiendo un valor óptimo de  $\sigma$  para la obra social. Al existir un umbral tal que  $\sigma > \sigma_{PMO}$ , este nivel de optimización implica un tamaño mínimo para las obras sociales sin el cual llegan a elegir una decisión que no maximiza su utilidad. En este modelo simple, en el caso en que el nivel óptimo  $\sigma^*$  es tal que  $\sigma^* < \sigma_{PMO}$ , las obras sociales van a presionar el gobierno para limitar las coberturas. Por supuesto, no analizamos los efectos diferenciados de ciertas coberturas específicas sobre la atractividad. Por así decir, ciertos tipos de cobertura pueden añadir incertidumbre para la obra social y no para los individuos, de manera que la variación sobre el número de cotizantes no compense la variación generada sobre los riesgos tomados. La reflexión que llevamos a cabo, evidentemente, simplifica de mucho el comportamiento de las obras sociales o prepagas sin adentrarse en todas las sutilezas de la maximización de sus ganancias.

Por otro lado, un arbitraje sobre el precio de la cuota puede tender a facturar de más las prestaciones con miras a disminuir la probabilidad de bancarrota cuando ésta existe.

Podemos considerar como fijas las prestaciones  $\mu_{\alpha}$  y suponer que las obras sociales facturan sus servicios encima del precio de libre competencia. En este caso, suponemos lo siguiente:  $E[\sum(a_{i\alpha})] = (100\% + M) \cdot E[\sum(y_{i\alpha})] + R$  con  $R$  el recargo por sobrefacturación. Se supone que el valor del recargo por cotizante  $R/k_{\alpha}$  tiene un efecto negativo sobre  $n_{\alpha}$ . El problema de maximización respecto de  $R/k_{\alpha}$  se resuelve de la siguiente manera:

$$\delta n_{\alpha} / \delta (R/k_{\alpha}) = \delta P / \delta (R/k_{\alpha}) \cdot [U_{\min} - E(M) \mu_{\alpha} \cdot n_{\alpha}] / [E(M) \cdot \mu_{\alpha} \cdot P]$$

Analizando el efecto de  $R$  sobre  $P$ , podemos demostrar que:

$$E[\sum(a_{i\alpha})] = (100\% + M) \cdot E[\sum(y_{i\alpha})] + R = (100\% + M + L) \cdot E[\sum(y_{i\alpha})] \text{ con } L = R / (\mu_{\alpha} \cdot n_{\alpha})$$

El efecto del recargo es comparable al efecto de una coyuntura económica favorable o desfavorable en el modelo que presentamos antes. Habíamos recalcado que el efecto de una coyuntura favorable o desfavorable afecta de manera asimétrica a las obras sociales a través del efecto de tamaño. Por ende, el interés en crear un recargo es cuanto más importante cuanto más chica es la obra social. A partir del momento en que la probabilidad de bancarrota no es nula por causa de un efecto de tamaño, aparece la

necesidad de alzar los precios. Esta necesidad desaparece cuando  $P$  es tan grande como para que  $\delta P / \delta(R/k_\alpha)$  se vuelva poco significativo (sabiendo que  $\delta^2 P / \delta(R/k_\alpha)^2 < 0$ ). Uno puede proponer una medida simple de la necesidad de alzar los precios a través de la división de la variación estándar de los beneficios por el número de cotizantes, para tener una noción de la importancia de los recargos que mencionamos por el simple efecto de tamaño. Debido a la manera como una obra social puede corregir el efecto de tamaño, los recargos debidos al efecto mencionado son necesariamente débiles, de manera que el efecto de tamaño no parece afectar de manera demasiado importante la competitividad de las empresas. Como lo mencionamos precedentemente, con un margen esperado del 5%, el efecto de tamaño amenaza muy pocas instituciones. Una corrección del riesgo mediante una sobre facturación tal que “ $L = 3\%$ ” en promedio parece eliminar la mayoría de los riesgos de bancarrota, excepción hecha de ciertos casos extremos. Problemas de solvencia pueden aparecer si en vez de estar en una posición en que las obras sociales chicas pueden mantener recargos, están en una posición de debilidad frente a las obras sociales más grandes, las cuales disminuyen sus márgenes temporariamente de manera que las obras sociales chicas vayan perdiendo afiliados o estén deficitarias.

Mas allá de los cálculos que hemos hecho, es probable que ciertas coberturas no puedan ser ofrecidas por obras sociales con el aumento marginal de beneficiarios o que las cuotas no compensen el riesgo tomado por la obra social. De una manera general, es probable que las estrategias de las obras sociales estén afectadas por efectos de equilibrio general y sustitución de una obra social a otra además de hacerse en base a las relaciones de arbitraje ya mencionadas. Por esa razón, además de tomar en cuenta los lineamientos económicos que estructuran las decisiones de las obras sociales, es preciso tomar en cuenta las múltiples interacciones entre cada actor del sistema de seguro de salud, privilegiando así el enfoque de la economía política.

## **2. ¿Qué regulación del sistema de seguro de salud?**

El concepto de “mutualización” del riesgo y sus implicaciones nos da a pensar que la situación del mercado de seguros argentinos corresponde a una situación de repartición de los recursos poco eficiente. Fragiliza el sistema de seguro de salud al mismo tiempo que minimiza las coberturas ofrecidas al existir costos implícitos para controlar el riesgo agregado en estructuras chicas. Esta situación se explica en parte porque el mercado de las obras sociales es poco competitivo y porque ciertas entidades revisten un carácter local. El carácter cautivo de la demanda en servicios de salud es sin duda la razón que estructuró el mercado del seguro de salud antes de la desregulación. La cautividad de la

demanda estructuró un mercado poco competitivo y generó intereses contradictorios a favor o en contra de fenómenos de renta.

Hoy en día, las obras sociales más chicas tienen aún menos interés que las obras sociales grandes en el ensanchamiento de las obligaciones de cobertura, que afecta los niveles de riesgo, sobre todo si la cobertura llega a incluir enfermedades catastróficas, es decir raras pero costosas. En cierta medida, los cambios en el PMO generan distorsiones sobre las necesidades de cobertura que afectan el mercado de seguro hacia más o menos concentración de los medios. De la misma manera, La Administración de Programas Especiales, que otorga subsidios en el caso de enfermedades de altos costos y baja incidencia, tiene influencia sobre las características de la oferta semipública en seguros de salud.

Por otra parte, las estructuras más grandes tienen más interés en la desregulación que las entidades más chicas por causa de los efectos de redistribución de la demanda que pueden implicar. No obstante, si bien las obras sociales tienen interés en agrandar la cantidad de sus afiliados, no lo quieren hacer en detrimento del nivel general de sus prestaciones, lo que puede ser causado por la afiliación de beneficiarios cuyos niveles de ingreso no garanticen el pago de las prestaciones mínimas obligatorias que se les tiene que ofrecer, a saber el Plan Médico Obligatorio. Esta tensión entre afiliados ricos y afiliados humildes se tradujo por un acercamiento entre ciertas instituciones de seguro semipúblico y entidades de medicina prepaga.

Las prepagas tienen un estatuto muy diferente de las obras sociales, dado que no están regidas por los mismos mecanismos de regulación garantizados por la Superintendencia de Servicios de Salud y, en una menor medida, por la Administración de Programas Especiales. Existe un control administrativo en el caso de las obras sociales que no existe en el caso de las prepagas. La Superintendencia de Servicios de Salud tiene ciertas competencias que imponen cierto marco normativo a las obras sociales y no a las entidades de medicina prepaga. No obstante, la diferencia entre medicina prepaga y obra social no es necesariamente muy clara para los beneficiarios de los diferentes planes de salud, sobre todo dado que estas diferentes entidades compiten por el dominio de un mismo mercado. Las líneas se volvieron un poco borrosas por varias razones:

- a. Las obras sociales y las prepagas tienen el mismo deber de asegurar a sus beneficiarios el acceso a las diferentes prestaciones incluidas en el Plan Médico Obligatorio. Generalmente, las prepagas ofrecen a sus afiliados una atención suplementaria (servicio de mejor calidad) o coberturas suplementarias mediante planes cuya cuota es más alta que el precio subyacente del Plan Médico Obligatorio para la entidad en cuestión. Ahora bien, muchas obras sociales proponen planes superadores cuya función parece similar a la de los planes de seguro privado: son un poco más caros pero se agranda la cobertura y la calidad

de atención. Estos planes constituyen para las obras sociales un método de diferenciación de su clientela y prerrogativas. Así, las obras sociales distinguen sus servicios y sus afiliados según una modalidad que les permite preservar la calidad de ciertas prestaciones y mantener cierta atraktividad para los beneficiarios más pudientes.

- b. Existen acuerdos entre ciertas entidades de medicina prepaga y obras sociales, principalmente porque los sanatorios de las obras sociales atienden a veces a los beneficiarios de los planes médicos de las entidades privadas de seguro de salud.
- c. La opción de cambio de obra social impulsada en los años 90 produjo un « descreme » en la estructura de las obras sociales, de manera que el sistema se volvió menos solidario a partir de los años 90. Las personas con mayores ingresos fueron las que más aprovecharon la opción de cambio para inscribirse en una obra social cuyo abanico de cotizantes es más reducido pero cuyo salario promedio es más alto. Al tramitar un cambio de obra social, estas personas obtenían mejores seguros por un precio similar, pero este fenómeno tuvo consecuencias importantes a nivel de la estructura de ciertas obras sociales. Se acentuó el fenómeno de segmentación en el ámbito de las obras sociales.
- d. De manera a ganar influencia en el mercado de los seguros de salud, ciertas obras sociales sirvieron de intermediarias para que se tramiten opciones de cambio « manejadas » de una obra social a una entidad de medicina privada con la que tenían acuerdos. Tomando en cuenta que muchos beneficiarios de una obra social estarían interesados en obtener los servicios de una prepaga, supuestamente mejores, en vez de los servicios de una obra social, ciertas obras sociales y prepagas propusieron opciones de cambio que no desembocaban en un cambio de una obra social para otra, sino en un cambio de la obra social de origen hacia una prepaga mediante una obra social intermediaria. El mecanismo es el siguiente: el beneficiario tramita la opción de cambio; su expediente desemboca en la obra social intermediaria que tramita el cambio de régimen de un servicio de atención semipúblico a un plan de seguro privado. Mediante este mecanismo, algunas obras sociales manejaron flujos de demanda para las empresas de medicina prepaga.

En este contexto, se plantea la pregunta de saber si se tiene que organizar una concentración del mercado de seguro de salud. El problema es que, por más ineficaz que pueda resultar una fragmentación del sistema, uno no tiene que perder de vista que no se puede generar un nuevo sistema *ex nihilo*, arrasando al antiguo. No sólo la cuestión de la eficacia o de la solvencia de las mismas entidades tiene que plantearse, pero también es de entender que problemas de justicia social se plantearían al mismo tiempo que la concentración de los medios podría enflaquecer el poder de regulación de las autoridades públicas. Finalmente, para entender realmente los efectos eventuales de un cambio en la regulación de las obras sociales, no tendría que perderse de vista sus efectos sobre los

proveedores de servicios de salud. Una regulación del sistema de seguros de salud implica entender con precisión los mecanismos de transmisión que existen entre el sector del seguro de salud y el sector de los proveedores de salud.

La falta de competencia en el mercado del seguro de salud está reforzada por la falta de competencia que existe en el ámbito de los sanatorios privados, los cuales dependen de las entidades de seguro (que manejan su demanda). Es frecuente que se alineen los intereses de manera vertical (proveedores de seguros de salud/proveedores privados de atención de salud) en un juego de lucha para el aumento del poder de mercado. Estos fenómenos anticompetitivos están facilitados por situaciones de mercados regionales en que la oferta sanitaria está limitada. Se ven reforzados por la constitución de corporaciones a nivel local o nacional. La regulación del mercado del seguro de salud tanto como la regulación de la oferta de los proveedores privados de salud implica un control complejo de las prácticas competitivas, el cual no puede darse siempre. Es importante recalcar la acción de la Comisión Nacional de la Defensa de la Competencia, que actuó varias veces en el ámbito de la regulación del sector privado de la salud. Podemos hacer referencia al trabajo de la Comisión en los casos de las conductas anticompetitivas denunciadas por el Instituto Médico Privado Uruguay S.A. contra Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Entre Ríos o denunciadas por la Coordinadora de Salud S.R.L. contra la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán.

Debido a esta estructura específica vinculando sanatorios a obras sociales y prepagas, la volatilidad de los seguros de salud afecta directamente a los proveedores de servicios de salud. Por así decir, la estructura del sistema de seguro de salud sirve de calque para la fragilidad del sector que ofrece servicios sanitarios. Sus ingresos terminan siendo procíclicos y dependen de una relación de fuerza entre las obras sociales y los sanatorios (cuando estos no dependen directamente de las obras sociales o prepagas). La situación financiera de las obras sociales y prepagas tiene repercusiones directas sobre el estado financiero de las entidades que proveen salud a la población argentina. Esta relación de dependencia, mientras los gastos de salud pueden difícilmente postergarse, tiene una influencia directa a largo plazo sobre el nivel sanitario de los argentinos tanto como mantiene inseguridad frente al futuro de la calidad de las prestaciones eventuales. Una pregunta importante resulta saber hasta qué punto los sanitarios pueden soportar ingresos volátiles y de qué manera esta volatilidad puede afectar tanto las inversiones que realizan como la calidad de los servicios propuestos a largo plazo.

Ahora que presentamos las dificultades relacionadas con la regulación del mercado de seguro de salud y su influencia sobre el sistema de salud, proponemos una breve

presentación de los mecanismos de acción de las autoridades públicas y las tensiones más marcadas al respecto.

### **3. Regulación de los precios, de las prestaciones y del sector público**

En términos de calidad, las prestaciones aseguradas por las obras sociales y las entidades de medicina prepaga plantean la cuestión de los elementos mínimos que el sistema de seguro de salud tiene que aportar. La cuestión de la fijación de prestaciones mínimas en los contratos de seguro de salud moviliza los intereses de todos los actores del campo, de las entidades de medicina prepaga a los hospitales públicos. La fijación de estas prestaciones mínimas se hizo en base a la implementación a partir de 1996 del decreto 492/1995 que creó el Plan Médico Obligatorio. El Plan Médico Obligatorio se vio modificado varias veces. Adquirió el título de Plan Médico Obligatorio de Emergencia después de la declaración de la Emergencia Sanitaria. Cada uno de los actores del campo tiene intereses opuestos en la ampliación del PMOe.

El hospital público y el sector público tienen un interés en la ampliación del PMOe que tiene que ver con el “descongestionamiento” de ciertos servicios públicos. El PMOe puede obligar a los prestadores de servicios privados a otorgar prestaciones de baja rentabilidad cuyas repercusiones podrían ser positivas para el hospital público.

