

APORTES PARA EL DESARROLLO HUMANO EN ARGENTINA 2011

6



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

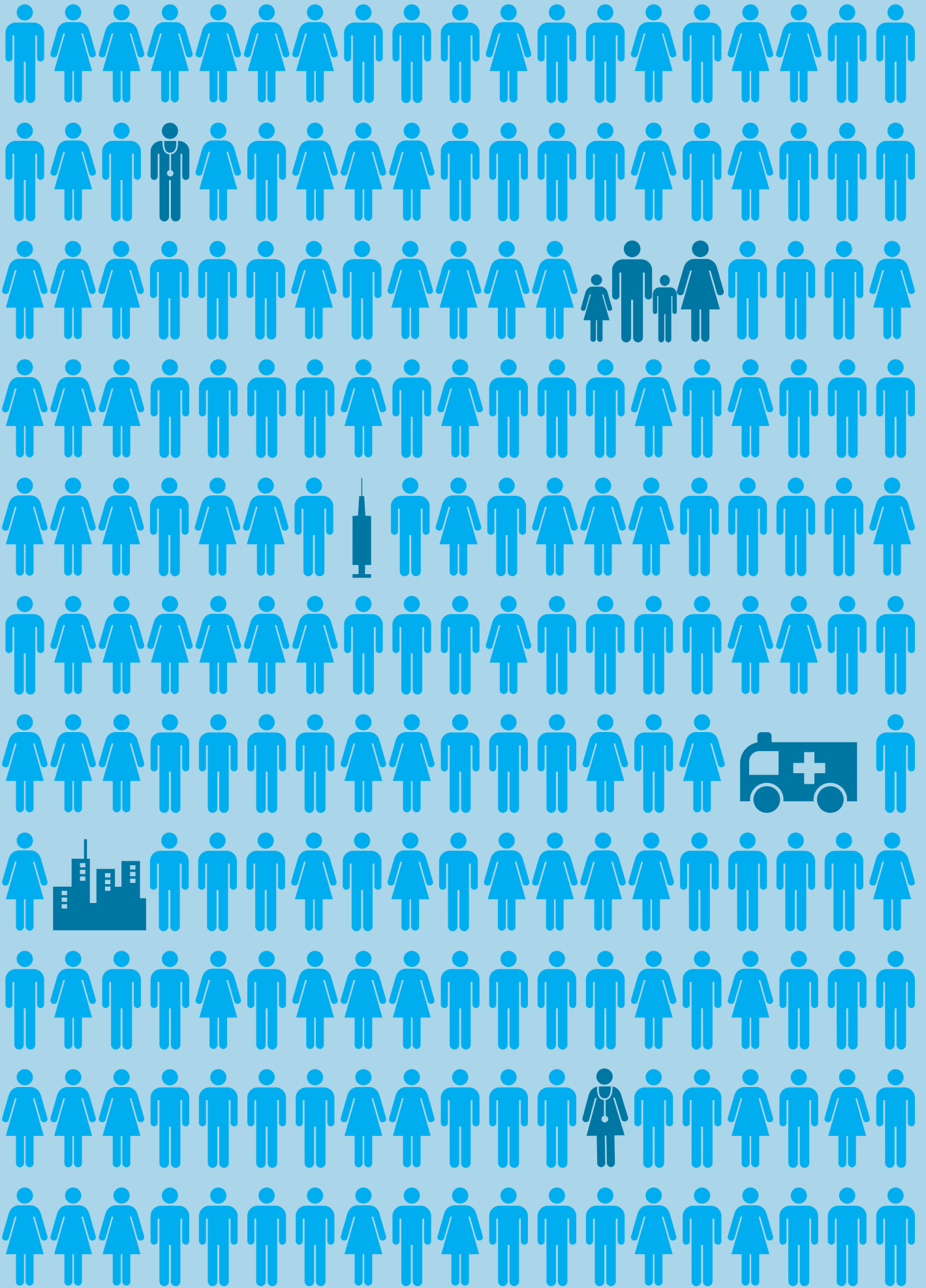


NACIONES UNIDAS

CEPAL



**PN
UD**
Argentina



APORTES PARA EL DESARROLLO HUMANO EN ARGENTINA / 2011

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y SU TRAYECTORIA DE LARGO PLAZO: LOGROS ALCANZADOS Y DESAFIOS FUTUROS

6



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



NACIONES UNIDAS
CEPAL



Programa de las
Naciones Unidas
para el Desarrollo
(PNUD)
Argentina

© Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011
Esmeralda 130, 13.º piso, (C1035ABD) Buenos Aires, Argentina
www.pnud.org.ar

Todos los derechos reservados. Queda prohibido reproducir, transmitir o almacenar en un sistema de recuperación cualquier parte de esta publicación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado o de otro tipo, sin autorización previa.

El análisis y las recomendaciones de políticas contenidas en este trabajo no reflejan necesariamente las opiniones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, de su Junta Ejecutiva o de sus estados miembros. El trabajo es una publicación independiente encargada por el PNUD y es el fruto del esfuerzo conjunto de un equipo de prestigiosos consultores y asesores y del equipo encargado de los *Aportes para el desarrollo humano en Argentina / 2011*.

Hecho el depósito que marca la ley 11723
Prohibida su reproducción total o parcial
Derechos reservados

El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1a ed. - Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011.
88 p. ; 28x21 cm.

ISBN 978-987-1560-32-5

1. Salud Pública. 2. Sistema de Salud.
CDD 614

Fecha de catalogación: 16/11/2011

Representante Residente del PNUD y Coordinador Residente del Sistema de Naciones Unidas en Argentina

Martín Santiago Herrero

Representante Residente Adjunta

Cecilia Ugaz

Investigadores Principales

Gabriela Catterberg y Ruben Mercado

Consultores Investigadores Principales

Oscar Cetrángolo (coordinador), Mariano San Martín, Ariela Goldschmit y Laura Lima Quintana

Asistente de Investigación

Malena Aprile

Diseño

Tholön Kunst

El presente trabajo fue elaborado como una iniciativa conjunta del PNUD Argentina, OPS y CEPAL (Oficina en Buenos Aires). La investigación estuvo a cargo de un equipo integrado por Oscar Cetrángolo (coordinador), Mariano San Martín, Ariela Goldschmit, Laura Lima Quintana y Malena Aprile, con la coordinación ejecutiva de Ruben Mercado (PNUD) y el asesoramiento ejecutivo de Gabriela Catterberg (PNUD).

Se agradece muy especialmente la supervisión general y los valiosos comentarios de Mirta Roses, Directora de OPS.

Asimismo se agradecen los valiosos comentarios Máximo Diosque (Viceministro de Salud de la Nación), Ginés González García y Aldo Neri (Ex Ministros de Salud de la Nación), Pier Paolo Balladelli (Representante de OPS en Argentina), Ruben Torres (Representante de OPS en Chile) y Ricardo Bernztein (Coordinador Científico del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación).

PREFACIO

Tener una vida larga y saludable es una dimensión fundamental del desarrollo humano, cuyo valor intrínseco es evidente, ya que constituye una de las aspiraciones y derechos elementales de toda persona. Los planes y las ambiciones de los individuos dependen de que puedan vivir el tiempo suficiente, y suficientemente bien, de modo de desarrollar sus capacidades y talentos, y materializar sus proyectos autónomos de vida.

Ciertamente, el estado de salud de la población de un país no depende solamente de sus oportunidades de acceso a los servicios médicos, o del modelo de prevención y atención de enfermedades, o de la arquitectura institucional y el financiamiento del sistema de salud. Existen otros factores que trascienden los recién mencionados pero que tienen una gran incidencia sobre el estado de salud de la población, y que hacen por ejemplo a la infraestructura de vivienda, al acceso al agua potable y saneamiento, y a las posibilidades de nutrición, las cuales, a su vez, dependen, entre otros determinantes, del acceso a la educación, las oportunidades de empleo decente, de la distribución del ingreso y de la dinámica de crecimiento de la economía. En suma, la salud no es una dimensión aislada, sino un aspecto esencial del proceso más general del desarrollo de un país. Es esta visión integral del desarrollo la que se encuentra en la base de la iniciativa conjunta de OPS/OMS, CEPAL y PNUD que se materializa en el trabajo que aquí se presenta.

La Argentina experimentó una crisis casi sin precedentes a comienzos de este siglo, cuya profundidad económica, social y política tuvo también serios efectos en el sistema argentino de salud y en la salud de los argentinos. Sin embargo, el país supo encontrar la forma, no solamente de sobrellevar y sobreponerse a dicha crisis, sino también de iniciar un proceso de vigoroso crecimiento económico, mejoramiento en la distribución del ingreso y reducción en los niveles de pobreza. Y es en este nuevo y más favorable contexto que es factible y cabe realizar diagnósticos y plantearse objetivos más ambiciosos respecto del sistema de salud.

En este trabajo se estudia, mediante análisis históricos y empíricos rigurosos, cómo ha sido la evolución de la situación epidemiológica de la Argentina; cuáles son las principales demandas que han ido recayendo sobre el sistema de salud; qué resultados se han obtenido; hasta qué punto los recursos financieros destinados a la salud son suficientes para hacer frente a los nuevos desafíos sanitarios que se enfrentan; qué rol cumple la estructura institucional del sistema de salud en lo referente a la cobertura de la

población, el gasto, la oferta de servicios y las formas de aseguramiento; y cuáles podrían ser las líneas alternativas de acción a emprenderse para obtener mejoras progresivas pero sustantivas en términos del alcance, la eficiencia y la equidad del sistema.

Se trata de preguntas importantes y abarcativas para las cuales en este trabajo se esbozan respuestas que implican, en algunos casos, retos desafiantes. Pero confiamos en que la República Argentina, así como supo encontrar la forma de transformar exitosamente su dinámica económica, estará también en condiciones de reforzar estrategias y líneas de acción en marcha, así como de articular nuevas iniciativas, que continúen potenciando positivamente la equidad, el progreso y un sistema de salud en beneficio de todas y todos sus habitantes.