Las obras sociales no tienen interés en la ampliación de la cobertura mínima, que implica un aumento de los costos. Es de diferenciar, no obstante, las obras sociales más pobres de las obras sociales más ricas, debido a las distorsiones generadas por el Fondo Solidario de Redistribución. Las modalidades de redistribución del Fondo, vinculadas al pago como mínimo del Plan Médico Obligatorio y la atención de las enfermedades de altos costos e incidencia baja, pueden afectar los intereses de los unos y los otros. No obstante, el cálculo de los intereses particulares es difícil, dado que el aumento de las prestaciones incluidas en el PMO no implica necesariamente el alza del subsidio otorgado a las obras sociales más pobres en forma de « redistribución automática », para retomar el término legal. En efecto, la redistribución se hace en base a padrones que concibe la Superintendencia de Servicios de Salud y, si bien es probable que un aumento de prestaciones desemboque en un aumento del subsidio, la « redistribución automática » no es tan automática como su denominación lo dejaría pensar. Recalquemos que el dinero que constituye el Fondo no depende de las prestaciones incluidas en el PMO, sino de los impuestos sobre la masa salarial y del mecanismo de recaudación que le es propio (el 10% de los fondos recaudados en nombre de las obras sociales sindicales y el 15% de los fondos recaudados en nombre de las obras sociales de personal de dirección). Por otra parte, el Fondo Solidario de Redistribución se divide en dos objetivos y dos métodos de

redistribución independientes, el del padrón de la Superintendencia de Servicios de Salud por un lado y el de la Administración de Programas Especiales por el otro. Si bien el objetivo de los padrones de la Superintendencia de Servicios de Salud es redistributivo, esta misma exigencia de redistribución en el caso de la APE no es tan clara. Los subsidios se otorgan para determinadas enfermedades según determinados criterios, sin que se pueda decir a priori qué obras sociales son las que más aprovechan el subsidio.

Tampoco las entidades de medicina prepaga tienen algún interés en el aumento de las obligaciones del plan de seguro mínimo. Se podrían incluir prestaciones de baja rentabilidad. De hecho, las modificaciones del PMO no sólo afectan a los planes más básicos, pero tienen que ser integradas a todos los tipos de planes en el caso en que no estén previamente incluidas.

Los sanatorios no tienen mucho interés en la ampliación del Plan Médico Obligatorio. Uno podría pensar que al implementarse el Plan Médico Obligatorio, los sanatorios recibirían más demanda. Ahora bien, las enfermedades incluidas pueden llegar a ser de baja rentabilidad o generar problemas de solvencia porque pasarían a ser reguladas por la política de precios del Estado. En efecto, las prestaciones incluidas en el PMO están reguladas bajo un régimen de precios que obliga a los prestadores privados a mantener los niveles de facturación a montos a veces considerados por estos mismos como insuficientes.

El Plan Médico Obligatorio genera distorsiones (benéficas o indeseadas) que afectan los diferentes actores. Estas distorsiones tendrían que analizarse tomando en cuenta la política de regulación de precios y buscando un óptimo entre los logros de una política de servicios mínimos regulados con las dificultades eventuales de oferta que esta regulación puede generar para las entidades concernidas. Este tema no se puede analizar sin adentrarse en la estructura fragmentada del mercado de la salud y su ordenación jerárquica compleja entre proveedores de seguros de salud y proveedores de prestaciones sanitarias. La cuestión de la repartición de los sobrecostos entre las diferentes entidades es de primer plano, a pesar de que nos hagan falta informaciones estadísticas para poder juzgarla bien. La idea es la siguiente: la ampliación del Plan Médico Obligatorio, acumulada con una política de regulación de precios, genera costos nuevos para los diferentes actores. Estos costos se reparten de manera diferenciada por varias razones, propias a la enfermedad, al diseño legal, a las estructuras del mercado de seguros de salud y al poder de negociación de estos últimos con los sanatorios, cuya demanda proviene de las obras sociales y entidades de medicina prepaga.

Finalmente, por parte de los actores de la sociedad civil involucrados en los servicios de atención pública de la salud, los problemas son múltiples. Podemos tratar de sintetizarlos alrededor de dos ejes:

- i) La cuestión de las condiciones de trabajo. Si bien existe la sensación de una mejora en los últimos años, los profesionales de la salud trabajan en malas condiciones que afectan a veces la salud de sus pacientes. Faltarían medios para que se tomen más precauciones en el tratamiento de enfermedades contagiosas. Estos medios son a la vez materiales y humanos. Se critican el importante déficit de enfermeros y las faltas de personal en ciertas especialidades como neurología o anestesiología.
- ii) La cuestión de la renovación de los hospitales públicos. Muchas infraestructuras necesitan reformas que no se dan en su total profundidad por causa de falta de inversión o mala gestión de los fondos. En los años noventa, hubo proyectos de construcción de hospitales mal diseñados, que desembocaron en el cierre de dichos hospitales algunos años después, dado que no se había planteado bien la planificación de los costos de gestión. Las reformas emprendidas en los hospitales que funcionan no abarcan la totalidad de los problemas encontrados por los hospitales públicos. La degradación de los hospitales es un problema central de la gestión del sistema público.

Por otra parte, problemas de gestión complican el trabajo del personal de salud. En primer lugar, el hospital es una entidad muy compleja que tiene que enfrentarse con importantes costos de gestión. Los costos de gestión son tan importantes que los fondos propios asignados a los hospitales para inversiones son débiles. Por otra parte, el hospital público es una entidad rígida que no puede solucionar en plazos adecuados las dificultades ocasionadas por las demoras que se registran en las listas de espera. Hay una diferencia temporal importante entre la capacitación de nuevos médicos y los fenómenos de aumento de la demanda. Esta diferencia temporal está acentuada por su relación dependencia con los momentos de la decisión política (de aumento y/o modificación del presupuesto). Finalmente, existen carencias en los sistemas de información hospitalarios. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los historiales médicos no están informatizados. Hoy en día, se registra una mejora en el seguimiento clínico interno a cada hospital, pero no existe ningún sistema de archivos entre el hospital público y los sanatorios privados. Además, barreras legales están vigentes: el historial clínico le pertenece al propio paciente y ningún médico puede exigirlo.

### **C/ La agenda política en materia sanitaria**

Presentamos en la sección anterior algunas tensiones claves que componen los problemas de regulación en el sistema sanitario hoy en día. No obstante, presentamos estas tensiones como *hechos*. En esta parte, nos dedicamos a presentar los *procesos* recientes dentro de los cuales estos fenómenos toman vida. En efecto, estos problemas y

tensiones tienen una larga historia. Son el producto de la cristalización de los diferentes actores mencionados en un marco político y legal específico. Por ejemplo, la aparición de las entidades de medicina prepaga como un actor del campo político-sanitario tiene alrededor de 20 años y está directamente vinculado con su expansión en los años 90. La reflexión política alrededor del Plan Médico Obligatorio tiene que ver con la creación misma de este mecanismo regulatorio y su modificación a lo largo del tiempo. A nuestro parecer, la política sanitaria post-Convertibilidad se hizo en base a un paradigma de gestión diferente del paradigma mayoritario en los años 90. Este paradigma encuentra en parte su origen en la crisis sistémica por la que pasó el sistema sanitario argentino en un contexto de fuerte recesión económica. Nos parece orientar la acción del gobierno y estructurar las tensiones presentes en el campo político-sanitario tal como las planteamos en la segunda sección de la segunda parte.

### **1. La crisis económica como revelador de las incoherencias del sistema de salud**

En el sector de las obras sociales, la crisis del 2001 afectó profundamente la solvencia del INSSJyP tanto como la solvencia de muchas obras sociales afectadas por la caída brutal del número de cotizantes. Las situaciones de endeudamiento insostenible se multiplicaron, las cuales obligaron al gobierno a pensar en planes de saneamiento de las finanzas de dichas empresas y el moratorio de sus deudas. Mientras tanto, el hospital público fue sumergido por demandas excepcionalmente altas de manera que no pudo satisfacerlas todas a pesar del comprometimiento personal muy importante de los trabajadores de los hospitales y los centros de salud públicos. El sistema de salud pública argentino mostraba su incapacidad para enfrentar la situación que acaeció, lo cual no sólo se explicaba por la importancia de la catástrofe que vivía el país, sino también por incoherencias propias del sistema. En efecto, el sistema sanitario argentino presentaba dos características de incoherencia: a) un sistema público centrado en los centros de atención de mayor complejidad mientras altos niveles de pobreza orientaban la demanda en servicios básicos de atención de la salud de todos; b) un sistema de seguro de salud basado en un modelo de pleno empleo mientras el país vivía situaciones de desempleo masivo.

El fenómeno de sobre demanda en salud no sólo tiene que plantearse desde el punto de vista económico: tenemos que entender las consecuencias cualitativas de una exacerbación de las demandas populares en salud. Por así decir, el fenómeno de exacerbación de las demandas en salud tiene que considerarse tanto en términos médico-asistenciales como en términos político-sanitarios. La primera consecuencia de la sobre demanda en salud a nivel político es sin duda la disqualificación en el momento de la crisis del propio sistema debido a las dos incoherencias subrayadas. De hecho, estas dos

carencias no eran datos nuevos cuando se generó la crisis. No obstante, se hicieron cruelmente visibles cuando las instituciones que respaldaban el sistema se encontraban fuertemente debilitadas. Por eso, el pendiente político-institucional de la crisis económica del 2001 es un elemento céntrico que uno tiene que abordar para entender la reorientación reciente de la política sanitaria post-Convertibilidad.

El pendiente político a la crisis económica tal como lo vivió Argentina en el 2001 se suele llamar crisis de gobernabilidad. El período de inestabilidad política tuvo importantes repercusiones sobre las instituciones nacionales, dejando pendiente los asuntos del Estado y generando una forma de caos legal e institucional en la búsqueda acelerada de soluciones a los problemas que planteaba la gestión de las políticas públicas. Sin adentrarnos en el concepto de crisis de gobernabilidad, es necesario plantear la manera como se expresó esta crisis a nivel del sistema de salud y relacionar estos acontecimientos con la exacerbación de las demandas populares en servicios de atención pública. De una manera general, S. Fleury define las dificultades relativas a la gobernabilidad en América Latina de la siguiente manera:

El problema central de gobernabilidad en América Latina está fundamentado en la convivencia paradójica de un orden jurídico y político basado en el principio de igualdad básica entre los ciudadanos, y la preservación simultánea del mayor nivel de desigualdad en el acceso a la distribución de riquezas y los bienes públicos. La pérdida de legitimidad del pacto corporativo y de los actores tradicionales vinculados al Estado desarrollista requiere la construcción de un nuevo pacto de poder que contemple las transformaciones que se procesaron con la articulación reciente del tejido social, y que sea capaz de incorporar plenamente a aquellos que hoy se encuentran excluidos. Sin embargo, las posibilidades de generar estrategias de institucionalización del poder y cohesión social están determinadas por la reducción del poder del Estado y por la inserción de estas sociedades en una economía globalizada, profundizando la disyuntiva entre economía política, Estado y nación<sup>35</sup>.

La crisis de gobernabilidad en Argentina se caracterizó por la impotencia de los poderes ejecutivos para encontrar soluciones rápidas frente a situaciones de emergencia. La situación de crisis fue caracterizada por una incompatibilidad temporal entre el momento de la gestión política y las necesidades apremiantes que surgieron. Se generó una situación de vacío institucional que implicó una desinstitucionalización desarticulada de los servicios públicos. En este contexto, aparecieron acciones aisladas o coordinadas provenientes de la sociedad civil para limitar los daños de la desinstitucionalización. En el

---

<sup>35</sup> Fleury, S.: «La expansión de la ciudadanía» en VVAA: *Inclusión social y nuevas ciudadanía*s (2003). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

ámbito de la salud, la acción individual del personal de la salud entre 2002 y 2004 al tener que atender a flujos excesivos de demandas se aparenta a una situación de ausencia de respaldo institucional. Se puede suponer que el desfase entre el momento político y el momento sanitario (lo cual es una estructura natural de cualquier gestión hospitalaria) alcanzó niveles críticos cuando la situación de desequilibrio entre oferta y demanda adquirió características estructurales y ya no coyunturales. Por así decir, la estructura de la economía argentina y la situación laboral del momento generó una sobre demanda de larga duración. Ya no se trataba de un problema epidemiológico de algunos días, sino de una estructura nueva de la situación sanitaria. La situación global del sistema tal como se encontraba, debilitado frente a las necesidades de la población, hace que la crisis económica se convirtió a nivel sectorial en una crisis sistémica. La crisis sistémica impulsó una transformación radical a costa de la satisfacción de todas las demandas en salud del momento. La transformación interna del sistema de salud pasó por la búsqueda de métodos de logros en eficiencia partiendo de la base de los actores involucrados, a saber el personal médico motivado por la necesidad de atender a la gente que se presentaba. A nivel político, la sobre demanda actuó como un motor para la reformatión de las instituciones. A partir de la crisis económica, se juzgó desde la sociedad que el actual sistema sanitario estaba en situación de fracaso y se puso en marcha una solución técnica con miras a racionalizar los medios hospitalarios y el sistema sanitario. Nuestra hipótesis es que, por lo tanto, la demanda exacerbada tuvo como efecto lateral poner el problema médico-asistencial sobre la mesa de las negociaciones políticas.

La crisis de los hospitales públicos y de las obras sociales obligó el gobierno a declarar un estado de excepción que le permitiera acordar los mecanismos de decisión política con las necesidades sanitarias. Visto la Ley 25.561 de Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario del 6 de enero de 2002, se declaró la Emergencia Sanitaria pocos meses después del inicio de la crisis mediante el decreto 486/2002, el 12 de marzo de 2002. El período de 2002 a 2003 corresponde a nuestro parecer a un período de confusión institucional. La mayoría de los actores del campo analizan la declaración de la Emergencia Sanitaria a posteriori como una necesidad que permitió redistribuir de manera eficiente los insumos de los diferentes hospitales públicos, encontrar modalidades que permitan ayudar las obras sociales en situación de déficit y reorientar los programas del Ministerio de Salud hacia objetivos más asistenciales. Durante los primeros meses de la Emergencia Sanitaria, se tomaron dos medidas muy importantes: la modificación del Plan Médico Obligatorio, que tomó el nombre de Plan Médico Obligatorio de Emergencia a partir del 9 de Abril de 2002 por resolución del Ministerio de la Salud (resolución 201/2002), y la obligación de usar el nombre genérico del medicamento en las recetas, a partir de la resolución N°326 del Ministerio de Salud del 3 de junio de 2002. La

Emergencia Sanitaria permitió darle prioridad a la atención pública de la salud, lo que habíamos notado en nuestro análisis del gasto público para los años 2003-2004. El gasto contracíclico se impuso como una necesidad política dadas las circunstancias sanitarias del país.

Ahora bien, si bien el análisis del momento de crisis institucional –como un momento de puesta en tela de juicio de los mecanismos de acción tradicionales en el campo sanitario- es imprescindible para entender la actual agenda sanitaria, lo más importante es comprender cómo se dio el paso hacia el regreso a la normalidad una vez que fueron superados los peores momentos de la crisis. No intentamos proponer un análisis exhaustivo de este momento clave de la historia institucional del sistema de salud argentino, pero sí algunos puntos de partida para la reflexión. Estos puntos nos permitirán desarrollar hipótesis sobre la consolidación del actual paradigma sanitario.

## **2. La cuestión del regreso a la normalidad y la conformación de un nuevo paradigma**

Del punto de vista legal, sigue vigente hasta hoy en día la Emergencia Sanitaria, prorrogada varias veces. Por lo tanto, el regreso a la normalidad no es ninguna evidencia. Los poderes del Ejecutivo en el ámbito de la salud siguen amplios y regulan la mayoría de los problemas a través de decretos provenientes del Poder Ejecutivo Nacional o de resoluciones del Ministerio de Salud y sus entidades descentralizadas. No obstante, este fenómeno no es nuevo, se trata más bien de un punto de continuidad en la manera de hacer política vigente entre los años noventa y la actualidad. La gran influencia del poder Ejecutivo no es una novedad. Muchas decisiones no pasan por una discusión parlamentaria, pero se toman a nivel de las administraciones o del gobierno. A nuestro parecer, es de considerar la influencia del Poder Ejecutivo como un elemento estructural de las políticas sanitarias previo a la crisis, de manera que uno tiene que analizar el momento de regreso a una situación normal desde otro punto de vista. Consideremos, en primer lugar, que el país recobró su estabilidad política con la presidencia de Néstor Kirchner. En el área sanitaria, el punto de regreso a cierta normalidad se habrá dado cuando empezó a bajar la demanda en servicios públicos de salud, es decir a partir del año 2004.

De hecho, al caer los niveles de demanda del hospital público, se plantearon pautas para la reforma del sistema de políticas sanitarias en su conjunto. Podemos fechar este intento de reorientación de las políticas sanitarias a partir de la implementación del Plan Federal de Salud (2004-2007). El Plan Federal de Salud fijó pautas para los programas en el área sanitaria y orientó la acción del Ministerio hacia la atención primaria en salud, mediante el refuerzo de los Centros de Atención Primaria de la Salud. Existe una ruptura con las políticas anteriores dado que el Plan Federal de Salud puso el énfasis en

planes asistencialistas canalizados a través de una red de centros de atención primaria. La consolidación de una red de este tipo tenía dos objetivos. El primero era promover la atención primaria de la salud y, más específicamente, la prevención de la salud, que estaba casi ausente de las preocupaciones sanitarias en Argentina. Por otra parte, los CAPS tenían como objetivo reducir la demanda en prestaciones hospitalarias proponiendo un complemento de oferta. El refuerzo de los CAPS parte de intereses y puntos de vista variados. Desde la sociedad civil, la demanda exacerbada mostraba la necesidad de un sistema apto para canalizar los esfuerzos hacia una atención de los problemas sanitarios más básicos e imprescindibles. La saturación de los hospitales públicos planteaba el problema de un sistema demasiado centrado en la oferta de los hospitales y cuya estructura poco flexible, dada la complejidad de los centros hospitalarios, podía difícilmente responder a necesidades volátiles. Por otra parte, los CAPS correspondían a la puesta en práctica de un paradigma ético nuevo en el tratamiento de las políticas sociales, vinculado con un análisis en clave aristotélica de la justicia social heredada de la reflexión del economista y filósofo Amartya Sen sobre las oportunidades de vida. Es importante subrayar este elemento para nuestro análisis de la actual agenda sanitaria: las demandas sociales fueron reformuladas a partir de un marco teórico y desembocaron en el proyecto que priorizó la atención primaria. La reflexión en términos de elecciones de vida parte de círculos de especialistas y se difunde a la vez mediante el debate entre organizaciones internacionales, ONG's y miembros de las administraciones nacionales alrededor de un proyecto sanitario coherente. La reflexión técnica estuvo en la encrucijada entre las demandas sociales y las esperas del gobierno. La priorización de la atención primaria y la consolidación de los CAPS revisten un contenido ético coherente que correspondió a las esperas del gobierno. De hecho, el acercamiento a las problemáticas sanitarias mediante la promoción de la salud primaria forma parte de una política que se puede entender bajo la forma de un "voluntarismo político de carácter progresista". No se trata de juzgar si estos términos son apropiados o no para caracterizar el conjunto de las políticas tomadas, sino de dar cuenta con cierta claridad de la orientación política del momento. El voluntarismo político implica el abandono de la neutralidad de un Estado liberal: una elección moral subyacente orienta la política a favor de la construcción de cierto proyecto de sociedad. En el caso argentino, este elemento se cristalizó entre otras cosas a través del tratamiento de temas relativos a la salud con alto contenido ético y social: programas de lucha contra el VIH/SIDA, posible despenalización del uso de drogas, lucha contra el tabaquismo mediante su prohibición en los bares, defensa de la pastilla del día de después, etc. El progresismo tiene que ver con el hecho de que estos elementos tienden en general hacia una sociedad menos represiva, pero también porque están orientados a una mayor igualdad en el tratamiento de la salud de cada uno.

Durante el período de crisis, se desarrolló una política de acceso a la cobertura médica que desembocó, a partir del 2004, en una iniciativa de ampliación de la cobertura médica de todos. El énfasis en la atención primaria hizo que ciertos planes se volvieron prioritarios, como en el caso del Plan Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano y Enfermedades de Transmisión Sexual a partir de 2002. El período de crisis y el período post-Crisis fueron momentos de fortalecimiento de políticas que generaron una ampliación global del vademécum ofrecido por los servicios públicos de asistencia médica. El programa REMEDIAR fue un instrumento clave en el abastecimiento de medicamentos a nivel de los CAPS. Por otra parte, el paradigma nuevo de las políticas sanitarias en Argentina tuvo repercusiones en la gestión del Plan Médico Obligatorio. Este último se retractó considerablemente al implementarse el Plan Médico Obligatorio de Emergencia frente a la situación de crisis generalizada del sistema de obras sociales. Después de la crisis, si bien no se restableció el antiguo PMO, se fue ampliando el PMOe a través de reformas legislativas importantes, como se mencionó anteriormente. Se modificó la resolución n°201 del Ministerio de Salud del 9 de abril de 2002 y se incorporó a sus anexos varios tratamientos y medicamentos. La lista de las modificaciones legislativas está descrita en el cuadro siguiente:

**Cuadro 2: Modificación del PMO e incorporación de nuevos tratamientos<sup>36</sup>**

Modificaciones aportadas al Plan Médico Obligatorio de Emergencia		
Fecha	Tipo de operación	Nombre de la resolución del Ministerio de Salud
23/10//2007	Modificación	<a href="#">Anexo III - resolución n° 1418</a>
02/03/2007	Incorporación	<a href="#">Anexo I, apart. 3, pto. 7; anexo III; anexo IV - resolución n° 232</a>
28/12/2005	Incorporación	<a href="#">Anexo II y anexo IV - resolución n° 1991</a>
02/12/2005	Modificación	<a href="#">Anexo III - resolución n° 1747</a>
04/07/2005	Incorporación	<a href="#">Anexo III y anexo IV - resolución n° 752</a>
26/07/2004	Modificación	<a href="#">Resolución n° 758</a>
07/04/2004	Modificación	<a href="#">Resolución n° 310</a>

La política de ampliación del Plan Médico Obligatorio es una política que podemos calificar de voluntarista pero cuyas consecuencias institucionales son difíciles de medir. Por así decir, las modificaciones del Plan Médico Obligatorio, si bien se pueden considerar

<sup>36</sup> Información disponible en el sitio del ministerio de salud, Legisalud: <http://leg.msal.gov.ar/>

como un avance para la salud de todos, generan modificaciones importantes para las obras sociales sin que el gobierno generara mecanismos nuevos de compensación. Como ya subrayado, el Fondo Solidario de Redistribución debe permitir la cobertura del PMOe independientemente de la pertenencia del beneficiario a tal o tal obra social, pero sería importante considerar las modificaciones de trato que generaron las modificaciones legales, lo que no podemos hacer por falta de información al respecto. Por otra parte, la integración al PMO de nuevas prestaciones afecta también a las entidades de medicina prepaga, las cuales se opusieron masivamente a las nuevas incorporaciones, considerando que generarían efectos de alza de los precios en el sector. El diálogo entre entidades de medicina prepaga y el Estado está pasando por una discusión muy conflictiva sobre la naturaleza de la regulación que el gobierno desea implementar. De cierta manera, la ampliación del Plan Médico Obligatorio nos permite sacar ciertas enseñanzas respecto de la manera como se generan políticas de regulación en el ámbito de las obras sociales, y más generalmente en el ámbito de la salud. Las reformas sanitarias, implementadas por el gobierno, corresponden a avances reales con alto contenido ético. No obstante, los mecanismos de regulación y control de dichas políticas parecen a veces insuficientes o poco eficientes. No se trata de descalificar el conjunto de las políticas implementadas, pero subrayar ciertas insuficiencias que una consolidación institucional permitirían colmar.

### **3. Voluntarismo político, falta de transparencia y debilidades institucionales**

Calificamos la política gubernamental como voluntarista por varias razones. Una de estas tiene que ver con la importancia del poder Ejecutivo en las decisiones sanitarias y su comprometimiento para alcanzar ciertas metas sanitarias. Pensamos más particularmente en las declaraciones abiertas de disminución de la mortalidad infantil, de lucha contra el VIH/SIDA en Argentina, pero también en las promesas de reformas en los hospitales públicos y de regulación del sector de medicina prepaga. En cada caso, el voluntarismo político parece carente de ciertas fuerzas institucionales para que los esfuerzos se canalicen de manera eficiente. En el caso de la regulación de las obras sociales y las entidades de medicina prepaga, la implementación de decisiones nuevas no da lugar a una repartición clara del peso económico de las reformas en los diferentes actores. Muy a menudo, el peso económico de las reformas está a cargo de los actores de la sociedad civil sin que el Estado nacional se haga cargo de una parte del nuevo gasto generado. Paralelamente, ni siquiera existe una política de incentivos para el tratamiento de ciertas enfermedades dirigida a las entidades de medicina prepaga. Una política coherente de incentivos permitiría adecuar el costo real de una enfermedad para la empresa privada con el costo social de una demanda insatisfecha en salud. Más generalmente, el problema es

el siguiente: ¿Hasta qué punto se toma en cuenta el efecto de distorsión sobre el mercado que una nueva resolución pueda generar y se trata de aprovechar estos efectos de distorsión para regular el sistema sanitario? Por así decir, si no se estima el efecto distorsivo de las normas implementadas, es imposible pensar que la regulación del sistema es eficaz, dado que no puede plantearse una estrategia coherente de arbitraje entre los diferentes actores. Sin duda, existe una falta de transparencia sobre la meta final, a nivel sistémico, de las resoluciones nuevamente tomadas. Más generalmente, el voluntarismo actual parece desconectar a veces las políticas tomadas de sus mecanismos de realización coherentes y presta atención de manera demasiado unilateral en los efectos esperados de una reforma sin plantear con insistencia la cuestión de los efectos inducidos a varios niveles de análisis. Es probable que este problema de coherencia de la acción estatal no sólo aparezca en el caso de la regulación del sistema de seguro de salud, sino también en los planes puestos en marcha por el Ministerio de Salud. Digamos que es probable que el voluntarismo político plantee metas de manera formal sin que se dé el paso necesario de definición clara de los mecanismos de realización. Por ejemplo, es probable que exista a veces una desconexión notable entre los objetivos planteados y los fondos asignados por causa de una falta de pragmatismo inducida por un discurso político voluntarista. Esta desconexión entre fondos y objetivos, u objetivos y medios de acción, puede explicar las demoras existentes en las reformas que la opinión pública o los actores del sector sanitario están pidiendo.

Esta falta de coherencia en ciertas ocasiones está agravada por una falta de transparencia de la acción pública, la cual genera sospechas de corrupción. Una de las razones de esta falta de transparencia nos parece se expresa en una insuficiencia de marcos legales que establezcan claramente los objetivos de cada institución. De hecho, dos fenómenos de doble caracterización nos parecen generar carencias importantes en el sistema argentino de regulación de los seguros de salud. Por razones de falta de información, no podemos avanzar de manera precisa cuán ineficientes son los mecanismos reguladores del mercado de seguro de salud conformado por las entidades privadas y las obras sociales. No obstante, desde un punto de vista teórico, es posible comprobar que las instituciones reguladoras carecen de fuerza para encarar el problema de la regulación del sistema de seguro de salud. Recordemos el principio de Tinbergen, utilizado en política económica: para que la política económica sea consistente, tiene que haber tantos instrumentos de regulación como de objetivos; en el caso en que no se compruebe esta igualdad, es probable que los objetivos planteados no se puedan conseguir. En el caso de la regulación del mercado de seguro de salud, existen por lo menos dos instrumentos que tienen varios objetivos asignados. En efecto, el Fondo Solidario de Redistribución tiene dos objetivos: equiparar los medios de las obras sociales y

cubrir los gastos eventuales de las enfermedades de alto costo y baja incidencia. Estamos en un caso en que un solo instrumento tiene que producir dos efectos no necesariamente conciliables, de manera que aparece un conflicto claro, a nivel teórico, entre dos orientaciones de política económica distintas. Por otra parte, el mismo Plan Médico Obligatorio es un instrumento con por lo menos dos objetivos: la regulación de las prestaciones de las obras sociales y la regulación de las prestaciones de las entidades de medicina privada. Si se plantea una igualdad de función entre ambos tipos de institución (obras sociales y prepagas), la existencia de un sólo instrumento no es problemática. Ahora bien, el sistema de obras sociales es un sistema redistributivo financiado por retenciones salariales obligatorias, mientras que el sistema de entidades de medicina prepaга es un sistema no redistributivo con afiliación voluntaria. Una regulación diferenciada de las prestaciones de cada tipo de institución tendría que plantearse. Además, el objetivo del Plan Médico Obligatorio respecto del sistema de obras sociales se divide en dos ramas distintas. Por un lado, el Plan Médico Obligatorio puede ser percibido como un elemento igualizador de las prestaciones, dado que tendría el supuesto respaldo del Fondo Solidario de Redistribución, pero por el otro lado, su único objetivo es otorgar ciertos estándares de cobertura a la población beneficiaria del sistema. Por así decir, una mayor eficiencia en la regulación de las políticas sanitaria pasaría por una multiplicación de los instrumentos usados: se trataría de fijar un Plan Médico Obligatorio asegurado por las entidades estatales disociándolo de la política de subsidios del Estado. Esta política de subsidios tendría que establecer claramente las pautas que rigen la financiación de cada subsidio y los objetivos específicos que legitiman su existencia: redistribución, concentración de los medios, disminución de la diferencia entre costo social y costo real, etc. La definición de los subsidios tendría que hacerse fielmente a la visión según la cual elementos distorsivos pueden permitir alcanzar metas sanitarias o sistémicas si se da una prioridad explícita de ciertos objetivos esperados.