Mirta Roses

Directora de la Organización
Panamericana de la Salud

Alicia Bárcena

Secretaria Ejecutiva de la Comisión
Económica para América Latina
y el Caribe

Martín Santiago Herrero

Representante Residente del PNUD
y Coordinador Residente del Sistema
de Naciones Unidas en Argentina

CONTENIDO

Introducción	1
<hr/>	
I. Trayectoria de largo plazo	3
Construcción del sistema de salud	5
Consolidación del modelo fragmentado	7
<hr/>	
II. La situación epidemiológica en la Argentina	11
Perfil de la mortalidad general y por causas	12
Aspectos generales	12
Mortalidad Infantil y Materna	14
Perfil de Morbilidad en Argentina	16
Enfermedades transmisibles	16
Enfermedades no transmisibles	18
<hr/>	
III. Organización y cobertura	21
Cobertura	23
Provisión pública de salud	24
Modalidades de aseguramiento y provisión de servicios: la seguridad social	25
Las Obras Sociales Nacionales	26
Las Obras Sociales Provinciales	28
El aseguramiento de los pasivos	29
El sector privado	30
Oferta de servicios	32

IV. Gasto en salud, fragmentación y equidad	37
Nivel del gasto y fragmentación institucional	38
Fragmentación y conflicto distributivo	42

V. Fragmentación territorial	47
La situación en cada provincia a partir de datos socioeconómicos, de cobertura de seguros y epidemiológicos	48
Agrupamiento de provincias	52

VI. Reflexiones finales	55
--------------------------------	----

Notas	59
-------	----

Referencias Bibliográficas	63
----------------------------	----

Anexo Estadístico	66
-------------------	----

INTRODUCCIÓN

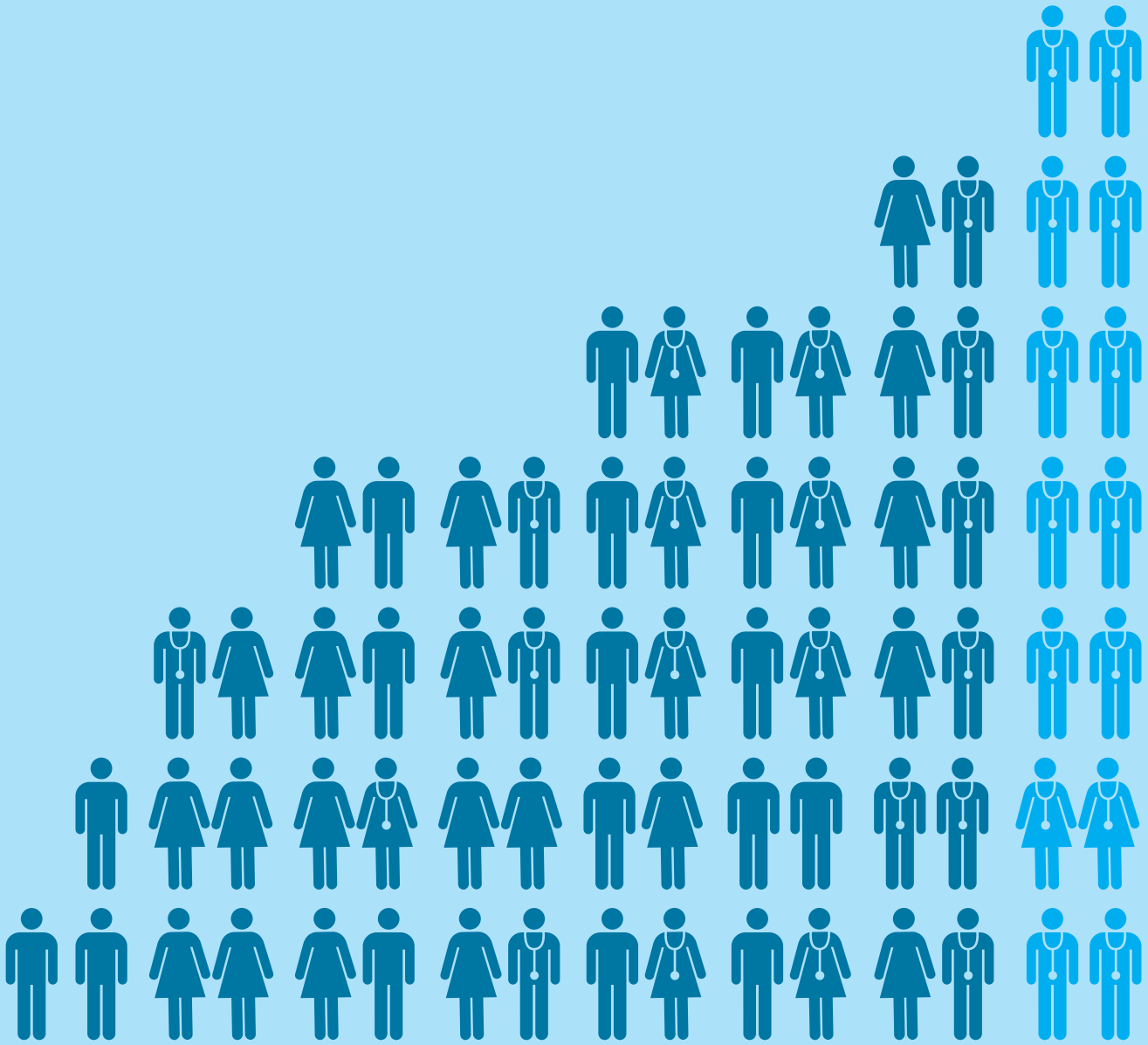
La definición de la mejor política de salud es uno de los desafíos más complejos de la formulación de políticas públicas en Argentina, convergiendo diversas características provenientes de la particular definición que, en el país, tiene la organización federal, sindical, tecnológica, productiva y laboral, por citar algunas. En un país que gasta en torno al 10% de su PIB en servicios públicos de salud, seguros sociales y privados, el conflicto entre intereses ha dado origen a un mapa institucional donde, frecuentemente, ha resultado difícil determinar con claridad los objetivos e instrumentos de las políticas públicas.

De manera especial, en un mercado que combina altos niveles de gasto con asimetría informativa, las políticas públicas se han comportado como un verdadero “blanco móvil”, donde la solución de un problema mediante alguna modalidad de intervención pública, puede derivar en nuevas deficiencias que, a su vez, requerirán algún modo de intervención pública adicional. A modo de ejemplo, puede decirse que la introducción de seguros para resolver problemas de incertidumbre, ha generado dificultades vinculadas con la existencia de un “tercer pagador”, que derivaron en la introducción de contratos de capitación, que, dada la selección adversa, obligó al desarrollo de auditorías que, a su vez, al generar problemas de colusión de intereses terminó dando argumentos para la introducción de cápitas ajustadas por riesgo. Y la historia seguramente seguirá... Como se verá, esto no es un argumento en contra de la intervención pública sino, por el contrario, en favor de una intervención estatal flexible y en permanente adaptación.

Teniendo en cuenta lo anterior, este documento, que pretende discutir los desafíos que debe enfrentar el sistema de salud argentino para asegurar igualdad de derechos en materia de servicios de salud, debe iniciar su recorrido por una introducción a la trayectoria de largo plazo del sistema y la descripción de la situación epidemiológica (capítulos I y II). El sistema de salud argentino debe enfrentar problemas aún no resueltos al mismo tiempo que debe dar respuestas adecuadas a los nuevos desafíos. Se verá que la historia del sector muestra una importante mejora en términos absolutos, pero una pérdida de la posición relativa a lo largo del último medio siglo.

El capítulo III, el central en esta descripción, se ocupará de presentar la organización y cobertura del sistema. A partir de allí, se explicará, en los capítulos IV y V, que la fragmentación con que ha sido caracterizado el sistema de salud argentino se manifiesta de tres maneras: fragmentación de derechos, fragmentación institucional y fragmentación territorial. Allí se presentan los argumentos centrales que, en el capítulo VI, dan pie a una serie de recomendaciones para enfrentar los desafíos que deben enfrentarse para ayudar a la construcción de un sistema con igualdad de derechos. Por último, alguna información que no fue incorporada en el texto, pero se considera complementaria del mismo, forma parte del Anexo Estadístico que cierra este documento.

1.



TRAYECTORIA DE LARGO PLAZO

En una mirada de largo plazo, las principales variables demográficas muestran para la Argentina la prolongación de los años de vida de la población. La información del cuadro 1, para años seleccionados desde el primer censo de

población (a mediados del siglo XIX), ilustra claramente sobre los avances en materia de salud de la población y los nuevos desafíos del sistema de salud asociados a la propia prolongación de la vida¹.

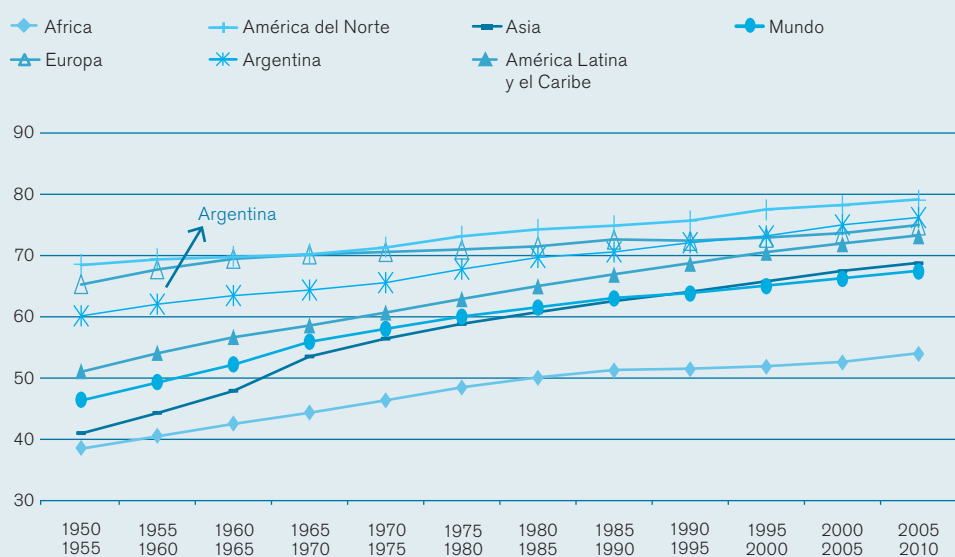
Indicadores demográficos seleccionados		CUADRO 1		
Años	E (V)	Fecundidad Hijos/Mujer	TMI	% mayores 65 años
1869	33	6,8	s/d	2,2
1895	40	7,0	s/d	2,5
1914	49	5,3	s/d	2,3
1947	61	3,2	66	3,9
1960	66	3,1	57	5,6
1970	66	3,1	49	7,0
1980	68	3,3	41	8,2
1991	72	2,9	32	8,9
2001	74	2,1	22	9,9
2005	75	2,2	20	10,0
2010	76	2,1	13	10,4

Fuente: INDEC. 1869 a 2001 en base a datos censales, 2005 y 2010 en base a proyecciones.

Los indicadores del estado de salud de la población argentina han mostrado grandes progresos, aunque dan cuenta de cierto retroceso con relación a su situación relativa (Veronelli y Veronelli, 2004). Habiendo logrado grandes avances hasta mediados del siglo XX, a partir de entonces la mejora en los indicadores perdió dinamismo al ser comparada con el resto de la región. En el gráfico 1 puede observarse la reducción de la brecha entre la Esperanza de Vida al Nacer de Argentina y el resto de América Latina, así como con otras regiones.

Si bien es cierto que los tempranos logros de Argentina han sido un obstáculo para mantener el ritmo de las mejoras, también lo es que en 1950

el país se ubicaba, en relación con la expectativa media de vida al nacer y con la mortalidad infantil, en el segundo lugar en América Latina (después del Uruguay); mientras que desde 1985 ha descendido al quinto lugar. En 1950 la tasa de mortalidad infantil equivalía a la mitad de la que se padecía en esa época en Chile; en tanto que hoy esa tasa equivale al doble de la de su vecino occidental. Por lo general, se suele adjudicar los tempranos buenos indicadores (en términos comparativos) a factores que exceden el ámbito de la política de salud, como la calidad de la educación (en especial la de las mujeres), a la abundancia de proteínas, al saneamiento y a la provisión de agua potable para la población urbana.



Fuente: World Population Prospects: The 2008 Revision Population Database.