### **III. El impacto de la agenda sanitaria sobre la evolución reciente del sistema de salud**

En la parte precedente, tratamos de describir el proceso de formación de la actual agenda sanitaria partiendo de los diferentes actores involucrados en ella. Detectamos una orientación global de las políticas sanitarias en un campo estructurado por una serie de conflictos entre diferentes actores. Estos conflictos explicaban en parte el derrumbamiento fuerte del sistema de seguro de salud durante la crisis del 2001 y las debilidades que siguen vigentes post-Convertibilidad. Habíamos también mencionado que la acción del gobierno a nivel político-sanitario tenía implicaciones sobre la estructura global del sistema de un punto de vista económico. En la sección que sigue, interrogamos los efectos en

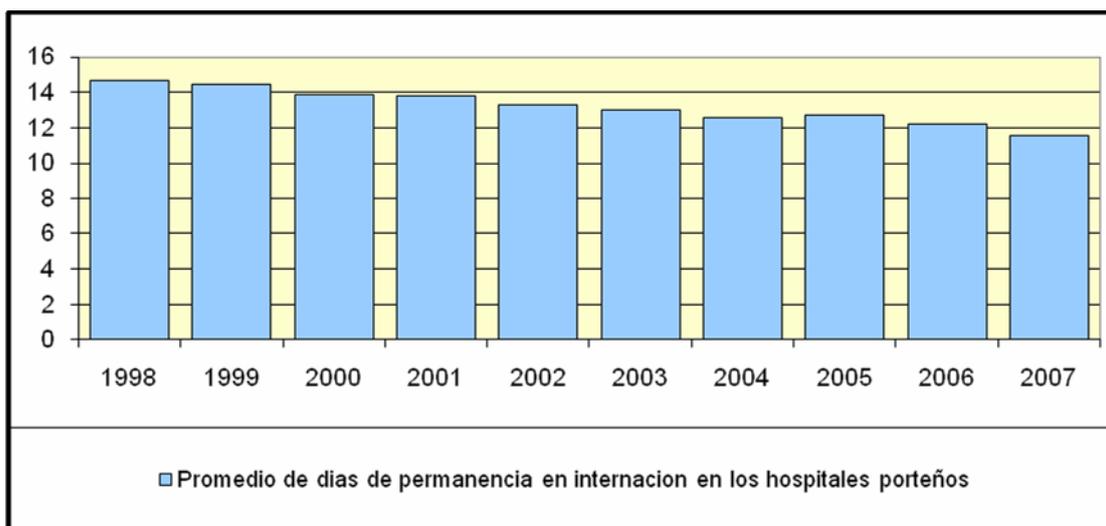
términos de eficiencia y equidad que pudo haber generado la agenda sanitaria previamente esbozada. Recalcamos dos elementos claves en la evolución del sistema a partir de 2003, a saber la expansión del Sistema Nacional de Seguro de Salud y la mayor eficiencia de los hospitales públicos. Empecemos por analizar brevemente la evolución del sistema de salud pública.

## A/ Hacia más eficiencia en la atención pública de la salud

### 1. Una mejor eficiencia en la gestión hospitalaria

Desde 1998, el promedio de días de permanencia en los hospitales porteños no paró de caer. Interpretamos este dato como un progreso, dado que implica un tratamiento más rápido de las enfermedades y limita las necesidades de tener un importante número de camas disponibles. No obstante, haría falta un análisis detallado de las razones de la baja de este indicador. Siguiendo nuestra intuición según la cual la caída del promedio de días de permanencia constituye una mejora del sistema, es de notar que la disminución del número de días de permanencia no fue demorada por la crisis. Podríamos aun suponer, por el contrario, que la crisis sistémica que padeció el hospital público, al tener que atender a flujos muy importantes de población durante los años que siguieron la crisis del 2001, apresuró este fenómeno de logro en eficiencia. Tal vez las decisiones tomadas en los primeros meses de la Emergencia Sanitaria permitieron generar logros en este campo de manera a limitar las demandas insatisfechas en un contexto muy grave.

**Gráfico 23: Caída del promedio de día de permanencia en internación en los hospitales porteños<sup>37</sup>**



<sup>37</sup> Fuente: *Internación; Movimiento Hospitalario, serie 1998-2007*. Dirección de Estadísticas Para la Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

No obstante, si bien la baja del promedio de días de permanencia nos permitiría estimar la eficacia de los servicios hospitalarios en el momento de atender a una persona, dice poco de la capacidad del hospital público para atender a todas las personas que se presentan. Dado que nos faltan estadísticas que reflejen la situación de los hospitales argentinos en términos de recursos humanos, recurrimos a una simulación que describimos más adelante para analizar la capacidad de atención de los hospitales públicos en el período que nos interesa. En la parte preliminar de este trabajo, presentamos las dificultades del hospital público para atender a una demanda eventualmente volátil y contracíclica. Quisiéramos analizar ahora si las capacidades en términos de infraestructura, tomando en cuenta el incremento en eficiencia de los hospitales públicos en el tratamiento de casos individuales, permitieron limitar los riesgos de saturación de los servicios debidos a fenómenos de sobre demanda estacional. Por supuesto, ciertos fenómenos de saturación hospitalaria no se podrían evitar en caso de crisis epidemiológica. No obstante, es interesante saber hasta qué punto el hospital público está preparado para enfrentar fenómenos de demanda importante.

Para eso, la simulación que elaboramos hace aparecer demandas en internación de manera aleatoria mientras el hospital responde a las demandas que se le presentan a partir de sus capacidades, las cuales son fijas en el año que estudiamos. El modelo nos permite comparar los resultados para los diferentes años estudiados, de manera a comparar las capacidades de atención de un año al otro. Disponíamos de la siguiente información estadística para la red de 33 hospitales presente en Buenos Aires:

- El número anual de egresos de internación en los hospitales porteños
- El número de camas disponibles
- El promedio diario de camas ocupadas
- El promedio de días de permanencia

El modelo propuesto no es económico propiamente hablando, sino una construcción estadística permitiendo emitir hipótesis sobre la evolución de la capacidad de los hospitales públicos. Convendría conectar el análisis estadístico con una descripción más amplia del día-a-día del personal médico y paramédico, pero por falta de información al respecto, nos conformamos con construir una simulación simple con miras a juzgar (con cierta probabilidad de error) la manera como evolucionó la situación de los hospitales porteños respecto de los flujos de población que le conviene atender.

Construimos el modelo a partir de varias hipótesis:

- El número de internados no afecta el número de días de permanencia.
- Cada internado se queda por una duración  $n$ , en días, determinado igual al promedio de los días de permanencia para el conjunto de los internados según el año estudiado.
- El total diario de personas que se presentan para ser internadas es una variable aleatoria que sigue una ley de distribución normal tal que:

$X_i \sim N(\mu ; \sigma^2)$  tal que  $\mu = E / 365$ , con  $E$  el número de egresos de internación en los hospitales porteños para el año de estudio,  $i$  la fecha relativa a la presentación de un número de personas  $X$  con miras a ser internadas.

Según estas hipótesis, podemos obtener  $K_i$ , el número total de personas internadas en un día  $i$ . Es la suma de variables aleatorias  $X_{ij}$  sobre un periodo  $n$  de días de permanencia:

$$K_i = X_i + X_{i-1} + X_{i-2} + \dots + (n - (k-1))X_{i-(k-1)}$$

$n$  elemento de los reales y  $k$  elemento de los enteros tal que:  $0 < k - n < 1$

Teóricamente, los  $K_i$  deberían estar relacionados entre sí, por un efecto de deslizamiento. Esta relación temporal entre los  $K_i$  es molesta dado que la correlación de los  $K_i$  hace que los cálculos son más complejos. De manera a obtener diferentes valores de  $K_i$  independientes los unos de los demás, nos apartamos de esta definición más realista del total de personas internadas en una fecha  $i$ , al suponer que:

$$K_i = X_{i1} + X_{i2} + X_{i3} + \dots + (n-(k-1)).X_{ik}.$$

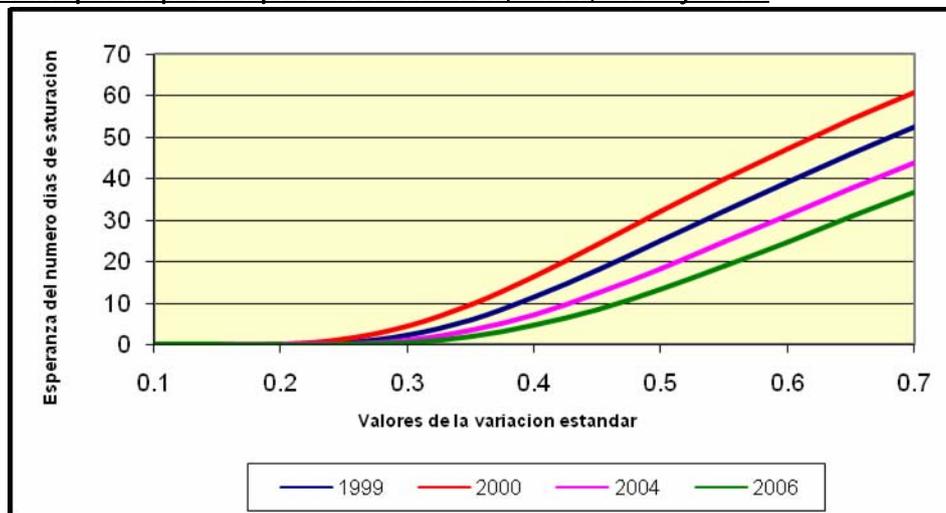
Generamos para cada día  $i$  una serie de  $k$  variables aleatorias  $X_{ij}$ , lo cual implica que hay independencia entre el número de personas internadas en un día  $i$  y los demás días del año en nuestro modelo.

Las hipótesis muy simplificadoras de la situación hospitalaria nos permiten emitir un resultado que nos permite comparar la situación de los hospitales porteños de un año al otro. La idea es la siguiente: los  $K_{ij}$  independientes siguen una ley normal tal que:

$$K_{ij} \sim N(n\mu ; n\sigma^2)$$

Según el valor que adquiera  $\sigma$ , se puede calcular la probabilidad de que  $K_{ij}$  supere el total de camas disponibles  $C$  en los hospitales porteños, de manera que la capacidad hospitalaria esté saturada. De hecho, al hacer variar los valores de  $\sigma$  y multiplicar por 365 la probabilidad obtenida, se averigua una forma de esperanza anual de días de saturación según el parámetro  $\sigma$ . Entre  $\sigma = 0,45\mu$  y  $\sigma = 0,7\mu$ , la probabilidad  $p(K_{ij} > C)$  adquiere una forma casi lineal. Es posible comparar los valores obtenidos para cada año de manera ordinal (este año presentó características de mayor riesgo de saturación que ese):

**Gráfico 24: Estimación de los días de saturación a partir de la simulación según los valores que adquiere  $\sigma$  para los años 1999, 2000, 2004 y 2006<sup>38</sup>**

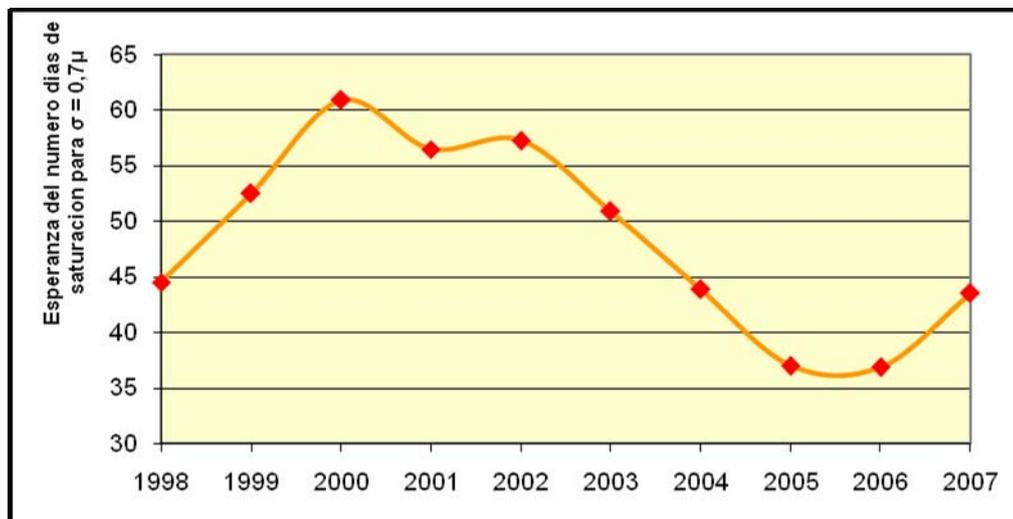


A partir del diagrama precedente, es posible extrapolar que la capacidad hospitalaria para el año 2006 respondió mejor a las necesidades de los pacientes que en los demás años del análisis. En el gráfico siguiente, presentamos la evolución de la esperanza del número de días de saturación según el modelo para  $\sigma = 0,7\mu$ . De hecho, sea cual sea la variación estándar escogida, podríamos comparar cualitativamente la

<sup>38</sup> Fuente: *Internación; Movimiento Hospitalario, serie 1998-2007*. Dirección de Estadísticas Para la Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Estimación propia.

capacidad hospitalaria de un año a otro tomando en cuenta las diferentes variables incluidas en el modelo: el número de camas, el número de egresos y el número de días de permanencia.

**Gráfico 25: Evolución de la capacidad hospitalaria estimada a partir de una esperanza de los días de saturación de las infraestructuras hospitalarias<sup>39</sup>**



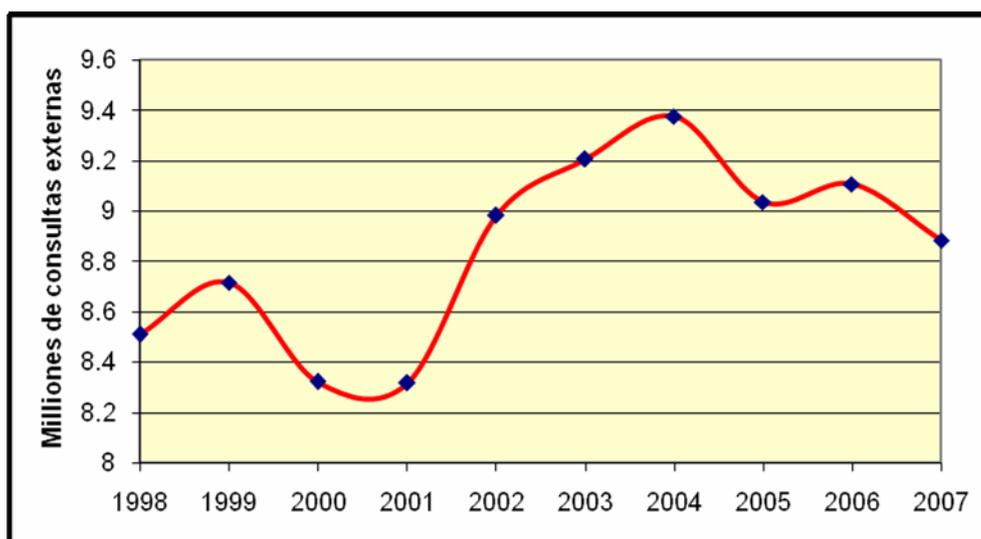
Paradójicamente, la baja de los niveles de saturación desde nuestro punto de vista probabilístico se dio durante la crisis hasta alcanzar un nivel mínimo en 2006. El gráfico precedente nos induce a pensar que la saturación máxima de los hospitales porteños se dio en 2001-2002, pero que los años post-Convertibilidad fueron años en que la capacidad de atención del hospital público aumentó. Así, la crisis habría provocado incrementos en eficiencia de los hospitales públicos hasta el año 2006. Una tendencia inversa aparece para el año 2007, en que tanto el número de egresos vuelve a aumentar como la esperanza del número de días de saturación de las infraestructuras hospitalarias. A nuestro parecer, el aumento para el año 2007 del número de egresos no está vinculado con una degradación de la situación de acceso a los planes de seguro de salud (dado que se incrementó la cobertura), pero más bien por un eventual efecto de atracción de los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires para los habitantes de la Provincia de Buenos Aires y personas que no residen en Capital Federal. No tenemos, no obstante, la información necesaria para comprobar esta intuición. En el período estudiado, el número de camas disponibles en los hospitales de Buenos Aires no paró de disminuir, lo cual no parece haber afectado la capacidad de atención del hospital público gracias a la baja simultánea de los días de permanencia necesarios para el tratamiento de los pacientes internados.

<sup>39</sup> Ídem. Estimación propia.

## 2. Una política de atención primaria con ciertos éxitos, pero relativamente joven

La política de priorización de la atención primaria tenía el doble objetivo de proveer un mejor acceso a ciertas prestaciones médicas y apoyar el hospital público al dividir funcionalmente la atención pública de la salud entre atención primaria y atención de alta o mediana complejidad. De hecho, el número de consultas externas en los hospitales porteños, para tomar el ejemplo de estos últimos, bajó entre 2004 y 2007, es decir en el período de implementación del Plan Federal de Salud. No obstante, esta caída no permitió alcanzar los niveles inferiores de los años 1998-1999, de manera que los CAPS no parecen haber cumplido una función de sustituto al hospital público. Por así decir, los CAPS no parecen cumplir una función de descentralización de la salud primaria hacia estructuras de atención tal vez más apropiadas.

**Gráfico 26: Número de consultas externas en los hospitales porteños<sup>40</sup>**



Ahora bien, a pesar de que los CAPS no cambiaron la estructura global de la atención pública de la salud centrada en los hospitales, tal vez tengamos que considerarlos como un punto de partida hacia una mejor distribución del trabajo médico entre atención primaria y atención de mayor complejidad. De cierta manera, el objetivo de los CAPS frente a la organización del sistema de atención pública es un objetivo que va más allá de la reorganización del sistema en sí, al integrar dimensiones socio-culturales. La mejor organización del trabajo médico entre menor y mayor complejidad necesita la adopción, por parte de la población, de cierto comportamiento frente a las enfermedades, que la

<sup>40</sup> Fuente: *Consultas externas; Movimiento Hospitalario, serie 1998-2007*. Dirección de Estadísticas Para la Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

creciente afiliación a los CAPS tal vez permita generar. En los últimos años, ciertos indicadores de salud no mejoraron: la prevalencia del VIH/SIDA se mantuvo en niveles altos y la mortalidad infantil habría crecido. Tanto los CAPS, a través de los cuales muchas políticas asistencialistas se desarrollan, como los diferentes programas del Ministerio de Salud pueden ser cuestionados, pero demasiadas variables pueden explicar estos fenómenos. Los CAPS tienen la ventaja de permitir enunciar la cuestión de la salud de las clases humildes en la encrucijada de sus necesidades de atención sanitaria y de atención social.

Globalmente, el sistema de atención pública de la salud parece más eficiente, a pesar de que no se resolvieron muchos problemas. Muchos desafíos parecen plantearse frente a la falta de enfermeros y la degradación de las instalaciones. Las políticas de reorientación de la acción sanitaria nacional no parecen haber cambiado el contexto general de inquietud respecto de las difíciles condiciones laborales del personal médico. A pesar de los diferentes problemas que tendrá que enfrentar, el hospital público parece haber salido fortalecido de la crisis del 2001. Quisiéramos analizar ahora la evolución paralela del sistema de seguro de salud, de cuya estabilidad el sistema de prestaciones sanitarias públicas depende.

## **B/ Mejoras y regulación del sistema de seguros de salud**

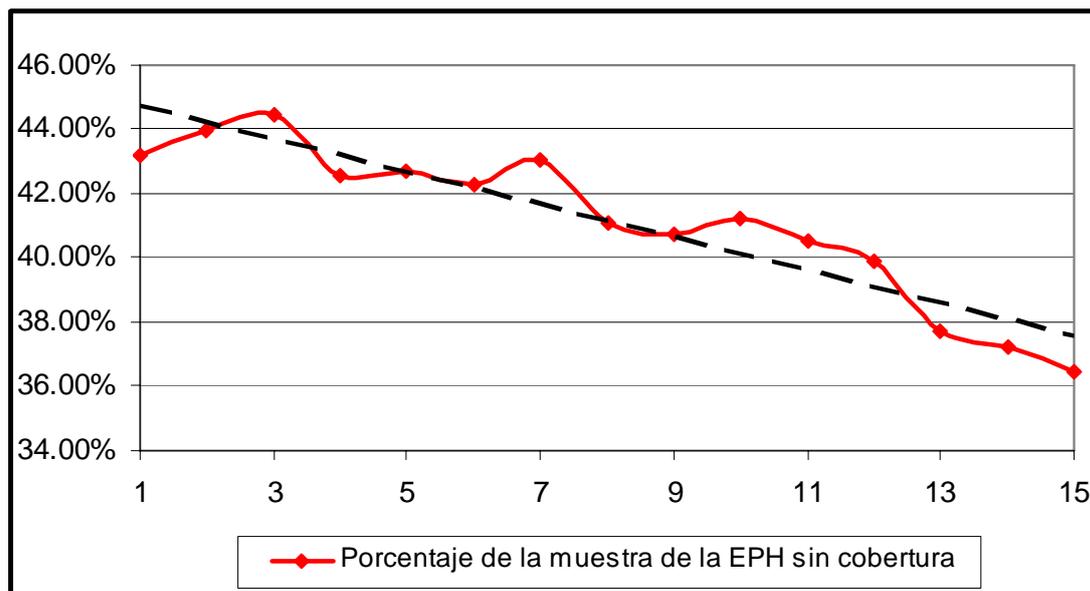
### **1. Un acceso más igualitario a una cobertura médica semipública**

Como mencionado anteriormente, el período de fuerte crecimiento permitió una expansión muy rápida de la cobertura ofrecida por las obras sociales. A partir de la Encuesta Permanente de Hogares, se puede medir la evolución de la cobertura médica de la población. El porcentaje de la población cubierta por una obra social había crecido, pasando del 50,38% durante el tercer trimestre de 2003 al 57,25% de la población durante el primer trimestre de 2007. Esta expansión del sistema de seguro semipúblico explica la caída paralela del porcentaje de la población que no presentaba ningún tipo de cobertura, del 43,21% en el tercer trimestre de 2003 al 36,48% en el primer trimestre de 2007<sup>41</sup>. La ampliación de la cobertura fue continua, como se puede ver en el gráfico 27:

---

<sup>41</sup> Fuente: EPH Continua de 15 trimestres de mediados de 2003 a inicios de 2007.

**Gráfico 27: Porcentaje de la población de la muestra de la EPH sin cobertura médica, de mediados de 2003 a marzo de 2007 (medidas trimestrales)<sup>42</sup>**

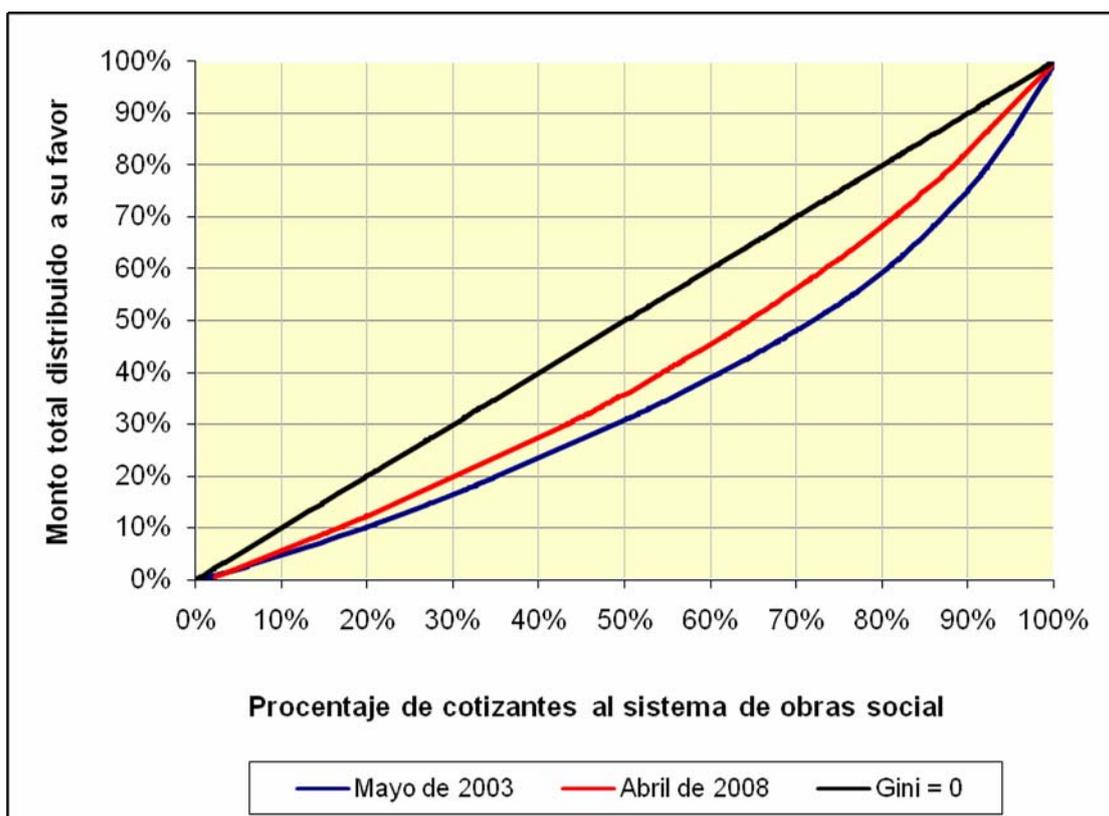


Esta ampliación rápida puede interpretarse como una modificación de las condiciones de acceso a una cobertura médica, es decir como un fenómeno de integración de las poblaciones antes excluidas del sistema redistributivo. A partir de la información contenida en la EPH, se puede analizar este fenómeno de ampliación de la cobertura y tratar de examinar cómo se distribuyeron los nuevos planes médicos dentro de la población según su nivel de ingreso. Dividiendo a la población en deciles de ingreso familiar per cápita, se obtiene una aproximación a distintas capas sociales diferentes, de manera que se puede comparar la distribución de los planes médicos según el nivel de ingreso a diferentes períodos. Este proceso permite extrapolar que la ampliación de la cobertura se habría hecho en dos etapas. Entre 2003 y 2005, la brecha causada por la crisis se colmó a partir de la reintegración al sistema de las personas excluidas cuyos ingresos familiares superaban el ingreso familiar per cápita de los deciles de la población más humilde, de manera que la ampliación de la cobertura no se concentró en los deciles de la población más humilde pero fue difusa en todos los sectores de la población. Si bien más personas obtenían acceso a una cobertura médica, la ampliación del acceso no fue aprovechada en prioridad por los sectores más humildes. A partir del 2006, esta situación cambió y la ampliación de la cobertura se tradujo por un acceso facilitado a una cobertura médica por parte de las clases más humildes. Estimamos este fenómeno al calcular coeficientes de Gini de la concentración de las coberturas médicas en la población clasificada según deciles de ingreso familiar per cápita. Las variaciones del coeficiente de

<sup>42</sup> Ídem.

Gini presentaban un fenómeno estacional que borramos de manera a esbozar de manera clara este fenómeno de acceso facilitado a partir de 2006 y no antes. Idealmente, un coeficiente igual a cero correspondería a un sistema de acceso universal (sin influencia de las condiciones de ingreso).

**Gráfico 28: Coeficientes de Gini estimando la concentración de los planes de cobertura médica en los deciles de la población cuyo ingreso familiar per cápita es más alto<sup>43</sup>**



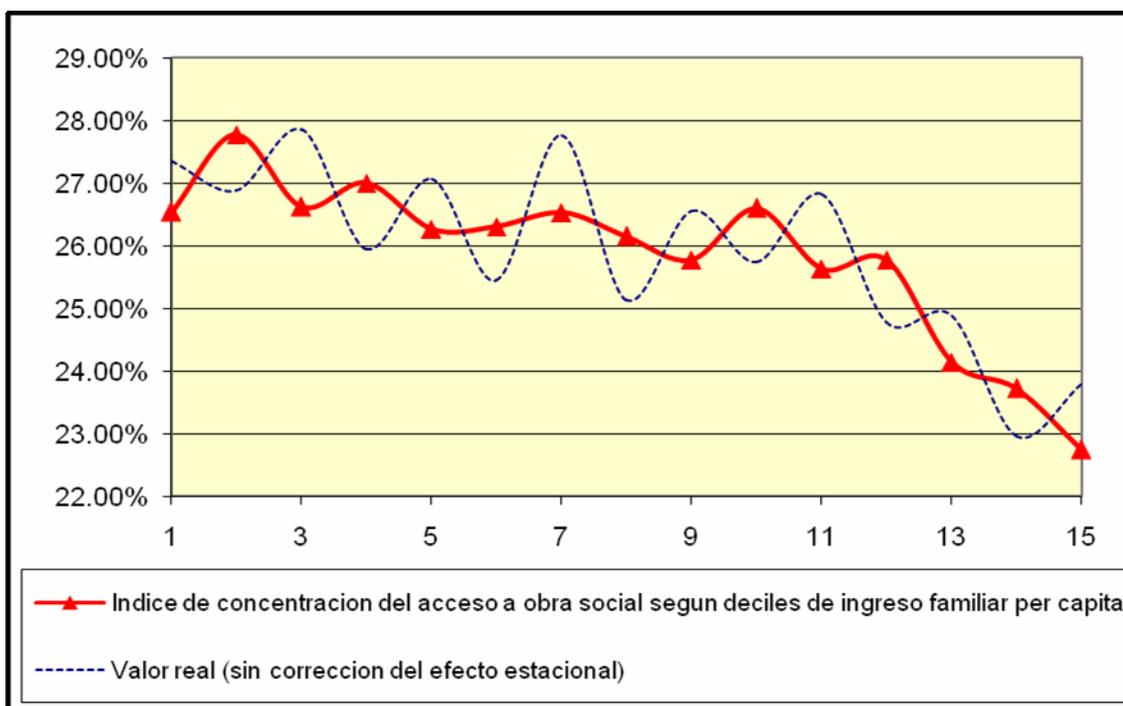
La evolución de las oportunidades de acceso se deberá a la evolución paralela del mercado de trabajo durante este período. Podemos suponer que al bajar la informalidad de manera más marcada a partir de 2006, las clases populares empezaron a acceder más frecuentemente a un seguro de salud semipúblico. Este fenómeno de acceso facilitado es importante, dado que implica más igualdad frente a la salud.

Declinemos la cuestión de la igualdad a otro nivel de análisis. Si bien el acceso fue facilitado a partir de 2006, es importante preguntarse cuán diferentes son los servicios ofrecidos a los beneficiarios más pobres de los otorgados a los beneficiarios más pudientes. Estas diferencias en la cobertura sanitaria están formadas en teoría por el conjunto de dos tipos de diferencias: a/ las diferencias que existen en las coberturas ofrecidas de una obra social a otra y b/ las diferencias de oferta que existen en el seno

<sup>43</sup> Fuente: EPH Continua de 15 trimestres de mediados de 2003 a inicios de 2007. Estimación propia.

mismo de una obra social. A partir del informe de la seguridad social publicado por la AFIP, es posible estimar el primer elemento que conforman estas diferencias de cobertura. El gráfico siguiente presenta dos curvas de Lorenz de la concentración de los beneficios obtenidos en un número determinado de cotizantes según su obra social de origen en dos períodos diferentes. Por así decir, las curvas de Lorenz presentan la repartición sesgada del gasto en salud de las obras sociales a favor de sus beneficiarios, mostrando que los cotizantes de ciertas obras sociales obtienen, en promedio, más beneficios que los cotizantes de otras obras sociales. El hecho de que la curva de Lorenz para el mes de abril de 2008 esté más cerca a la diagonal en el gráfico que la curva de Lorenz del mes de mayo de 2003 implica que las diferencias de cobertura en términos de intensidad disminuyeron de una obra social a otra entre mayo de 2003 y abril de 2008.