I. 1. Construcción del sistema de salud

Dentro de la génesis y evolución de las instituciones después de la emancipación, el caso específico de aquellas destinadas a la protección pública de la salud ilustra una situación particular: la herencia colonial giró alrededor de una institución especializada relativamente “moderna” para la época, el Protomedicato. Este abarcó todas las funciones consideradas hoy como esenciales de la salud pública, aunque no las ordenó jerárquicamente. En 1822 se promulgó la primera Ley de Arreglo de la Medicina que establecía las formas y condiciones de la asistencia médica y creaba la Academia Nacional de Medicina. Para la misma fecha se creó la Sociedad de Damas de Beneficencia y se inició la etapa de fundación hospitalaria,

donde resaltan los hospitales de las colectividades extranjeras. Siendo la sociedad porteña un amplio conglomerado de población inmigrante de origen europeo, las asociaciones de socorro organizadas por esas comunidades comenzaron a ocuparse de la atención médica.

En la segunda mitad del siglo XIX, el cólera y la fiebre amarilla significaron un poderoso estímulo para el desarrollo de una estructura institucional encargada específicamente de proteger la salud colectiva². Para la producción de ese “bien público” hubo que reinventar una institución análoga al Protomedicato, al menos en varias de sus funciones, y hubo que concertar acciones solidarias y comunes con los países vecinos (principalmente Uruguay y Brasil) en cuyos puertos recalaban las naves que llegaban al nuestro. En 1880, en el comienzo de la primera presidencia del Gral. Julio A. Roca se creó el Departamento Nacional de Higiene (Pérgola, 2004).

De acuerdo con Katz y Muñoz (1988), hacia fines del siglo XIX en Argentina, en forma contemporánea a lo ocurrido en otros lugares del mundo, diversos grupos comenzaron a asociarse para la previsión y absorción colectiva de los

riesgos de enfermedad. Es así como surgieron las asociaciones de socorros mutuos. Entre las variables que inciden sobre el tipo de asociaciones mutuales que empezaron a tomar forma en dicha época, encontramos el principio de connacionalidad –derivado del fuerte proceso inmigratorio-, que constituye el rasgo central sobre el que se edifica el incipiente modelo financiador de servicios de salud. En la zona metropolitana de Buenos Aires, los censos de 1869, 1887 y 1895 muestran una proporción de extranjeros superior al 50% del total de la población. Los grupos de inmigrantes que predominaron fueron los italianos y los españoles, y eso se reproducía en las sociedades mutuas de socorro. En 1910, de los 150 mil afiliados, 40 mil eran de la comunidad italiana y 23 mil de la española. Otros criterios de nucleamiento fueron ideológicos (mutuas de socialistas), doctrinarios (católicos) y la rama de producción. Además de la población afiliada a estas sociedades de socorros mutuos existían también los círculos obreros, con 10 mil afiliados, y las empresas de asistencia médica, con 91 mil.

Entre 1850 y 1900 se fundaron en el país 541 entidades, y entre 1901 y 1925, 811 más, perdurando hasta hoy 464 del primer período mencionado y 598 del segundo. En todos los casos el fin era la prevención y cobertura de uno o varios riesgos que pudieran afectar financiera o físicamente a la población.

En este período, la acción del Estado se limitaba a ejercer el control de vectores en enfermedades transmisibles. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y, no configuraban una función del gobierno.

En la historia de la medicina argentina, entre los años 1880 y 1943 pueden identificarse dos momentos, el higienismo y el sanitarismo (Sanchez, 2007). Tal vez se trate de una mera disquisición teórica, pero útil para advertir algunas diferencias de matices, pues, sin ser antagónicos, exhibieron sus peculiaridades. El propósito que guió ambos momentos fue mejorar la calidad de la salud de la población local. Actuaron como entidades directrices el Departamento Nacional de Higiene, la Asistencia Pública y el Patronato de la Infancia, a las que se sumaron muchas otras asociaciones, donde no faltaron las de beneficencia y las de socorros mutuos.

El higienismo, desarrollado principalmente entre 1880 y 1920, sintió una especial preocupación

por las dolencias urbanas y suburbanas (tuberculosis, cólera y alguna más), sin olvidar las enfermedades infectocontagiosas y los problemas sanitarios que genera el conventillo o inquilinato, a lo que agregaron alta consideración por el alcoholismo. El sanitarismo, incipiente en los años de 1920 y afianzado para la década de 1940, incorpora el eje de atención en la vida rural (el rancho y las labores de las familias campesinas) concentrándose en el paludismo, la malaria, las parasitosis y algunas más. Hay una búsqueda de cuestiones regionales, palpable en los contactos que se originan entre profesionales de diversos países que trabajan problemáticas semejantes, un buen testimonio son: la MEPRA (Misión de Estudio de la Patología Regional Argentina), el Instituto de Medicina Regional y la Dirección General de Paludismo.

Al mismo tiempo, el incipiente sistema de seguridad social presentó, desde su origen, ciertos rasgos de desigualdad e inequidad del tipo de los que hoy caracterizan al caso argentino. El mensaje del proyecto presentado por Ángel M. Giménez en 1914 a la Cámara de Diputados menciona la diferente capacidad financiera por afiliado entre instituciones, el desigual peso en la estructura de costos de los gastos administrativos según se trate de mutualidades chicas o grandes, y el consiguiente cuadro prestacional altamente inequitativo. Todo esto ocurrió en un contexto en el que el sistema mostraba falta de coordinación y fiscalización a nivel agregado, rasgo a cuya solución apuntaban, en dicho proyecto de ley, los artículos que proponían la creación de un organismo fiscalizador de las entidades mutuales. El proyecto preveía también la obligación de destinar un mínimo de 80% de las cuotas de los socios a los servicios que la Sociedad ofrecía -entre los cuales debía figurar al servicio médico para sus afiliados sin restricción alguna; exigía un mínimo de 200 afiliados por institución; imponía la asignación financiera de un 5% de las cuotas de los socios al fondo de reserva y de un 15% para presentación de balances con la correspondiente memoria sobre los servicios prestados. Finalmente, abría la posibilidad de que los hospitales públicos brindaran servicios ambulatorios y/o de internación a los miembros de una asociación mutual, facturándole a ésta dichos servicios. De esta forma, ya se planteaba tempranamente el debate sobre cobertura y

financiamiento de los servicios de salud, que se habría de prolongar hasta la actualidad, sin que se haya resuelto (Katz y Muñoz, 1988).

Como síntesis, puede decirse que hasta 1945 se destaca la escasa regulación estatal. El estado financia fundamentalmente acciones relacionadas con urgencias, sanidad de fronteras, higiene pública y epidemias. La provisión se encuentra concentrada en establecimientos estatales, sociedades de beneficencia, mutuales de comunidades extranjeras y mutuales de grupos laborales y establecimientos privados con fines de lucro. Como estructura general predomina un modelo pluralista no planificado (Katz et al, 1993).

I. 2. Consolidación del modelo fragmentado

Más allá de los antecedentes mencionados, es posible afirmar que la conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja y relativamente corta evolución. Recién a mediados de la década de los años cuarenta, el sector público comenzó a ocupar un papel central, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector, con la creación del Ministerio de Salud, la expansión de la oferta pública, el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas y el fortalecimiento de la intervención del estado en la organización del sector. A diferencia de los casos que construyeron sus sistemas o bien sobre sistemas públicos de cobertura universal o sobre la base del financiamiento contributivo en la seguridad social, Argentina siguió un doble patrón y, al igual que muchos países de la región, la cobertura estuvo a cargo de los subsectores públicos y de la seguridad social, además del privado.

El diseño institucional implantado en los años cuarenta reconoce, en ese sentido, la presencia de un legado: se conformará en las mismas condiciones de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego que caracterizaron las organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo XX.

Las formas organizativas resultarán afectadas por la presencia de tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional (Belmartino, 2009). En este sentido, es posible identificar cinco subperíodos en la evolución del sistema de salud argentino:

- 1945-1955: Los años de la planificación estatal centralizada;
- 1955-1970: Modelo pluralista de planificación descentralizada;
- 1970-1990: Consolidación y crisis del modelo fragmentado;
- 1990-2001: La desregulación de los mercados de la salud;
- Desde 2001: Intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social.

Durante el primer subperíodo, entre 1945 y 1955, se impulsó la formación de entidades mutuales de trabajadores por rama de actividad, de manera voluntaria, por convenio colectivo paritario (obras sociales). El estado financia programas verticales contra enfermedades endémicas, crea centros de salud ambulatorios y expande la oferta de servicios en establecimientos propios. El Estado adquiere gran presencia como prestador y, pese a que la Constitución Nacional no le da atribuciones al gobierno nacional, se nacionalizan hospitales y desplaza a las sociedades de beneficencia y a prestadores privados con y sin fines de lucro. El período considerado se caracteriza por la planificación estatal centralizada de acuerdo con el inicio mundial de los derechos a la salud y la universalización de la cobertura. La fragmentación y la heterogeneidad se mantendrán en las nuevas organizaciones, así como también la estratificación de la cobertura y el acceso a los beneficios.

A partir de 1955 y hasta 1970, en el contexto regulatorio e institucional, el Estado Nacional transfiere responsabilidades a las provincias³, se inicia la regulación para la formación de recursos humanos y la regulación del mercado de medicamentos. El estado nacional amplía los programas verticales que financia incorporando programas de salud rural. Como prestador, además de descentralizar hospitales públicos, se sanciona la Ley N° 17.102 de hospitales de comunidad. Durante este período, disminuye el número de camas

del sector público y se incrementa la capacidad instalada del sector privado. Esta etapa se caracteriza por la formación del modelo pluralista de planificación descentralizada.

Desde 1970, el sistema se consolida institucionalmente con la extensión de la cobertura de la seguridad social en salud a toda la población en relación de dependencia. Ese año, la Ley N° 18.610 hizo obligatoria la afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad. Se amplía considerablemente la cobertura, al tiempo que se pone en manos del movimiento gremial una importante cuota de poder político y económico. Teniendo en cuenta que la organización sindical argentina respondió a un modelo de gremio único por rama de actividad, ello significó, en la práctica, que la población trabajadora se convirtiera en cautiva de la obra social del gremio correspondiente. El sistema de obras sociales se extiende, asimismo, en forma obligatoria a los jubilados y pensionados. La Ley N° 19.032 creó una institución especial, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, para brindar prestaciones de salud y otros servicios sociales a la porción de la población de mayor edad. Esta institución, básicamente financiada por cargas sobre los salarios de los trabajadores formales, tuvo un importante desarrollo a lo largo del territorio de la Nación (Anlló y Cetrángolo, 2007).

La expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector. Orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico farmacéuticas y productores de equipamiento médico, fue determinante en el crecimiento del subsector privado. Por su parte, la red de servicios estatales, que era hegemónica hasta la consolidación de este esquema, pasó a ser la única cobertura de una porción creciente de la población, la más carenciada, sin cobertura de la seguridad social. No obstante, el sector público también suele brindar cobertura adicional a los asociados a otros esquemas y personas de ingresos altos, dando lugar a casos de múltiple cobertura, con las obvias consecuencias negativas en materia de eficiencia.