**Gráfico 29: Diferencias inter-obras sociales entre mayo de 2003 y abril de 2008<sup>44</sup>**



Tanto las facilidades nuevas de acceso como la disminución de las desigualdades inter-obras sociales son elementos que hacen que el sistema nacional de seguro de salud es

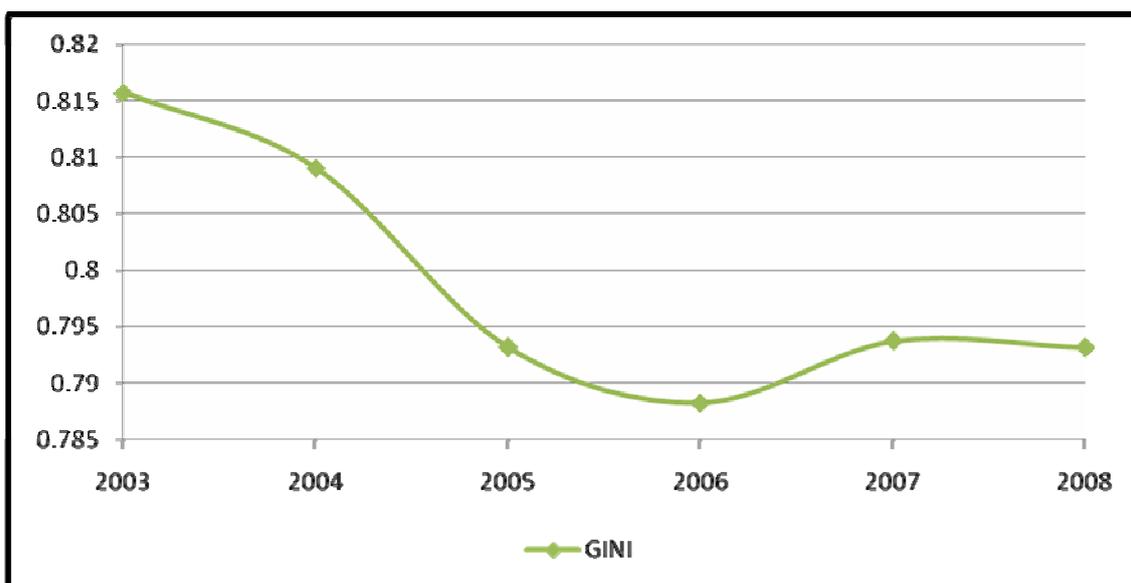
<sup>44</sup> Fuente: Informes de seguridad social. AFIP, Dirección de Estudios. Mayo de 2003 y abril de 2008.

más igualitario hoy en día que antes. No obstante, nos faltaría estimar la evolución de las diferencias intra-obras sociales, lo cual no podemos hacer por falta de datos estadísticos. Podemos suponer que la desigualdad de atención aumentó a partir de la desregulación de las obras sociales, dado que se adoptaron a veces estrategias de segmentación de los beneficiarios según su nivel de ingreso. Estas estrategias tenían como objetivo limitar el efecto negativo sobre las prestaciones de la integración de nuevos beneficiarios con salarios bajos y hacer atractivos los planes propuestos a los pacientes más pudientes. De una manera general, podemos suponer que el sistema nacional de seguro de salud se ha vuelto más igualitario que antes, a pesar de presentar un fuerte nivel de segmentación (inter-obras sociales en disminución e intra-obra sociales en aumento) que afecta, eventualmente, su eficiencia. A partir de estas consideraciones sobre la igualación del Sistema Nacional de Seguro de salud, planteamos la pregunta de saber si este fenómeno de igualación es o no una consecuencia de las medidas políticas tomadas desde el año 2003.

## **2. Estructura y eficiencia del Sistema de obras sociales**

La concentración de los beneficios otorgados a sus beneficiarios por las obras sociales es muy alta pero no impide cierta ineficiencia del sistema, como ya mencionado. En abril de 2008, el 70% de las obras sociales menos importantes representaba apenas el 10% de los beneficios otorgados. De hecho, esta concentración era más alta todavía en 2003, como lo muestra el gráfico 31, que presenta los coeficientes de Gini de la concentración de los beneficios distribuidos al sistema nacional de salud por las obras sociales entre 2003 y 2008. Se nota una ligera caída del coeficiente en el período.

**Gráfico 30: Coeficiente de Gini de la concentración de los montos distribuidos al sistema nacional de salud por las obras sociales<sup>45</sup>**

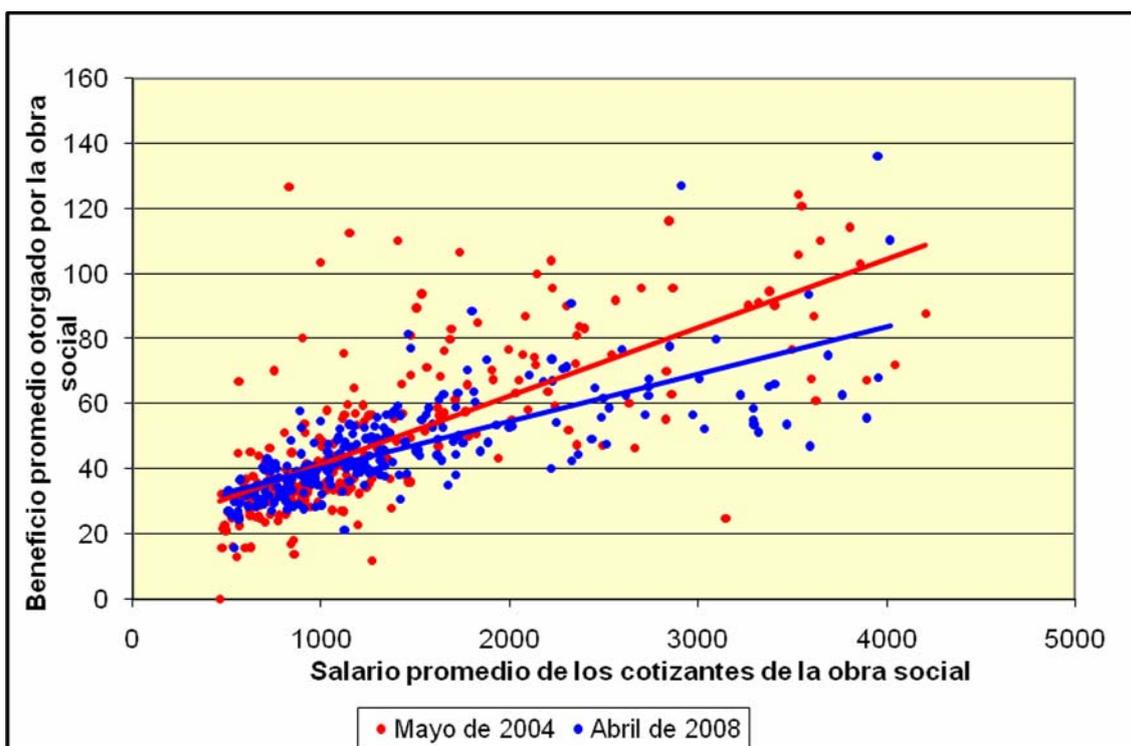


De hecho, las obras sociales más chicas distribuyeron más fondos (no se trata necesariamente de las mismas entidades de un período a otro): en 2003, el 25% de las obras sociales más chicas distribuían el 0,277% de los beneficios y el 50% de las obras sociales más chicas apenas el 2,42%. En 2008, estas estadísticas pasaron a 0,62% y 3,55% respectivamente. Si bien la estructura global no cambió en el período, es interesante notar que las entidades más chicas manejaron más dinero. Tal vez el auge económico del período permita explicar este fenómeno: las obras sociales chicas se habrían reconstituido en un período de expansión económica pero estarían en una situación de precariedad evidente en el momento en que la economía argentina desacelera. Otra idea que permita explicar este fenómeno, más optimista a pesar de no invalidar la primera, pasaría por la hipótesis de una mejor redistribución del dinero recaudado por la AFIP dentro del sistema de obras sociales mediante el Fondo Solidario de Redistribución. Un elemento estadístico, cuya fiabilidad no es total, iría en el sentido de una mejor redistribución de los medios entre obras sociales. En los informes de la seguridad social de la AFIP, están presentados los salarios promedios de los cotizantes al igual que el promedio de los beneficios distribuidos al sistema de salud por cotizante, de manera que se puede comparar el nivel promedio del salario de los cotizantes con el monto per cápita distribuido por cada obra social. Al poner sobre un gráfico, para cada obra social  $i$ , el promedio distribuido por beneficiario ( $y_i$ ) y el salario promedio de los cotizantes ( $x_i$ ) para dos fechas distintas (mayo de 2004 y abril de 2008), se nota una baja de la influencia del salario promedio (los  $x_i$ ) sobre el nivel del promedio distribuido (los  $y_i$ ) a partir

<sup>45</sup> Fuente: Informes de seguridad social. Subsistemas de la seguridad social. AFIP, Dirección de Estudios. Meses de mayo de 2003-2007 y abril de 2008.

de curvas lineales de tendencia (método de los mínimos cuadrados ordinarios). Para el período de abril de 2008, en que el nivel general de los salarios y beneficios era más alto, se efectuó una corrección sobre los salarios y los beneficios para poder compararlos con los salarios y beneficios del 2004. Por otra parte, no se tomaron en cuenta los valores de los 15 salarios más altos y de los 10 salarios más bajos, de manera a limitar los efectos inducidos por las extremas. Se eliminaron también 4 valores extremas en la muestra del año 2004.

**Gráfico 31: La influencia del salario promedio sobre el monto por beneficiario distribuido al sistema nacional de salud<sup>46</sup>**



El punto de encuentro de las curvas de tendencia, cuyos  $R^2$  son relativamente bajos (0,51 para 2004 y 0,58 para 2008), se da para un valor del salario promedio igual a 750 pesos en 2004 que equivalieran (si se toma en cuenta el aumento debido a la inflación y al incremento global de los salarios debido al fortalecimiento de la economía argentina) a 1300 pesos en 2008. Así, las obras sociales en que el salario promedio de sus afiliados equivalga a menos de 1300 pesos en 2008 aprovecharon el cambio de organización redistributiva. Este dato no es tan fiable como lo parece, en parte porque supusimos que la evolución distributiva fue voluntaria (por parte de la Superintendencia de Seguro de Salud) y no influenciada por otros fenómenos. Por ejemplo, en un contexto de inflación, la fijación de un tope para la recaudación de las cargas salariales tiende a disminuir los recursos obtenidos por las obras sociales cuyos beneficiarios tienen salarios altos en términos

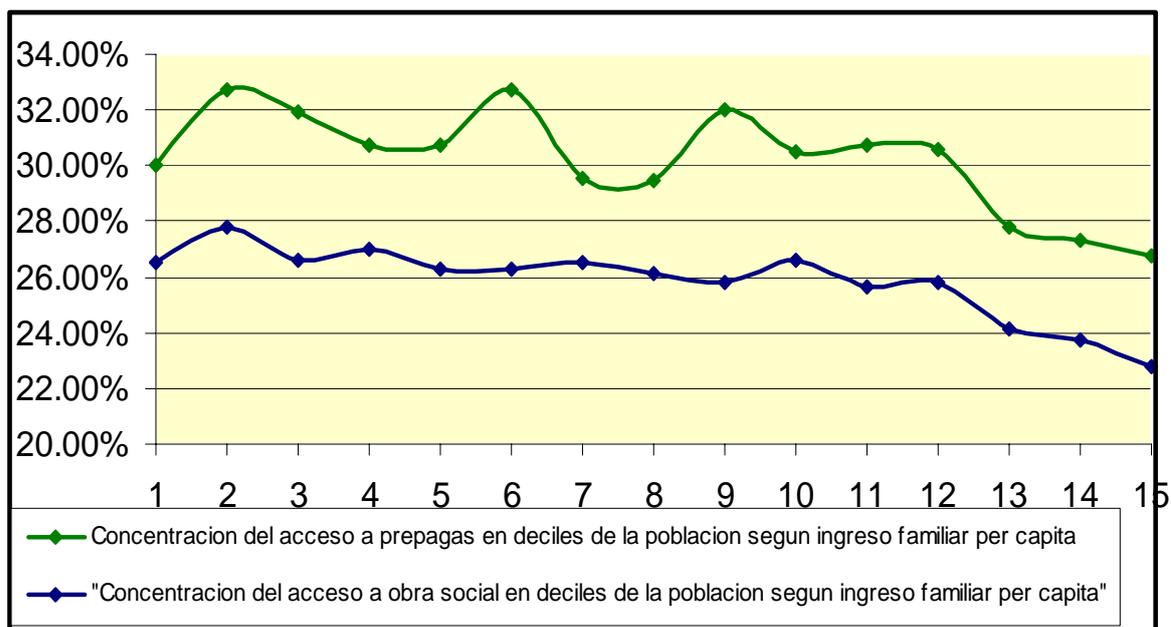
<sup>46</sup> Ídem. Meses de mayo de 2004 y abril de 2008.

reales. Si bien el sistema presenta con mayor grado que en el 2003 un problema de disolución de la oferta semipública de seguros de salud en un número importante de entidades chicas, lo que puede afectar la eficiencia de la oferta en planes de seguro de salud dado que el tamaño demasiado chico de las entidades implica en teoría la facturación de un recargo para limitar el riesgo de no solvencia, es probable que la Superintendencia de Servicios de Salud y la APE respalden con más fuerza dichas entidades. A pesar de que la fragmentación de la oferta pueda generar problemas de eficiencia, el mayor respaldo institucional, por más que incentive la multiplicación o el ensachamiento de entidades chicas dependientes de él por efecto de ganga, sería un elemento clave hacia la consolidación del sistema. Mostraría por otra parte que la igualación antes mencionada de los beneficios distribuidos es un fenómeno derivado de decisiones políticas.

### **3. Prepagas y obras sociales: la regulación de los precios y prestaciones**

Tanto el acceso al Sistema Nacional de Seguro de Salud como el acceso a un seguro privado se habría facilitado a partir de 2006. Gracias a las bases de datos de la EPH continua de mediados de 2003 hasta inicios de 2007, se pueden calcular coeficientes de la concentración de los planes médicos privados según el ingreso familiar per cápita dividiendo a la población en deciles. Se nota un baja de los coeficientes de Gini a partir de 2006 tanto en los casos de cobertura semipública como en el caso de los planes privados de seguro de salud.

**Gráfico 32: Acceso facilitado a una obra social y una cobertura privada<sup>47</sup>**



La cuestión de las facilidades de acceso a planes de medicina privada está directamente vinculada con la problemática de las condiciones de contratación y, más específicamente, con las cuotas mensuales exigidas. Recordemos que existe un conflicto entre el Gobierno Nacional y las entidades de medicina prepaga respecto de la regulación de las prestaciones y de los precios de estas últimas. La información estadística propuesta por la Subsecretaría de Defensa del Consumidor en cumplimiento de la Resolución N° 54/2000, disponible en el sitio del Ministerio de Economía, permite analizar el aumento de los precios en el sector de la medicina privada. A partir de mediciones para los meses de abril de 2003 a 2007, elaboramos un índice de precios para los planes de medicina privada, tomando en cuenta sólo los planes dirigidos a un matrimonio de hasta 40 años con dos hijos que siguieron vigentes a lo largo del período y para los cuales disponíamos del valor de la cuota mensual (165 planes). El cuadro siguiente recapitula nuestro resultado:

<sup>47</sup> Fuente: EPH Continua de 15 trimestres de mediados de 2003 a inicios de 2007. Estimación propia. Coeficientes de Gini calculados entre mediados de 2003 (punto 1) e inicios de 2007 (punto 15) sobre una base trimestrial con corrección de las variaciones estacionales.

**Cuadro 3: Valor promedio de un plan de medicina privada para un matrimonio de hasta 40 años con 2 hijos e índice de precios<sup>48</sup>**

Planes de medicina privada para un matrimonio de hasta 40 años con 2 hijos					
AÑO	2003	2004	2005	2006	2007
Valor promedio	\$346	\$383	\$423	\$476	\$533
Índice de precios	1,00	1,11	1,22	1,38	1,54

Al combinar la información contenida en el cuadro 5 y el gráfico 33, podemos concluir que si bien el valor de las cuotas mensuales de los planes de medicina prepaga aumentó de manera muy importante, el aumento no impidió un mejor acceso a los seguros privados para las clases más populares. Este fenómeno de aumento de los precios sin efecto de exclusión visible implica en cierta medida que el aumento de los precios no afectó de manera tan negativa el mercado de las prepagas para el consumidor.

Interesémonos por las razones del aumento del valor de las cuotas mensuales. Como la estructura del mercado privado de los planes de seguro de salud es muy segmentada, el aumento a mediano plazo de la cuota de un mismo plan puede difícilmente tener exclusivamente por origen el aumento voluntario de la calidad pre-estacional por parte de la entidad de medicina privada. En efecto, las entidades de medicina prepaga proponen planes diferenciados a su clientela según sus medios, de manera que podemos hacer el hipótesis de que el aumento global de los salarios reales impulsó cambios de un plan de seguro de salud a otro por parte de los mismos clientes, pero no modificaciones mayores de los planes ya propuestos en el mercado. Podemos suponer que el aumento de los salarios reales impulsó una modificación de la estructura de los planes, haciendo que los menos ventajosos se hagan menos comunes y los mejores un poco más frecuentes al mismo tiempo que aparecieron nuevos planes. Así, el aumento de las cuotas por razones de modificaciones prestacionales en un mismo plan a lo largo del tiempo no sería causado por la voluntad misma de la empresa proveedora. Al descartar esta razón para el aumento de las cuotas mensuales, considerándola como residual, nos quedan sólo dos explicaciones consistentes:

---

<sup>48</sup> Fuente: Medicina prepaga: valor de las cuotas. Información relevada en cumplimiento de la Resolución N° 54/2000. Subsecretaría de Defensa del Consumidor. Relevamientos de los meses de abril 2003-2007. Cálculo propio.

- Un aumento general de los gastos relacionados a las coberturas ofrecidas.
- Un aumento de las prestaciones incluidas en los mismos planes por razones legales. Dado que la principal obligación legal que tienen que respetar las entidades de medicina prepaga es la cobertura de las prestaciones incluidas en el PMO, se puede suponer que los aumentos de precio debidos a fenómenos cualitativos están principalmente debidos a la evolución de las prestaciones incluidas en el PMO.

Por consiguiente, podemos analizar el aumento de nuestro índice de precios como la combinación de estos dos fenómenos independientes a partir de la siguiente relación:

$$\begin{aligned} & \text{Índice de precios de los planes de medicina privada} \\ & = \text{índice de inflación} \times \text{índice de evolución cualitativa} \end{aligned}$$

Nuestro “índice de evolución cualitativa” es el residuo que subsiste al corregir los precios por la inflación. Estamos haciendo la hipótesis que el aumento de precios que no tiene como origen un aumento de los precios es de orden cualitativo. Derivamos las relaciones que siguen de esta hipótesis. Recurrimos a un índice compuesto de la inflación por más verosimilitud, haciendo el promedio de los valores del IPC y del índice sectorial que ya usamos en la primera parte de este trabajo para las fechas que nos interesaron. A partir de la relación mencionada arriba, obtuvimos un índice de evolución cualitativa de los planes privados de seguro de salud.

**Cuadro 4: Cálculo de un índice de evolución cualitativa para los planes de seguro de salud privados<sup>49</sup>**

	2003	2004	2005	2006	2007
Índice de precios para los planes privados de seguro	1,00	1,11	1,22	1,38	1,54
Índice de inflación compuesto	1,00	1,03	1,11	1,24	1,33
Índice de evolución cualitativa	1,00	1,07	1,10	1,11	1,16

<sup>49</sup> Fuente: Medicina prepaga: valor de las cuotas. Información relevada en cumplimiento de la Resolución N°54/2000. Subsecretaría de Defensa del Consumidor. Relevamientos de los meses de abril 2003-2007. Índices de precios del INDEC (IPC e índice sectorial). Cálculos propios.

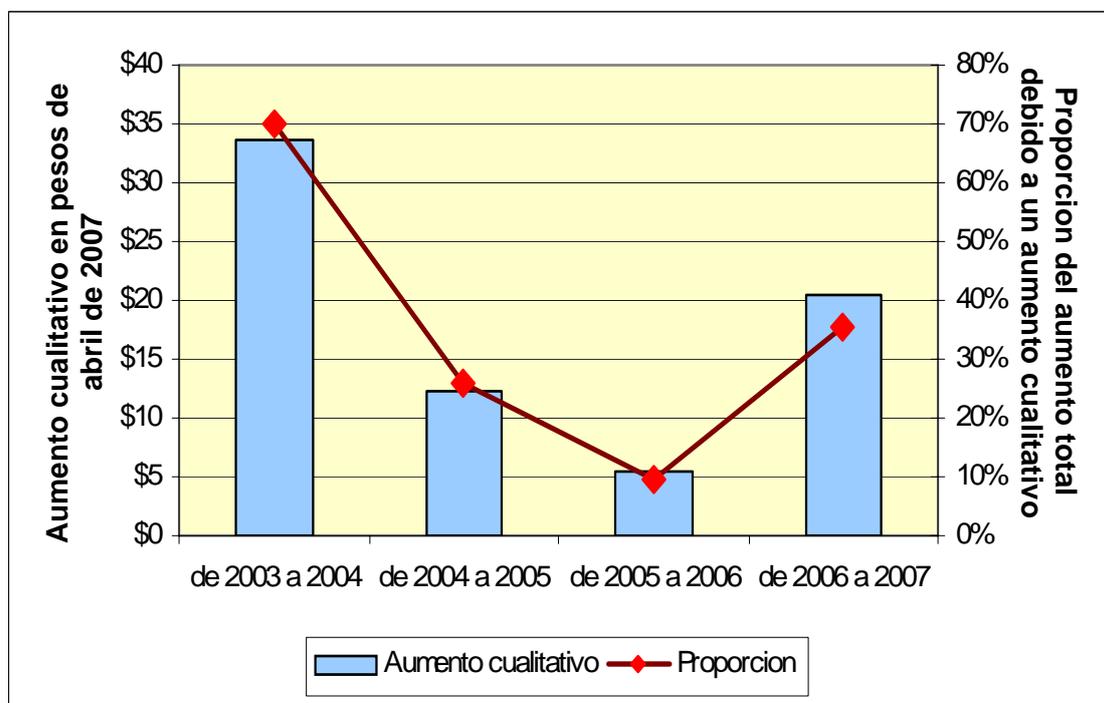
A raíz a este índice de evolución cualitativa, es posible estimar el recargo impuesto a los planes por razones de ajuste legal. Se obtienen los siguientes recargos:

**Cuadro 5: Recargo impuesto a los planes de medicina privada en promedio por razones de ajuste legal<sup>50</sup>**

En pesos de abril de 2007	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	Período
Aumento cualitativo anual del precio de las cuotas mensuales	33,5	12,3	5,5	20,4	71,9

Dado que el aumento del precio promedio de un plan médico de salud para el período es de 187,20 pesos, podemos estimar que el valor del aumento de precio debido a modificaciones cualitativas es responsable del 38% del aumento de precio entre abril de 2003 y abril de 2007. Según nuestra estimación, la proporción anual del aumento de precio debido a modificaciones cualitativas varió mucho entre 2003 y 2007. En el gráfico siguiente, se recapitulan datos sobre la evolución de los precios de los planes médicos de las medicinas prepagas por razones cualitativas.

**Gráfico 33: Efecto del aparato legal sobre el aumento del valor de las cuotas respecto del año anterior<sup>51</sup>**

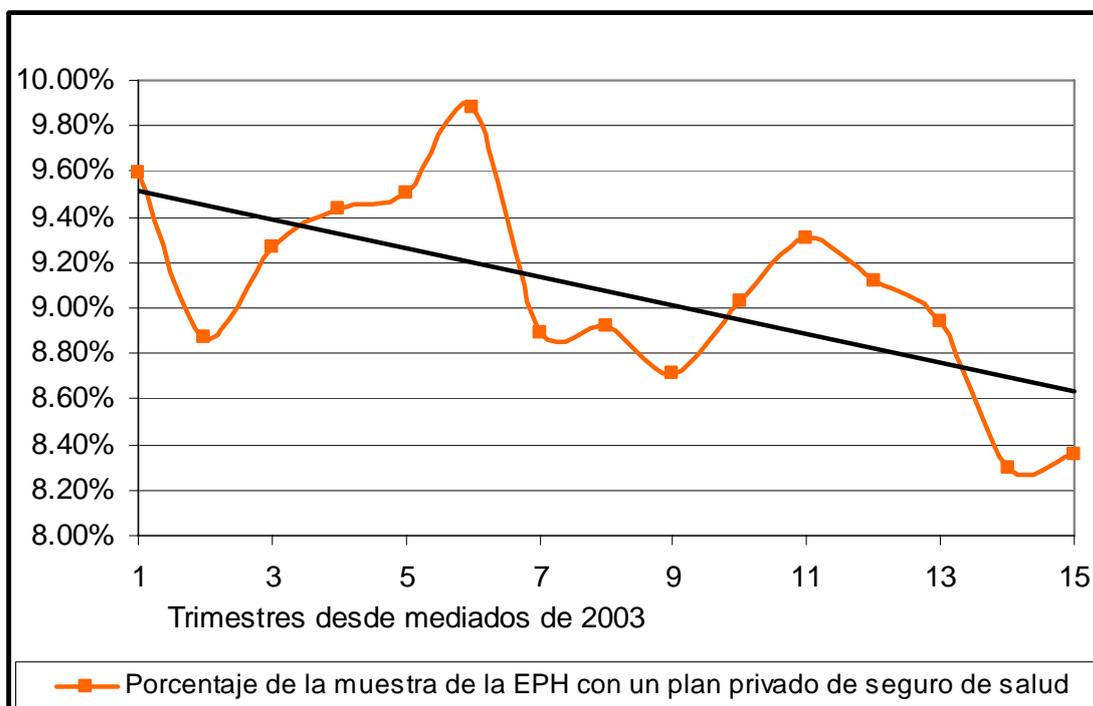


<sup>50</sup> Ídem.

<sup>51</sup> Ídem. Estimación propia. Valores de abril para los años 2004, 2005, 2006 y 2007. Valores de mayo 2003 para el cálculo de la evolución de 2004 a 2003.

Este gráfico nos permite plantear la cuestión del impacto de las resoluciones de las entidades sanitarias con miras a regular el mercado de los seguros de salud sobre las prestaciones privadas de seguro de salud. Se nota un importante aumento cualitativo en 2004, que disminuyó considerablemente en 2005 y 2006 pero volvió a impactar fuertemente el sistema privado de seguros de salud a partir de 2007 y eventualmente en 2008. Podemos extrapolar que las legislaciones tuvieron un impacto hacia el aumento de los precios mediante el ensanchamiento de las obligaciones de las entidades de medicina privada. El análisis que propusimos analiza este impacto como ventajoso desde el punto de vista del consumidor dado que no se tradujo por una caída de las oportunidades de acceso (gráfico 33). Del punto de vista de las entidades de medicina privada, este mayor control en una situación de competencia creciente frente a las obras sociales es discutido. De hecho, se nota en el período una tendencia a la baja de la afiliación de la población argentina a una entidad de medicina privada, según los relevamientos de la EPH continua entre mediados de 2003 e inicios de 2007.

**Gráfico 34: Porcentaje estimado de la población argentina cubierta por un seguro privado de salud<sup>52</sup>**



<sup>52</sup> Fuente: EPH Continua de 15 trimestres de mediados de 2003 a inicios de 2007. Coeficientes de Gini calculados entre mediados de 2003 (punto 1) e inicios de 2007 (punto 15) sobre una base trimestral con corrección de las variaciones estacionales. Variaciones estacionales corregidas.

La evolución del porcentaje de la población afiliada a un seguro privado es difícil de explicar antes del 2006, dado que fue bastante irregular en el período. Del 2006 al 2008, se puede suponer que las entidades de medicina prepaga perdieron poder de mercado. Podemos explicar esta pérdida eventual de influencia como el resultado de la evolución del interés relativo de una cobertura privada respecto de una cobertura semipública. De 2003 a 2006, la evolución de las prestaciones en términos cualitativos hacían que las prestaciones privadas eran más atractivas, como lo recalca el análisis del cociente entre cuota mensual de un plan de medicina privado promedio y beneficio promedio ex post por cotizante otorgado por las obras sociales.