La ausencia de coordinación de los subsectores y de regulación de los componentes no públicos ha sido el problema central de la política sanitaria. Bajo esas circunstancias, el Nomenclador de Prestaciones Médicas, Odontológicas y Bioquímicas

(sancionado en 1977) se convirtió en un instrumento central de regulación de los precios relativos del sector. En virtud del mismo, se privilegió la incorporación de tecnología en detrimento del trabajo clínico, proceso que fue potenciado por la política de apertura económica del momento, generándose un crecimiento no planificado de tecnología de alta complejidad. En el segmento público, la falta de instancias coordinadoras fue agravada por las características básicamente financieras que adoptó el proceso de descentralización hospitalaria, como se verá más adelante.

Desde entonces, diferentes intentos de reforma han pretendido dotar al sector de mayores niveles de articulación y coordinación sin mayor éxito. Ejemplo de ello es el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 1974 y las Leyes N° 23.660 y N° 23.661, de 1989, que propusieron la creación del Seguro Nacional de Salud. Entre 1977 y 1990, se actualizó el Nomenclador con apoyo de los prestadores y adquiere el papel de articulador y orientador de las inversiones. La capacidad instalada privada aumentó e incorporó tecnología de alta complejidad, los hospitales públicos perdieron el monopolio de los recursos de alta complejidad. Adicionalmente, en un período de serias dificultades macroeconómicas y restricciones fiscales, el estado achica su presupuesto destinado al sector salud.

De este modo, el sector de salud argentino había consolidado una organización que se caracterizaba por su excesiva fragmentación, rasgo que ha prevalecido hasta la actualidad. Su falta de coordinación y articulación continúa impidiendo la conformación de un verdadero “sistema” de salud y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado), sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.

Durante la década de 1990 se realizaron reformas sectoriales en el marco de una política económica de apertura comercial, desregulación de algunos mercados y privatización de empresas de servicios públicos. Respecto del sector salud, en ese entonces, se solía argumentar que la libre elección dotaría de mayor competencia al mercado de seguros, de forma tal que lograría una mayor eficiencia en la asignación de recursos y

que la mayor autonomía de los hospitales públicos produciría un resultado similar, hipótesis que luego no se comprobaron en la práctica.

Finalmente, las políticas surgidas luego de la crisis de 2001–2002 pueden identificarse como una nueva etapa. Los años que siguieron a la crisis fueron de emergencia sanitaria. Durante este período se han puesto en marcha programas para limitar el impacto de la crisis, con la prioridad de garantizar el acceso de los grupos más vulnerables o de mayor riesgo a servicios y medicamentos. La política nacional de medicamentos, que incluye la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el programa Remediar, fueron acciones que dieron cumplimiento a los objetivos planteados. El plan Nacer, por su parte, es una innovadora iniciativa en la política de salud, ya que combina elementos de política compensatoria, expansión de cobertura e incentivos por resultados en un sistema altamente descentralizado.

En paralelo a la instrumentación de políticas de emergencia, se comenzó a discutir en el Consejo Federal de Salud (COFESA)⁴ una estrategia sectorial de mediano y largo plazo. En primer lugar, se propuso que la estrategia surgiera de un consenso entre los distintos niveles de gobierno, ya que debido a la organización federal del país, las responsabilidades sustanciales de la provisión pública de salud corren por cuenta de las provincias. En consecuencia, la estrategia debía tomar en cuenta las posibilidades de cada una de las jurisdicciones. En segundo término, se propuso que la estrategia se planteara como una secuencia de reformas y no como una modificación estructural drástica. En el mismo sentido, se propuso que la estrategia fuera flexible, para adecuarse a las circunstancias y adaptarse a lo largo del tiempo. Más allá de estos importantes logros en materia de salud pública, el sistema en su conjunto consolidó su organización fragmentada.



LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LA ARGENTINA

El objetivo principal de los sistemas sanitarios es mejorar la salud de la población mediante un acceso a bienes y servicios adecuados y con un financiamiento justo. El análisis de los aspectos demográficos, económicos, tecnológicos, políticos, culturales y biológicos muestran que Argentina ha venido atravesando, al igual que muchos otros países, una transición epidemiológica definida por tendencias de largo plazo, entre las que se debe destacar la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida (que alteran la estructura por edades de la población), la variación de los factores de riesgo (que afecta la incidencia de las enfermedades) y el mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención de la salud (que modifica las tasas de letalidad).

La descripción del perfil epidemiológico y su evolución durante los últimos años muestra no sólo los diferentes problemas de salud que presenta la población sino también su distribución e intensidad. Gran parte de las diferencias en la participación relativa de las distintas causas de muerte es atribuida a la composición demográfica

y de género en cada jurisdicción como así también a las condiciones socioeconómicas de cada caso.

En este apartado se realiza una descripción de la situación epidemiológica, a partir de los datos oficiales disponibles. Se comienza con el análisis de la mortalidad, su evolución y perspectivas, continúa con el análisis y evolución de un grupo de patologías de seguimiento obligatorio y concluye analizando los principales factores de riesgo.

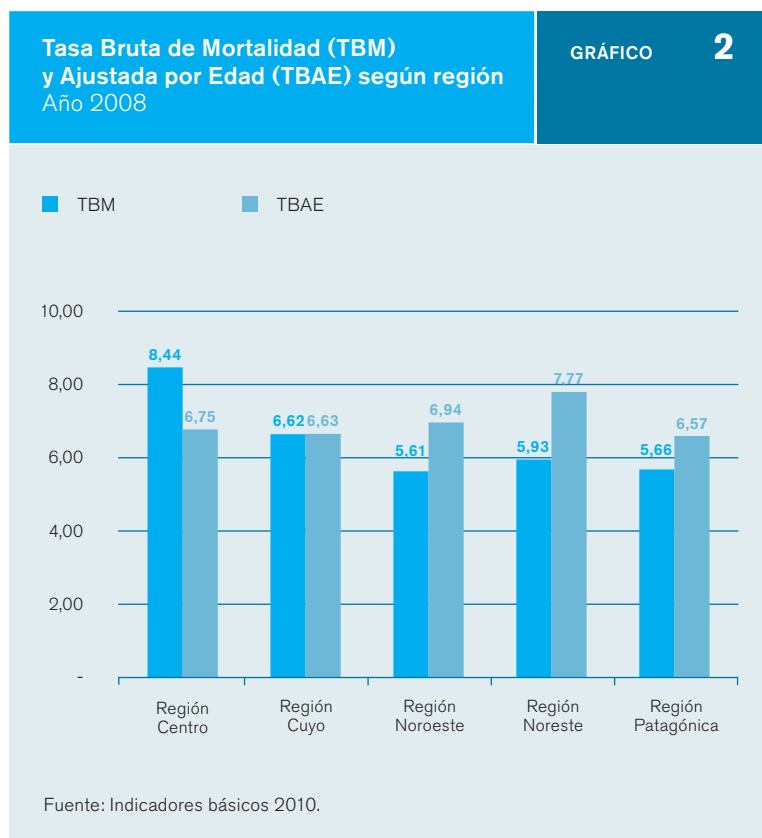
II. 1. Perfil de la mortalidad general y por causas

II. 1. 1. Aspectos generales

Según los Indicadores Básicos⁵ elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación, la tasa de mortalidad general para el año 2008 fue de 7,6 por mil habitantes⁶. Si bien no muestra una variación significativa durante los últimos cinco años, el descenso de la tasa ha sido constante desde 1982, cuando alcanzaba al 8,2 por mil.

Al analizar la tasa bruta de mortalidad por región⁷, se observa que en el centro del país se presenta el mayor registro, superando al total nacional (gráfico 2). Esto se debe, principalmente, a la elevada mortalidad que se registra en la CABA, 10,54 cada mil, superando por casi 3 puntos a la media nacional. A su vez, las jurisdicciones que registran menores tasas de mortalidad bruta son Tierra del Fuego (3,29 por mil) y Neuquén (4,63 cada mil). No obstante, al ajustar este indicador por edad⁸, la CABA deja de ser la de mayor tasa de mortalidad y en su lugar se ubica la provincia del Chaco con una tasa bruta de mortalidad ajustada por edad de 8,65 cada mil habitantes.

Cuando se analizan las principales causas de muerte (cuadro N° 2), se observa una mayor proporción (58%, que aumenta a 63% si no se toma en cuenta las mal definidas) de no transmisibles (cardiovasculares, tumores, diabetes, accidentes y otras externas), mientras que subsisten causas de muerte relacionadas con enfermedades



trasmisibles asociadas al deterioro del ambiente, el descuido en los hábitos alimentarios y a la baja calidad de vida (esto se comprueba especialmente en la población materno infantil, en la sección correspondiente se hace una mención a las causas de muerte de este grupo en particular).⁹

Este panorama corresponde a la transición epidemiológica, un fenómeno propio de los países

donde mejora el nivel de vida de algunos sectores y las enfermedades crónicas empiezan a tener un mayor peso que las transmisibles. De todas maneras la distribución de causas de muerte ya presentaba estas proporciones hace más de una década en nuestro país (OPS, 1998), por lo que el fenómeno no resulta novedoso.

**Mortalidad por grupos de causas
(total y porcentual sobre el total y sobre las definidas)
Año 2009**

CUADRO 2

Grupos de causas de muerte	Total	% sobre el total	% sobre definidas
Sistema circulatorio	89.916	30%	32%
Tumores	60.117	20%	22%
Causas externas	18.860	6%	7%
Diabetes mellitus	7.701	3%	3%
Subtotal no transmisibles	176.594	58%	63%
Sistema respiratorio	45.541	15%	16%
Infeciosas y parasitarias	13.756	5%	5%
Sistema genitourinario	8.891	3%	3%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	4.446	1%	2%
Malformaciones congénitas y otras	2.787	1%	1%
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	4.776	2%	2%
Trastornos mentales y del comportamiento	2.575	1%	1%
Desnutrición	1.112	0%	0%
Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal	1.394	0%	1%
Meningitis	336	0%	0%
Resto de causas definidas	15.721	5%	6%
Embarazo, parto y puerperio	428	0%	0%
Subtotal de causas definidas	278.357	91%	100%
Subtotal de causas mal definidas o desconocidas	26.168	9%	
Todas las causas	304.525	100%	

Fuente: DEIS-Ministerio de Salud de la Nación.

El Anexo Estadístico que forma parte de este documento muestra la composición de las causas de muerte por grupos de edad donde, como se puede presumir, las relacionadas con el sistema circulatorio son las de mayor incidencia entre los adultos, las causas externas predominan entre los adolescentes y jóvenes y las afecciones perinatales y anomalías congénitas en los menores de 1 año.

Al medir el impacto de la mortalidad a partir de los años potenciales de vida perdidos (APVP), siguiendo los datos de Indicadores Básicos 2010, se observa claramente que las provincias del noreste son las que más años potenciales de vida pierden. Esto se encuentra directamente relacionado con la situación de desarrollo relativo provincial. Los casos que sobresalen son los de Formosa con 888,71 APVP cada 10.000 habitantes y en el otro extremo la CABA con 537,48.