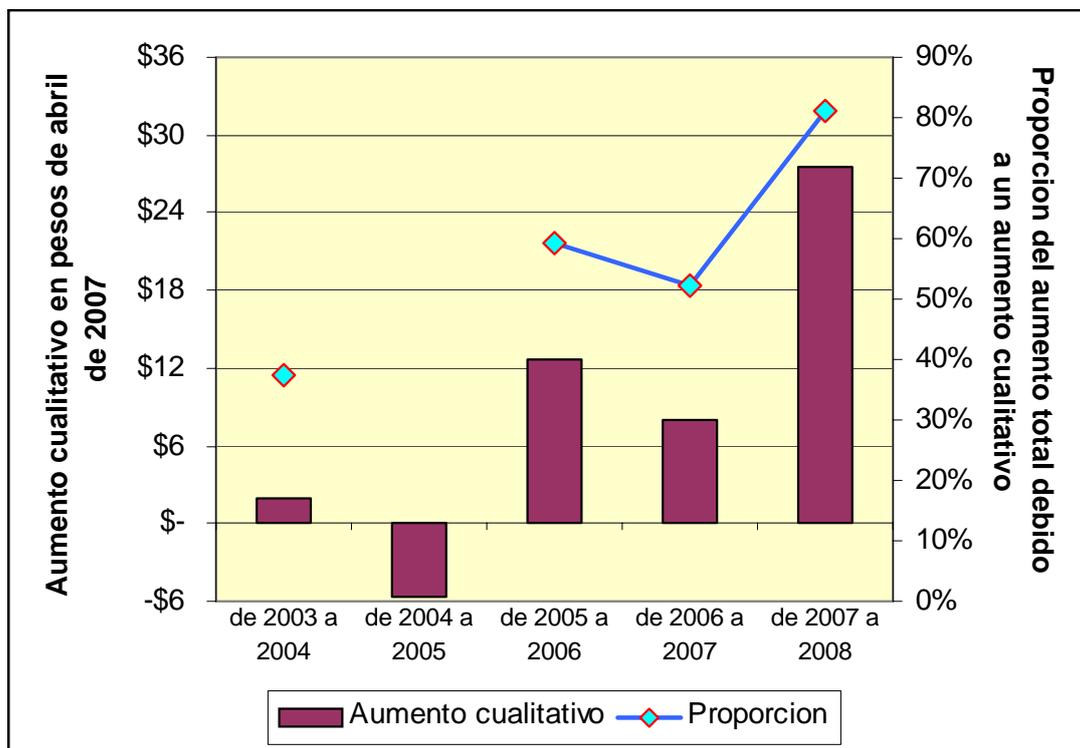
**Cuadro 6: El valor promedio de las cuotas mensuales de las entidades de medicina prepaga para un matrimonio de hasta 40 años con dos hijos y el valor promedio ex post del beneficio por cotizante otorgado por una obra social**<sup>53</sup>

Para 4 personas		2004	2005	2006	2007
Prepaga	Cuota mensual	\$383	\$423	\$476	\$533
Obra social	Beneficio ex post	\$80	\$82	\$101	\$117
Quociente	Cuota/Beneficio	4,79	5,15	4,71	4,56

La evolución de los beneficios ex post en términos cualitativos entre 2003 y 2008 parece haber seguido un sendero más incierto que el aumento constante en calidad que se puede suponer en el campo de las entidades de medicina privada a partir del gráfico 34. En el campo de las obras sociales, la calidad del servicio, al suponer que depende de un aumento del precio por razones cualitativas a partir de la misma relación entre valor del beneficio ex post, inflación y calidad, habría aumentado a partir de abril de 2005 recién. Este fenómeno, presentado en el gráfico 36, puede explicarse por la integración, en primer lugar, de un flujo importante de nuevos afiliados en un contexto de reestructuración financiera.

<sup>53</sup> Fuente: Medicina prepaga: valor de las cuotas. Información relevada en cumplimiento de la Resolución N°54/2000. Subsecretaría de Defensa del Consumidor. Relevamientos de los meses de abril 2003-2007. Indices de precios del INDEC (IPC e índice sectorial). Informes de seguridad social de abril de 2004-2007. AFIP, Dirección de estudios. Cálculos propios.

**Gráfico 35: Evolución cualitativa como resultante del aumento del valor de los beneficios ex post otorgados por las obras sociales al sistema nacional de salud. Cálculos efectuados relativamente al año anterior<sup>54</sup>**



Así, la expansión del sistema de obras sociales parece haberse dado en un contexto de mejora de las prestaciones a partir de 2006. La expansión del sistema de obras sociales implicó una pérdida de mercado por parte de las entidades de medicina privada, al mismo tiempo que éstas tuvieron que integrar prestaciones nuevas en sus antiguos planes de seguro por razones legales. Por otra parte, la evolución de las prestaciones en términos cualitativos parece haber seguido senderos muy distintos en ambos casos, lo que nos diera a pensar que el peso de las reformas legales fue claramente diferenciado para ambos tipos de entidades a pesar de que la regulación se ejerciera principalmente mediante un instrumento único, el Plan Médico Obligatorio. La evolución en términos cualitativos de los planes privados de seguro de salud fue constante con una baja para el periodo 2005-2006. En el caso de las obras sociales, el período 2003-2005 es un período de estagnación o deterioro y el año 2005-2006 marca el inicio de una fase de consolidación de la calidad prestacional. En el período 2003-2005, parece que los entes reguladores habrían insistido sobre el compromiso de las entidades de medicina privada para asegurar salud a los argentinos en un contexto de saturación de los servicios

<sup>54</sup> Ídem. Cálculos propios. Valores de abril para los años 2004, 2005, 2006 y 2007. Valores de mayo 2003 para el cálculo de la evolución de 2004 a 2003. De 2004 a 2005, la estabilidad del beneficio promedio ex post pasando de alrededor de 80\$ a alrededor de 82\$ en un contexto de inflación implica una caída de la calidad de la prestación que se puede estimar a 6 pesos de abril de 2007 por mes.

hospitalarios. En esa fase, que era de expansión del número de afiliados al sistema de obras sociales, la prioridad no habrá sido garantizar mejores estándares de salud, contrariamente a lo que se impulsó a partir del año 2005, cuando se estuvieron ofreciendo mejores oportunidades de acceso para todos.

La gestión global del Fondo Solidario de Redistribución a través del mecanismo de redistribución automática y subsidios específicos parecen haber generado más igualdad en un contexto global de crecimiento de las oportunidades de acceso al sistema de obras sociales. A pesar de que la regulación no modificó una estructura globalmente ineficiente, orientó la oferta de las prestaciones semipúblicas hacia más igualdad y presionó las entidades de medicina privada para que se hagan cargo de mayor cobertura en ciertos ámbitos. Así, la evolución del sistema de seguros de salud parece positiva, a pesar de que mantiene una estructura ineficiente afectada por una competencia altamente imperfecta. La evolución reciente del sistema de seguro de salud presenta algunos elementos de consolidación duradera, como el ensanchamiento del número de afiliados, pero no se podrá dar por completo sin un reforzamiento institucional. La consolidación del sistema de seguro de salud pasa por un mejor control del sistema por parte de las mismas instituciones, que muy a menudo no tienen suficientes medios de acción. Por ejemplo, la Superintendencia de Servicios de Salud no está habilitada a arbitrar los conflictos entre las entidades de medicina prepaga y sus afiliados, los cuales tienen que recurrir a los servicios de defensa de los consumidores o a una acción legal para hacer valer sus derechos. El reforzamiento institucional nos parece tener que pasar de un lado por una clarificación de las obligaciones legales de los proveedores de seguro de salud, (que éstas estén incluidas en el Plan Médico Obligatorio o no, y tanto en términos de cobertura como en términos de eficiencia y continuidad en la atención médica) y de otro lado por una mayor transparencia en el uso del Fondo Solidario de Redistribución.

## CONCLUSION

Al caracterizar el sistema de atención pública como dual, pusimos en evidencia la relación de interdependencia entre el sistema de atención pública y el sistema semipúblico de cobertura de salud. Al mismo tiempo, mostramos que el gasto del sector de las obras sociales tenía un perfil fuertemente pro cíclico, debido esencialmente a su financiamiento mediante un impuesto sobre la masa salarial. Estas características del sistema de salud nos permitieron explicar la caída brutal del gasto durante la crisis del 2001 y su fuerte recobro posterior, impulsado por el ensanchamiento de la cobertura ofrecida por las obras sociales. A partir de este análisis previo de la relación de dependencia entre el sector público, el sector de las obras sociales y los movimientos cíclicos de la economía argentina, planteamos la cuestión de la consolidación del sistema a partir de su capacidad para responder a fenómenos de demanda contra cíclica, típicos de una situación de crisis o morosidad económica.

Para acercarnos a la problemática de la consolidación del sistema sanitario, nos pareció necesario analizar el sistema de salud argentino desde un punto de vista institucional. Este cambio de escala y método tenía como objetivo delimitar los márgenes de acción del Estado nacional frente a la red de actores cuyos los puntos de conflicto estructuran el campo político-sanitario. Este análisis de las tensiones presentes en el campo político-sanitario nos conllevó a reconstituir la agenda sanitaria del Estado Nacional desde la crisis del 2001, definiendo un nuevo paradigma para la acción pública.

Finalmente, tratamos de describir sintéticamente la manera como la acción del Estado nacional sobre el campo político-sanitario impactó el sistema sanitario, diferenciando los efectos debidos a la evolución económica del país de los fenómenos inducidos por resoluciones políticas. Pudimos acertar a partir de bases de datos que el sistema sanitario de hoy en día parece más eficiente y mejor administrado que antes de la crisis. Los fenómenos de igualación de los servicios ofrecidos por el sistema de salud argentino parecen resultar de la acción del Estado nacional y su red de políticas públicas además de haber sido inducida por el contexto económico favorable post-crisis.

De nuestro análisis de la evolución del sistema de salud argentino y de las políticas sanitarias recientes, diagnosticamos, no obstante, desafíos importantes para una mejor regulación del sistema. Estos desafíos no son nuevos; son el producto de un largo proceso histórico. La configuración del sistema de salud argentino es ineficiente y poco solidaria, debido a la alta fragmentación del sistema. Mecanismos nuevos de segmentación parecen haberse constituido después de la implementación de la opción de cambio. A nuestro parecer, la resolución de las deficiencias del sistema de salud sólo se puede encarar a partir de una consolidación de las instituciones reguladoras, lo que pasa por un

reforzamiento de dichas instituciones y del marco legal que las constituye. El reforzamiento de las instituciones reguladoras del sistema semipúblico de salud parece una prioridad, dado que permitiría un mejor control y una mejor gestión del gasto público en salud. Por otra parte, la crisis del 2001 mostró cuán volátil podían resultar la cobertura sanitaria en Argentina, de manera que se tendría que adoptar como eje principal en el diseño de las políticas de salud la cuestión de la limitación de los riesgos de no cobertura. La cuestión de la limitación de los riesgos pasa por una limitación de las debilidades e ineficiencias sistémicas, por la ampliación de la cobertura en términos de intensidad y por mecanismos que garanticen una cobertura médica estable a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la incorporación de una reflexión en salud en términos de riesgos sanitarios, tal como la esboza la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo puesta en marcha a partir de 2003, nos parece proponer buenos avances para un entendimiento mejor del funcionamiento de las relaciones de dependencia e interdependencia entre los diferentes subsistemas del sistema sanitario y los demás sistemas que conforman la red de políticas públicas nacionales.

*Agradezco a los miembros del Centro Interdisciplinario para el Estudio de las Políticas Públicas para su apoyo y ayuda considerable. Por otra parte, agradezco a la Dra. E. Dorola, la Dra. M. Maschio, la Lic. D. Fenoy, el Dr. H Rey, el Dr. R. Susman y la Lic. C. Giacometti para las informaciones y precisiones aportadas que permitieron enriquecer el presente trabajo.*

## BIBLIOGRAFIA:

- AFIP, Dirección de Estudios: *Informes de seguridad social*. Boletines mensuales y Subsistemas de la seguridad social. 2003-2008.
  
- Barbeito, Alberto ; Lo Vuolo, Rubén: *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador* (1998). Niño y Dárila Editores. CIEPP. Buenos Aires.
  
- Belmartino, Susana: « La atención médica en Argentina. Historia, crisis y nuevo diseño institucional (2005). Centro de Estudios Estado y Sociedad. Organización Panamericana de la Salud. Seminario IV de salud y política pública.
  
- Belmartino, Susana: « La reforma del sector salud en Argentina ». En Rico, M.; Marco, F. (coord.): *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina* (2006). Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
  
- Callon, Michel: « Techno-Economic Networks and Irreversibility ». In Law, John (Dir.): *A Sociology of Monsters: Essay on Power, Technology and Domination* (1991). Ediciones Routledge. Londres.
  
- Cetrángolo, Oscar; Devoto, Florencia; Rappoport, Verónica; *La salud en Argentina, un sistema ineficiente e injusto. Diagnóstico, últimas reformas y propuestas* (1999). FADE.
  
- Danani, Claudia: « Condiciones y prácticas sociopolíticas en las políticas sociales: las obras sociales, más allá de la libre afiliación » (1998). En Danani, Claudia; Javier Lindenboim (coord.): *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada* (2003). Editorial Biblos. Buenos Aires.
  
- Dursi, Carolina; Cosacov Martínez, Natalia; Duré, María Isabel: « La situación de las trabajadoras del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires » (2007). Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General Adjunta Atención Primaria de la Salud. Jornadas de Salud y Población del Instituto Gino Germani. Buenos Aires.

- Fleury, S.: «La expansión de la ciudadanía» en *VVAA: Inclusión social y nuevas ciudadanía*s (2003). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
  
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dirección General de Sistemas de Información de Salud, Dirección de Estadísticas para la Salud: *Información en Atención Primaria de la Salud, Año 2006*.
  
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección de Estadísticas para la Salud: *Consultas externas; Movimiento Hospitalario, serie 1998-2007*.
  
- IDESA, Instituto para el Desarrollo Social Argentino: « El fracaso sanitario argentino. Diagnóstico y propuestas ». *Informe Especial N° 3* (2005). Buenos Aires.
  
- INDEC: Bases preliminares de la Encuesta Permanente de Hogares. 15 bases para los 15 trimestres de mediados de 2003 hasta inicios de 200. Disponibles sobre el sitio Internet del INDEC. Consultado en agosto-septiembre de 2007.
  
- INDEC: *Censo Nacional de Población y Vivienda* (1991 y 2001).
  
- INDEC: *Precios al consumidor y Precios mayoristas*. Disponibles en el sitio internet del INDEC. Consultado en agosto-septiembre de 2007.
  
- Maceira, Daniel; Apella, Ignacio; Barbieri, Eugenia: « Necesidades, focalización y aprendizaje en el programa Remediar » (2005). Centro de Estudios Estado y Sociedad. Organización Panamericana de la Salud. Seminario II de salud y política pública.
  
- Ministerio de Economía y Producción de la República Argentina, Secretaría de Política Económica, Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales: *Gasto Público Consolidado y Gasto Publico de los Gobiernos Provinciales y la GCBA*. Estadísticas consultadas en agosto-septiembre de 2007.
  
- Ministerio de Salud de la Nación: Textos legislativos disponibles en Legisalud: <http://leg.msal.gov.ar/> consultado en agosto-septiembre de 2008

- Organización Panamericana de la Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud: « Perfil de los Servicios y Sistemas de la Salud en Argentina » (1998). Iniciativa regional de reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe.
  
- Oszlak, Oscar: « Estado y sociedad: ¿nuevas reglas de juego? » en *Reforma y Democracia*. No. 9 (Oct. 1997). Caracas. CLAD.
  
- Rosso, Graciela: « Hacia la reconstrucción del sector salud en Argentina. Una mirada desde el gobierno ». En Rico, M.; Marco, F. (coord.): *Mujer y empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina* (2006). Siglo XXI editores. Buenos Aires.
  
- Subsecretaría de Defensa del Consumidor: *Medicina prepaga: valor de las cuotas*. Relevamiento de los meses de abril 2003-2007.
  
- Tafani, Roberto: *Reforma al sector salud en Argentina* (1997). Organización de las Naciones Unidas, proyecto CEPAL/GTZ: « Reformas financieras al sector salud en América Latina y el Caribe ». Santiago de Chile.
  
- Tobar, Federico; Godoy Garraza, Lucas; Monsalvo, Mauricio; Falbo, Rodrigo: « El impacto de la política nacional de medicamentos en el año 2002 ».