Adicionalmente, si se asocia los APVP con las causas de muerte (gráfico N° 3), se constata que las relacionadas con las infecciosas tienen un mayor peso dentro de las provincias del noreste, con 81,31 APVP c/10.000 habitantes ocupando el

tercer lugar entre las causas. Esta situación sólo se presenta en este grupo de provincias, ya que en el resto, los APVP por estas causas se encuentran a partir del cuarto lugar.

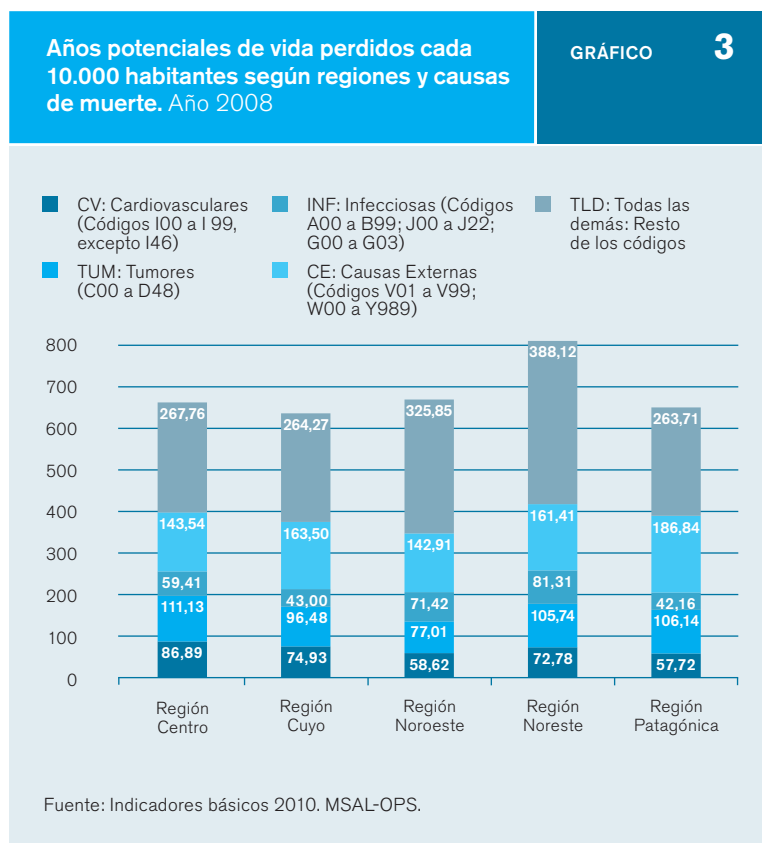
II. 1. 2. Mortalidad Infantil y Materna

Uno de los más claros indicadores de la situación epidemiológica es la tasa de mortalidad infantil (TMI) que en 2009 fue de 12,1 por mil nacidos vivos para el total país¹⁰, continuando el ligero descenso observado desde principios de los años ochenta.

En el gráfico N° 4 se presenta la evolución de las tasas de mortalidad materna¹¹ e infantil¹² en el último cuarto de siglo. Hasta 2008 se verifica, en el mediano plazo, el descenso en ambas tasas aunque más constante en la TMI. En ambos casos se muestra una reversión de la tendencia durante la crisis y la vuelta a la trayectoria descendente a partir de 2003. Entre las razones que explican el pronunciado descenso de las mismas (especialmente la mortalidad infantil), registradas desde el año 2003 debe considerarse, de manera muy especial, la implementación de planes y programas, impulsados por el ministerio Nacional y acordados con los ministerios provinciales a través del COFESA. Estos planes están destinados a mejorar el acceso de la población a los servicios de prevención y atención de la salud y tienen como objeto disminuir el número de causas de muerte por razones evitables. De acuerdo con indicadores básicos de 2010, el 57,0 % de las muertes neonatales son reducibles¹³.

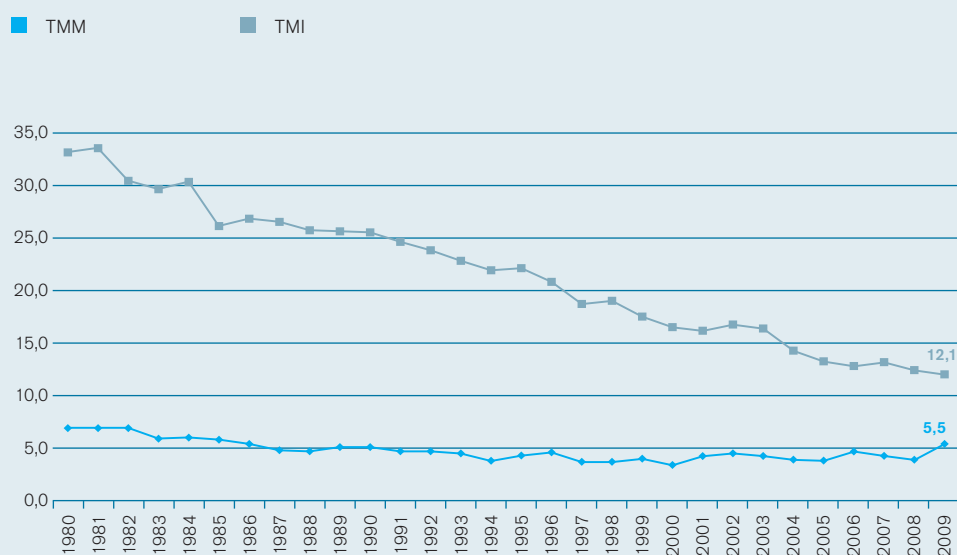
A lo largo de los años, las principales causas de muerte de los niños se han mantenido relativamente estables: trastornos relacionados con la duración de los embarazos, dificultades respiratorias en los recién nacidos, malformaciones congénitas del corazón, desnutrición y diarrea.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna, durante 2009 se hace evidente el aumento de la misma, pasando de 4 a 5,5 defunciones por cada 10.000 nacidos vivos. Como puede observarse en el cuadro N° 3, el mayor aumento se da en las causas asociadas a enfermedades en el sistema respiratorio. Según Estadísticas Vitales 2010, de las 95 muertes asociadas a esta causa durante 2009,



Tasas de Mortalidad Materna (cada 10.000 nacidos vivos) y tasa de mortalidad Infantil (cada 1.000 nacidos vivos), 1980-2009

GRÁFICO 4



Fuente: DEIS-Ministerio de Salud de la Nación.

33 son defunciones certificadas como Gripe H1N1 y 12 como otras infecciones respiratorias agudas. No se descarta entonces la posible omisión de causa relacionada a esta enfermedad en el resto de las muertes maternas por enfermedades del sistema respiratorio.

La mortalidad materna constituye un importante problema de investigación, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la asistencia sanitaria de la madre, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socio-económicas generales.

Evolución de la Mortalidad Materna por causas. Total País
Años 2008 y 2009

CUADRO 3

	2008	2009	Diferencia Absoluta	Variación Porcentual
Total	296	410	114	38,5%
Aborto	62	87	25	40,3%
Directas	175	165	-10	-5,7%
Hipertensión	45	39	-6	-13,3%
Hemorragias anteparto	12	9	-3	-25%
Hemorragia postparto	21	17	-4	-19%
Complicaciones del Puerperio (sepsis)	39	48	9	23,1%
Otras directas	58	52	-6	-10,3%
Indirectas	59	158	99	167,8%
HIV	1	1	0	0,0%
Enfermedades del sistema respiratorio	10	95	85	850%
Otras causas indirectas	48	62	14	29,2%

Fuente: DEIS - Ministerio de Salud de la Nación.

II. 2. Perfil de Morbilidad en Argentina

II. 2. 1. Enfermedades transmisibles

Pese al claro predominio en las causas de mortalidad de las enfermedades no transmisibles, la presencia de enfermedades emergentes y reemergentes recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en desarrollo. Algunas de estas enfermedades están relacionadas con el deterioro del ambiente como el dengue o el hantavirus. Otras con los hábitos alimentarios como el síndrome urémico hemolítico o la triquinosis. Todas ponen de manifiesto una baja en la calidad de vida. Lo mismo sucede con la hepatitis, la diarrea o la tuberculosis. Como vemos a continuación, pese a los grandes esfuerzos llevados a cabo desde la política sanitaria se requieren de

políticas complementarias (vivienda, desagües, etc.) que permitan modificar las condiciones de vida de la población para hacer frente a este tipo de enfermedades.

Leptospirosis: Como se puede apreciar en el cuadro N° 4 los casos notificados descendieron entre 2003 y 2006. Mientras que los picos más altos de la serie (2003 y 2007) se deben a un fuerte aumento de los casos registrados en la provincia de Santa Fe. En 2008 se normalizó la tendencia, alcanzando 2009 el menor valor de la serie.

Hanta virus: Los casos notificados descendieron entre 2001 y 2005 (exceptuando 2004). El fuerte aumento registrado en el año 2006 se debe a la mayor notificación de casos en la provincia de Salta. A partir de ese año, la serie comienza a descender lentamente.

Chagas vectorial: Algunos informes¹⁴ sostenían que Argentina estaba logrando un alto nivel de control del mal de Chagas. De acuerdo con el mismo, los casos notificados de transmisión vectorial se mantenían entre 10 y 20 por año. Mientras que un reporte del Banco Mundial (2002) menciona que "A agosto del 2002, comparado con

	Números de casos								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Leptospirosis	187	290	377	202	197	74	721	90	73
Hantavirus	92	89	56	63	75	116	104	92	79
Chagas Agudo Vectorial	6	11	18	23	16	23	11	61	39
TBC	11.606	11.525	12.254	12.079	11.242	11.068	10.683	10.437	10.649
Meningitis	11	7	17	12	8	2	2	12	8
Tétanos (no neonatal)	12	18	19	25	5	7	9	8	15
Sífilis congénita	414	675	742	838	603	582	767	680	635

Fuente: Indicadores básicos. DEIS-Ministerio de Salud de la Nación.

el mismo periodo del año anterior, el SINAVE reportaba aumentos del 113% en los casos de Chagas vectorial agudo (de 3 a 7 casos) y de 24% en los casos de Chagas congénito agudo (de 63 a 78 casos)". La situación pareciera haberse complicado en los últimos años de acuerdo a los datos del cuadro N° 4. Las provincias más perjudicadas son Santiago del Estero y Chaco.

Tuberculosis (TBC): Entre 1985 y 1996 la tasa había tenido un descenso permanente en su valor desde 52 a 40 casos cada 100.000 habitantes, este valor parece haberse estabilizado a partir de ese momento. En 1998 fue de 35, en 2003 subió a 40 y luego en 2005 bajó a 37 c/ 100.000 habitantes. En términos absolutos, durante el año 2009 fueron notificados 10.649 casos de esta enfermedad, 212 más que en 2008, revirtiéndose la tendencia negativa que había predominado durante los últimos años. Existen fuertes diferencias entre provincias. En 2009, las provincias que menos casos presentan son Tierra del Fuego, La Pampa, Catamarca y La Rioja, todas con menos de 50 notificaciones. Por otra parte, las que más casos han notificado son la CABA, Buenos Aires y Salta.

Sífilis congénita: Este es uno de los indicadores más preocupantes. En todo el país pasó de 210 casos en 1998 a 838 en 2004, descendiendo a

582 notificaciones en 2006. Desafortunadamente, en 2007, los casos notificados aumentaron considerablemente (debido principalmente al aumento registrado en la provincia de Buenos Aires y la CABA). No obstante, si bien en los últimos 2 años se produjo una disminución respecto de 2007, las notificaciones todavía se encuentran por encima del valor alcanzado en 2005.

HIV-SIDA: Las estimaciones disponibles¹⁵ muestran que aproximadamente 120.000 personas viven con VIH/SIDA en la Argentina, de las cuales, cerca del 50% conocen su situación y se encuentran bajo tratamiento. La epidemia de SIDA en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982, alcanzándose al 31 de diciembre de 2008 un total de 75.009 casos notificados. De acuerdo con el Informe País 2009, la tasa de incidencia de esta enfermedad en 2007 fue de 36,5% por millón de habitantes. Para las mujeres, dicha tasa se encuentra siempre por debajo de la de los hombres, aunque a lo largo de los años la tendencia expresa que la epidemia se extiende cada vez más en mujeres.

Con relación al **cólera, sarampión y tétanos neonatal**, no se han notificado casos desde el año 2002.

II. 2. 2. Enfermedades no transmisibles

Como se ha mencionado las enfermedades no transmisibles, entre éstas el cáncer, las lesiones y las cardiovasculares, cobran cada vez más importancia para la salud pública. Además de representar el 59 % de las causas de muerte generan una enorme carga tanto al sistema de salud, como a la sociedad en su conjunto.

La Argentina no cuenta con sistemas de vigilancia consolidados. No obstante, pueden presentarse algunos comentarios referidos a ciertos aspectos que ayuden a determinar las diferencias epidemiológicas y regionales, en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2004. Los indicadores seleccionados en la encuesta fueron: acceso a la atención médica, salud general y calidad de vida, actividad física, peso corporal, alimentación, hipertensión, colesterol, diabetes, tabaco, consumo de alcohol, medidas preventivas y riesgo de lesiones.

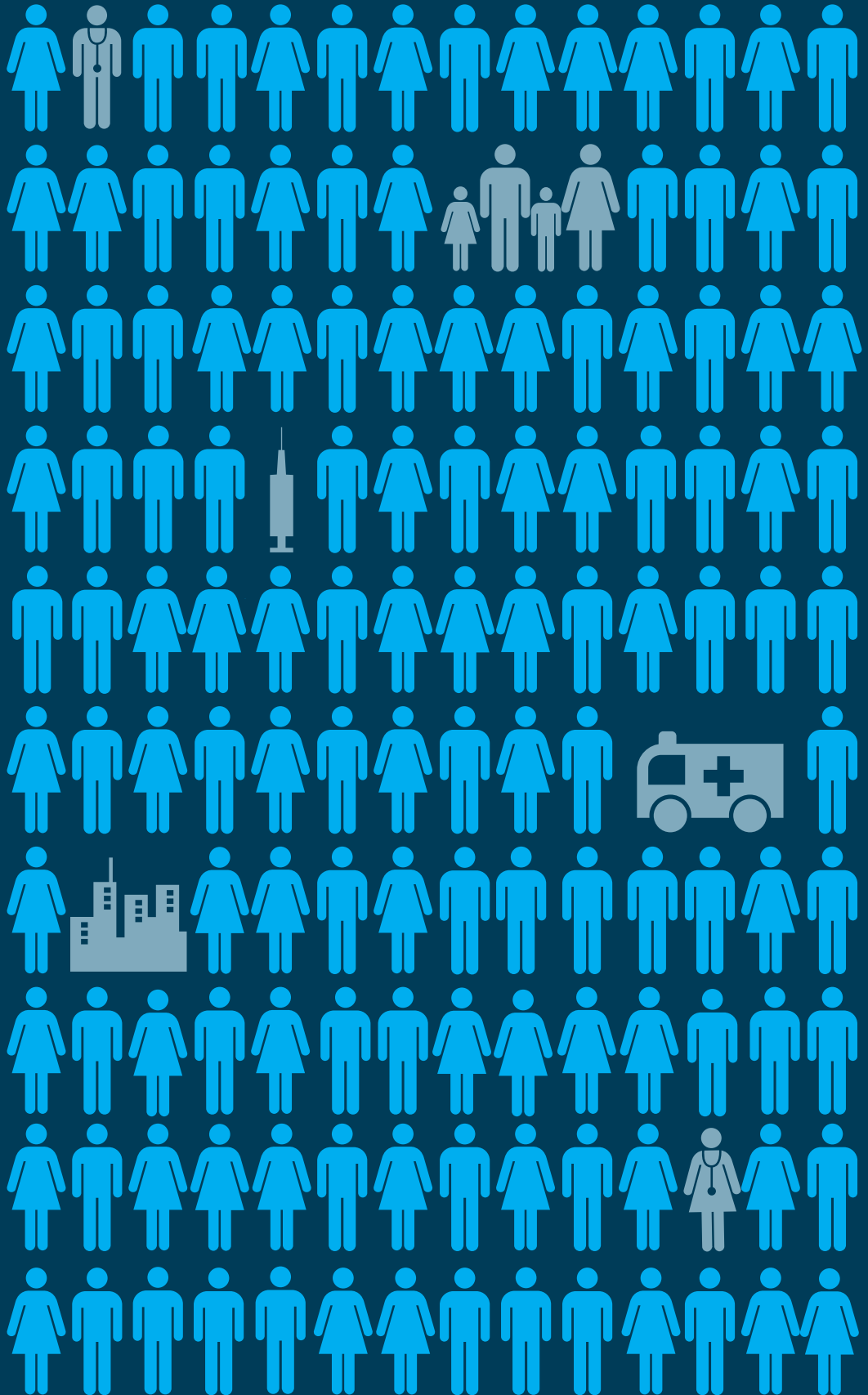
El 49% de la población presenta exceso de peso, y de ellos, 34,5% sobrepeso y 14,4% obesidad. Las provincias de Santa Cruz y Tierra del Fuego lideran el ranking, aunque se encontró una incidencia cercana al 50% en todo el país, incluso en provincias del NEA y NOA. El sobrepeso afecta principalmente a los hombres (42% vs. 27% de las mujeres) y se incrementa con el aumento de la edad estabilizándose después de los 65 años. Respecto al nivel de ingreso y nivel educativo, la variable se comporta de forma contraria, en el primer caso no se comprueba en todas las provincias (en especial en aquellas de menor nivel de ingreso) pero en el segundo si.

Respecto a la alimentación saludable, la encuesta citada consultó acerca del uso de sal en las

comidas, cocinar con grasas y consumo de frutas y verduras. Los resultados estarían indicando que los grupos que agregan mayor cantidad de sal a las comidas corresponden a aquellos de menor edad y mayores niveles de ingreso y educación. A su vez, sólo el 65% de la población había consumido 5 veces frutas en la última semana. Estos valores aumentan con el nivel educativo, el nivel de ingreso, la edad y de acuerdo al sexo (mayor porcentaje en mujeres). Catamarca, Santa Cruz, Corrientes, La Rioja y Tierra del Fuego reportaron el nivel más bajo de consumo.

La hipertensión arterial en Argentina podría ocasionar 52.300 muertes anuales y es la principal causa de mortalidad en América Latina. El 79% de la población nacional se controló la presión arterial en los últimos dos años. El 35% presentó presión elevada en al menos una consulta. A mayor nivel de ingreso mayor control (aunque no en todas las provincias), el control también aumenta con la cobertura, y no fluctúa con el nivel educativo. El valor autorreportado de presión arterial disminuye con el nivel de educación y de ingresos y aumenta con la edad.

El tabaco constituye la principal causa de muerte prevenible. En nuestro país causa más de 40.000 muertes y 824.804 años de vida saludables perdidos. La prevalencia de consumo de tabaco fue de 33% en la población entre 18 y 64 años, siendo mayor entre hombres (aunque en algunas provincias se equipara) y no se modifica con el nivel de ingresos ni el nivel educativo. Respecto a su evolución, la tasa habría bajado un 6,4% con relación a 1999 (39,8%), presentando valores similares a los de los países desarrollados hace veinte años.



ORGANIZACIÓN Y COBERTURA

La organización y cobertura del sistema pueden ser presentadas a través de los rasgos distintivos de las distintas instituciones que participan en la producción de servicios de salud, en el aseguramiento y en la gestión entre aseguradores, beneficiarios y beneficios.

La falta de integración entre los subsectores, público, seguridad social y privado, en los que se encuentran agrupadas las instituciones es una de las particularidades del sistema. El sector salud de Argentina se caracteriza, en consecuencia por ser muy segmentado, heterogéneo y poco equitativo tanto en relación con la organización y financiamiento como con el acceso a los servicios. El sector público aporta a este cuadro general su división según jurisdicciones –nacional, provincial y municipal-, niveles entre los cuales no existe una adecuada coordinación.

El sistema argentino de salud está asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. Precisamente, los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares tienen una cobertura adicional provista por instituciones de la seguridad social denominadas “obras sociales”. De este segmento no participan los trabajadores que se

desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias, que están asegurados en las “obras sociales provinciales”. Otro aspecto característico del sistema de seguro social argentino es la introducción de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como “PAMI”. Y, por último, existen seguros voluntarios en empresas de medicina prepaga.

En el cuadro 5 se presenta la información básica sobre población con derecho a cobertura en cada uno de los segmentos del sector. Los porcentajes que allí figuran no pueden ser sumados ya que existe superposición entre la población correspondiente a cada uno de los diferentes segmentos, originada en la múltiple cobertura de la población¹⁶.

Conocidos los subsectores que conforman el sistema y su participación relativa a partir del número de beneficiarios, se describen las particularidades relacionadas con la cobertura de seguros, las instituciones responsables y la distribución de los recursos físicos y humanos correspondiente a todos los subsectores. Ello se completará más adelante con el detalle de la situación en las provincias a partir de variables epidemiológicas, socioeconómicas y de cobertura de seguros de sus respectivos habitantes.

Subsectores y población cubierta					CUADRO 5
	Subsector Gobierno	Obras Sociales Nacionales y otras	INSSPyP (PAMI)	Obras Sociales Provinciales	Seguros Voluntarios
Población de referencia	Total de la población	Obligatorio: Trabajadores formales y familiares a cargo voluntarios : Adherentes y Jubilados	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos, otros.	Empleados Públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales. Adherentes	Asociados voluntarios
Población con cobertura	40.091.359	15.535.999	3.334.599	5.500.000	3.600.000
Porcentaje de población cubierta por cada subsector	100	38,8	8,3	13,7	9,0

Fuente: Elaboración propia sobre información mencionada en el texto. Población: Censo 2010. Beneficiarios de la seguridad social: Indicadores Básicos OPS y Ministerio de Salud 2008 y 2009.

Cabe destacar que la organización actual es resultado de una historia que va más allá de la propia dinámica sectorial y, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud. Por este motivo, la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios se encuentra a cargo de los gobiernos provinciales¹⁷ los lineamientos del nivel nacional sólo tienen un valor indicativo, por lo que cobra especial relevancia la negociación de acuerdos entre la Nación y las provincias en el marco del COFESA. En la sección siguiente serán considerados aspectos relacionados con la cobertura de salud de la población y su distribución en las provincias.

había alcanzado el 52% en el año 2001. Diez años antes esa cobertura llegaba al 63%, de acuerdo también con el Censo realizado por el INDEC.¹⁸

Respecto a la distribución geográfica de la población que cuenta con cobertura de seguros, se registran provincias con poco más del 30% de población asegurada y otras en las que el porcentaje crece a más del 70%, valores extremos que se ocultan en el 52% promedio para el país (cuadro N° 6). En algunos casos la cobertura depende, mayormente, del empleo público a cargo de los institutos provinciales mientras que, en otras situaciones, debido a la mayor edad de la población, tiene un papel más preponderante el PAMI.¹⁹

III.1. Cobertura

Como fuera adelantado, el rasgo distintivo del sistema de salud argentino es que el sector público ofrece servicios a los que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan otro tipo de cobertura proveniente de algún tipo de seguro social o privado. Esto implica que todo ciudadano tiene derecho a recibir una cobertura básica, aunque resulta ser muy diferente dependiendo del lugar de la República donde resida. Esta situación responde a la combinación de, al menos, dos factores: el elevado grado de descentralización que presenta el sector público y la significativa brecha de desarrollo y capacidades entre provincias. No obstante, dada la expansión del sector público y de la seguridad social, la población cuenta con un elevado grado de cobertura en relación con otros países de la región.

La información disponible no permite presentar la evolución de la población beneficiaria de seguros de salud. La segmentación del sistema y la ausencia de articulación impiden contar con un único sistema de registro de población asegurada. Teniendo en cuenta estas deficiencias, resulta conveniente hacer una primera referencia a partir de la información censal. De acuerdo con esta, la cobertura de las diferentes modalidades institucionales que integran la seguridad social, así como el aseguramiento privado y voluntario,

Población con cobertura de seguros por provincia

CUADRO 6

Provincia	Población Censo 2010	% de población no cubierta con seguro
CABA	2.891.082	26
Buenos Aires	15.594.428	49
Catamarca	367.820	45
Chaco	1.053.466	66
Chubut	506.668	40
Córdoba	3.304.825	46
Corrientes	993.338	62
Entre Ríos	1.236.300	49
Formosa	527.895	66
Jujuy	672.260	54
La Pampa	316.940	46
La Rioja	331.847	41
Mendoza	1.741.610	51
Misiones	1.097.829	58
Neuquén	550.344	49
Río Negro	633.374	50
Salta	1.215.207	60
San Juan	680.427	53
San Luis	431.588	52
Santa Cruz	272.524	29
Santa Fe	3.200.736	42
S. del Estero	896.461	64
T. del Fuego	126.190	30
Tucumán	1.448.200	48
Total	40.091.359	48

Fuente: Población: Censo 2010, Porcentaje de población no cubierta: OPS-Ministerio de Salud, 2009.

Otro aspecto importante relacionado con la cobertura de seguros de la población es su distribución por niveles de ingreso. Lamentablemente, la información censal no brinda información específica. En cambio, existen datos en ese sentido provenientes de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003 y 2005, de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, que constituyen el único relevamiento estadístico, dentro de la metodología de encuestas a población, que posibilita analizar la cobertura, la utilización y el gasto directo en salud. Entre los resultados de la última encuesta, realizada en 2005, se destaca la variación en el porcentaje de cobertura de seguros de acuerdo con los quintiles de ingreso per capita del hogar. El estudio registra que el porcentaje de población de los quintiles de ingreso 1 y 2 agrupados era del 42% mientras que la población asegurada, perteneciente al 5to quintil era, aproximadamente, el 83%. Por lo tanto, la carencia de cobertura de seguros de salud, y, consecuentemente, la mayor dependencia de los servicios ofrecidos por el sector público, aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos per capita de las familias.

III. 2 Provisión pública de salud

Con relación a la provisión pública de servicios de salud es conveniente introducir tres aspectos de crucial importancia para comprender su organización territorial. En primer lugar, vinculado con la organización federal de Argentina, la Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales. A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino.

En segundo lugar, luego de un avance muy importante de la provisión centralizada (en sentido

contrario a lo establecido por la Constitución), como se comentó en el capítulo I, se desarrolló una fuerte descentralización de servicios de salud que, a diferencia de otros países, no pueden ser considerados como avances de los gobiernos subnacionales sobre el poder central. Por el contrario, el mismo estuvo fuertemente impulsado por la voluntad del gobierno nacional de modificar en su favor las relaciones financieras con las provincias²⁰. Por esta razón, los procesos de descentralización ocurridos en Argentina no tuvieron las motivaciones clásicas de las reformas que tratan de resolver vía la descentralización los problemas de revelación de preferencias mediante la participación de los ciudadanos en la definición de las políticas y, adicionalmente, no fueron precedidos de las necesarias previsiones en materia de coordinación de las políticas y compensación entre regiones, lo que ha terminado agravando los problemas de equidad distributiva al interior del país.

En teoría, la orientación de estas políticas se relaciona con la necesidad de hacer más eficiente el gasto público, combinando la búsqueda de una mejor atención a un menor costo fiscal. En el caso de la atención de la salud se presentan dificultades particulares como la imposibilidad de sostener que la provisión de bienes y servicios en una jurisdicción no afecta el bienestar de poblaciones vecinas (externalidades). Y, por otra parte, existen importantes razones en contra de la total descentralización, teniendo en cuenta, en particular, la existencia de fuertes disparidades entre las necesidades, las capacidades y los recursos disponibles en cada una de las provincias. Se requiere, entonces (cuestión que ha sido ampliamente destacada en los estudios de diferentes países²¹) de políticas compensatorias regionales claramente diseñadas y decididamente instrumentadas.

Por último, no se puede dejar de mencionar que el tipo de problemas en la asignación eficiente de recursos y distributivos derivados del mercado de la salud demanda una fuerte intervención de los gobiernos centrales. Entonces, como se ha mencionado anteriormente, en Argentina la provisión pública de salud no ha presentado una trayectoria lineal. Se han alternado períodos donde las reformas se han orientado hacia la búsqueda de un mayor grado de descentralización con otros donde ha primado la centralización.

El proceso de descentralización fiscal tiene como contrapartida, en el campo sanitario, una multiplicidad de respuestas locales en lo referido tanto a la forma en que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. La experiencia argentina muestra que la ausencia de coordinación desde el nivel central permite una gran heterogeneidad de conductas a nivel provincial y municipal que responde, a grandes rasgos, a dos conjuntos de razones que no dependen, solamente, de las diferentes preferencias de cada comunidad: por un lado, la configuración previa de cada sistema de salud²², y, por el otro, la política de salud adoptada, en cada lugar, como respuesta al propio proceso descentralizador.

En forma adicional al proceso de descentralización argentino se sumó, desde 1991, la instrumentación de un nuevo “modelo”, conocido como Hospital de Autogestión²³, al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales. Su objetivo consistía en absorber funciones en la administración cotidiana de los hospitales tales como el sistema de compras, la administración, y el manejo de los servicios auxiliares; admitiendo la posibilidad legal de facturar y captar recursos adicionales a través de convenios con terceros o celebrando contratos de provisión de servicios (como oferente) y de adquisición de insumos, sean estos bienes o servicios (como demandante). Los fondos adicionales se reparten en equipamiento del hospital y adicional salarial (de acuerdo con la escala salarial vigente y el grado de cumplimiento de asistencia). La idea central consistiría en la captación de fondos propios provenientes de la atención a franjas adicionales de pacientes con capacidad de pago que permitan ampliar la cobertura y mejorar la calidad hacia pacientes de menores recursos.

No obstante, la experiencia no llegó a alcanzar resultados mínimamente aceptables en materia de captación de recursos adicionales. Del total de hospitales inscriptos en el sistema, sólo factura un 18% y, además, en el 5% de los hospitales que facturan se acumula el 80% del monto total facturado (Torres, 2004).

Por otro lado, no se ha ampliado el tiempo de atención al público, ni se ha relacionado el pago de sobresalarios a mejoras en la productividad de los agentes²⁴. Lo que indicaría que no existe una relación importante de “transferencia” en el uso de los recursos. Complementariamente, cabe

señalar la existencia de distintos “puntos de partida” en lo referido a equipamiento, especializaciones y capacidades concretas entre las unidades a descentralizar que afectan su posicionamiento competitivo inicial en el mercado. Ello puede derivar en que algunas unidades descentralizadas rápidamente puedan captar fondos adicionales mientras que otras queden rezagadas por sus deficiencias estructurales iniciales, llevando a establecer grados crecientes de inequidad interna en la medida en que no exista una instancia superior que tienda a compensar estos desequilibrios.

Para finalizar, se reitera que el sector público tiene a toda la población como potenciales beneficiarios, la oferta de servicios públicos para la atención de la salud es un programa universal de las distintas jurisdicciones y no existe normativa que restrinja a los titulares de algún tipo de seguro o a las personas con capacidad de pago utilizar los servicios públicos de salud. Ciertamente, la información disponible muestra que la proporción de personas sin cobertura de seguros que es atendida en el sector público es mayor que las personas aseguradas, esto difiere según el servicio demandado y la oferta asistencial en cada área geográfica. En las secciones siguientes serán presentadas las características de los distintos tipos de seguro.

III.3. Modalidades de aseguramiento y provisión de servicios: la seguridad social

Dentro del subsector correspondiente a la seguridad social se encuentran numerosas instituciones que muestran, también, importantes diferencias entre sí. Estas instituciones cuentan con marcos normativos propios que delimitan los recursos, los beneficiarios y los beneficios generando, como consecuencia, variaciones en el acceso y utilización de los servicios.

La seguridad social está compuesta por aproximadamente 280 Obras Sociales Nacionales

(OSN)²⁵, otras Obras Sociales como las correspondientes al personal de las FFAA, Seguridad y Universitarias, 24 Obras Sociales Provinciales (OSP) y el PAMI (jubilados y pensionados). Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores formales, activos (se incluye a los monotributistas) y pasivos, y sus grupos familiares.

III. 3. 1. Las Obras Sociales Nacionales

La Superintendencia de Servicios de Salud es el ente de regulación y control de las Obras Sociales Nacionales, y su principal objetivo es el de asegurar el cumplimiento de las políticas del área para la promoción, preservación y recuperación de la salud de la población.

Existen obras sociales muy pequeñas, con no más de 3.000 beneficiarios y otras que superan el millón. Aproximadamente el 70% de los beneficiarios se encuentra concentrado en alrededor de 30 entidades. La estructura por edad y sexo también es heterogénea, algunas casi no tienen beneficiarios mayores de 65 años mientras que otras tienen algo más de un 50% de sus beneficiarios dentro de este grupo de edad. Las obras sociales también tienen una proporción muy diferente de mujeres en edad fértil, el rango va desde un 10% hasta algo más del 45% sobre el total de beneficiarios.

Los aportes personales (3% del salario) y contribuciones patronales (6% del salario), obligatorios para todos los trabajadores en relación de dependencia, son la fuente principal de los ingresos de las OSN y representan aproximadamente el 87% del total. El 13% restante reconoce otras fuentes

como pagos directos, cuotas de adherentes, cuotas voluntarias por planes superadores, etc.

La mayoría de los trabajadores que cotizan en el sistema lo hacen en su condición de trabajadores formales en relación de dependencia, los beneficiarios con regímenes especiales (trabajadores de tiempo parcial, empleados domésticos, otros) rondan el 10%.

Dentro de las medidas de reforma de los años noventa se incluyeron cambios en los mecanismos de recaudación y asignación de los recursos y también se redefinió el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), creado en la década del 70 y al cual todas las OSN aportaban obligatoriamente entre un 10% y 20% de acuerdo al nivel salarial de sus beneficiarios. Inicialmente con los recursos del FSR se financiaba a las obras sociales con problemas financieros.

Con el objeto de acompañar el lanzamiento de la libre elección de obras sociales por parte de los beneficiarios y la segmentación de los beneficios, mediante el Decreto N° 292/1995 se modificaron las funciones de redistribución asignando automáticamente²⁶ parte de la recaudación a los grupos familiares de menores ingresos con el fin de garantizar un valor mínimo de cotización mensual, con el que se debiera financiar el PMOE (ver recuadro 1). Este mecanismo tiende, bajo el diseño actual, a la consolidación de un sistema poco solidario, ya que se trata de un mínimo asegurado para los trabajadores formales con menores salarios y mayor grupo familiar, en lugar de una cobertura homogénea al interior de cada sector de actividad, como ocurría previamente. Otra parte del FSR financia tratamientos costosos de baja frecuencia incorporados en la Administración de Programas Especiales (APE).

El PMO, aprobado por el Decreto N° 247/96, era un listado de bienes y servicios destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento médico y odontológico²⁷. Aunque se prestaba a ambigüedades y tenía conceptos que daban lugar a múltiples interpretaciones (Torres, 2004).

En el año 2000 la Resolución 939 del Ministerio de Salud constituye un avance sobre el anterior, al que modifica, porque explicita aún más las prestaciones a cubrir. Sin embargo, pese a que en sus fundamentos aducía basarse en la prevención, dar prioridad a los conceptos de atención primaria y la medicina basada en la evidencia, esto no pudo ser llevado a la práctica.

Luego de la crisis económica, el Decreto N° 486/02 declaró la Emergencia Sanitaria en todo el país y aprobó el PMOE, a través de la Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud. A partir de entonces, para la incorporación de prestaciones y servicios se deben respetar criterios de costo-efectividad y de medicina basada en la evidencia, con el fin de utilizar eficaz y eficientemente los recursos. Por lo tanto, las prestaciones a incluir dentro de la canasta deberían variar periódicamente según la información científ-

fica, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos.

El PMOE está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención sino, fundamentalmente, como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas y de reforzar los programas de prevención. Entre los programas incluidos en el PMOE se encuentran el Plan Materno Infantil, la Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad, los Programas de prevención de cánceres femeninos, Odontología preventiva y Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Dentro de la atención secundaria están incluidos las consultas médicas de especialidades reconocidas oficialmente; las prácticas de diagnóstico; los tratamientos de rehabilitación; otras prácticas ambulatorias (hemodiálisis, cuidados paliativos, etc.); las prótesis y ortesis; internación (100% de cobertura); salud mental; los traslados; los medicamentos (cobertura que varía entre el 40 y 100%), y las prestaciones de alto costo y baja incidencia (a través de la APE).

Fuente: Cetrángolo, Lima Quintana y San Martín (2007).

Hasta 1994 los aportes de cada trabajador eran destinados a financiar la Obra Social del gremio de su actividad, sin poder elegir otra institución. De esta manera la cobertura era homogénea dentro de cada obra social y diferente entre ellas, ya que dependía del salario promedio de la actividad laboral correspondiente y la cantidad de beneficiarios.

Con la libre elección se inicia la salida del esquema de solidaridad institucional que había prevalecido hasta entonces ya que, debido a la forma en que se implementó, cada beneficiario puede ejercerla mediante la reasignación de su propio aporte y no el ingreso promedio de la obra social de origen (lo que habría mantenido el esquema anterior) ni el del sistema en su conjunto (lo que habría derivado en mayor solidaridad).

Como resultado, se verificó que Obras Sociales en las cuales se combinaba un importante número de pasivos y una diferencia marcada de niveles de ingreso (Ferroviarios, Seguros, Bancarios, etc.), se quedaron con aquellos beneficiarios de menor aporte y mayor riesgo de enfermar, provocando la imposibilidad de su sostenimiento (Torres, 2004).

En consecuencia, subsisten diferencias importantes en el acceso y calidad de servicios que reciben los beneficiarios según la Obra Social a la que pertenecen y su lugar de residencia. Por otra parte, y debido a la posibilidad de brindar planes suplementarios al PMO y la utilización de los aportes obligatorios como parte de la cuota a un prepago (en Obras Sociales que derivan los beneficiarios), la cobertura al interior de cada obra social comenzó a depender de las cuotas suplementarias que pagan sus afiliados, lo que empeora aún más la solidaridad dentro de cada entidad.

III. 3. 2. Las Obras Sociales Provinciales

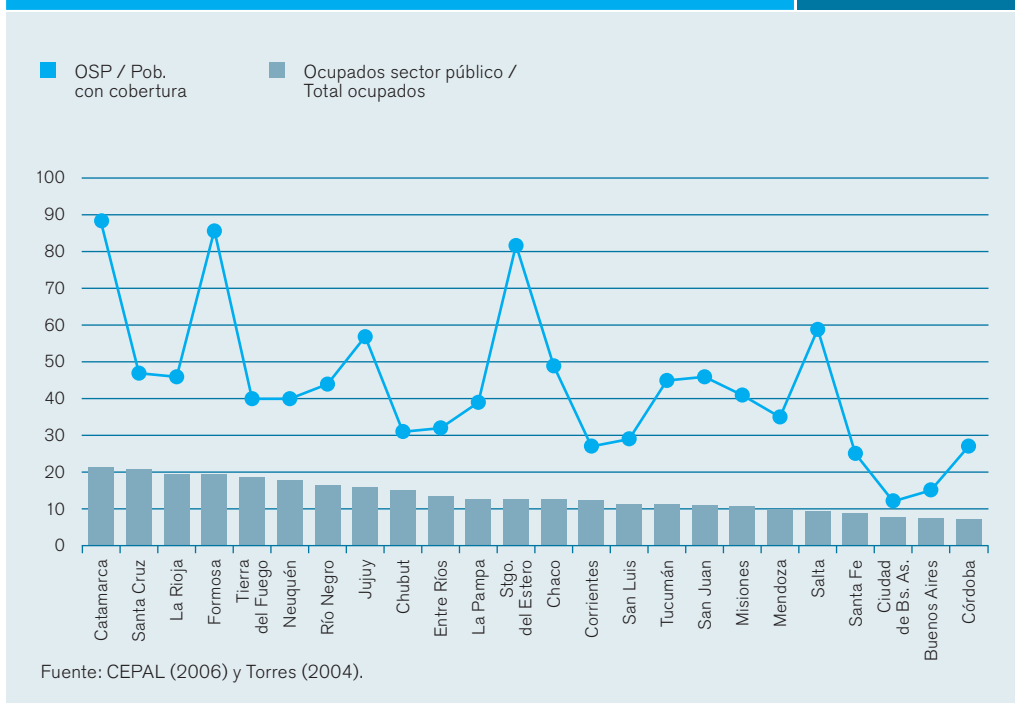
Además de las Obras Sociales Nacionales, integran la seguridad social las Obras Sociales Provinciales (OSP), que no conforman un sistema articulado y no son reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud²⁸. Se estima que sus beneficiarios son 5,5 millones y constituyen un actor relevante en el funcionamiento del sistema de salud de nuestro país, a pesar de haber tenido un lugar secundario en interés respecto a las Obras Sociales Nacionales. Este papel se ha visto resaltado a partir del proceso de descentralización del subsector público de salud, dada la

cantidad de beneficiarios y el monto de recursos de las OSP en cada distrito. La importancia de las OSP en materia de población cubierta y nivel de gasto es tan grande que las convierte en posibles ejes de una estrategia que intente articular los sistemas provinciales alrededor de seguros a su cargo²⁹.

En su conformación como entidades autárquicas es posible afirmar que las OSP han buscado, en, brindar atención de salud a los agentes de las administraciones públicas provinciales y los grupos familiares respectivos, a los que cubren obligatoriamente. Se financian con aportes de los afiliados y contribuciones del estado provincial que, en la mayoría de los casos, se ubican en los rangos de 3-5% y del 4-6%, respectivamente. De la misma manera, brindan atención a los jubilados y pensionados provinciales (con aportes entre 1 y 6,4%), mientras que existen casos en los que se presta cobertura a empleados municipales, docentes del sector privado y personal de las Universidades Nacionales (mediante convenios de adhesión), además cuentan con la posibilidad de incorporar afiliados voluntarios o adherentes particulares.

La fuente principal de ingresos de las OSP es la constituida por los aportes y contribuciones, mientras que según los casos, los copagos por parte de los afiliados y personas a cargo (beneficiarios) juegan un rol no menor. Otro ingreso (no permanente) es el de las transferencias de los gobiernos provinciales para cubrir déficits financieros³⁰.

Algunas provincias de bajo desarrollo económico muestran un promedio de cobertura a través de seguros por encima del promedio nacional, debido, seguramente, al peso relativo del empleo público. Por ejemplo, en Catamarca la cobertura de seguros de salud es de 55%, pero el 88% de la misma corresponde a la Obra Social Provincial. Santiago del Estero y Formosa son las dos provincias con menor cobertura de seguro de salud (36% y 34% respectivamente) y la proporción de asegurados por las Obras Sociales Provinciales se cuenta entre las más elevadas (82% y 86% en cada caso). En el gráfico N° 5 se puede comprobar que cinco provincias tienen más de la mitad de cobertura de seguros en manos de las OSP (Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero, Salta y Jujuy), lo que indica la presencia excluyente del sector público dentro del empleo formal. Ello no se traduce en altas participaciones del empleo público en el total de ocupados por la importancia del trabajo no registrado en esas mismas jurisdicciones.



III. 3. 3. El aseguramiento de los pasivos

La cobertura de prestaciones médicas para los jubilados fue institucionalizada a partir de la Ley N° 19.032 de 1971. Desde su creación, como Persona Jurídica de Derecho Público no Estatal el Programa de Atención Médica Integrada (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) ha estado intervenido en numerosas oportunidades y cambiado de órbita entre el Ministerio de Salud (Decreto 486/2002) y el Ministerio de Desarrollo Social. Los recursos para su financiamiento provienen de los aportes (3%) y contribuciones (2%) de la remuneración de los trabajadores formales activos y de los aportes de los pasivos (3 – 6%) según el

monto de los haberes percibidos. También los aportes del Tesoro Nacional han sido una importante fuente de financiamiento. Los beneficiarios del PAMI pueden ser las personas titulares de un beneficio de jubilación o pensión del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP)³¹, los veteranos de guerra, los mayores de 70 años y los familiares a cargo. A partir de 1995 (Decreto N° 292) los beneficiarios de PAMI, jubilados y pensionados y sus grupos familiares, pueden elegir otro agente de seguro entre los que se inscriban en el Registro de receptores de beneficiarios jubilados y pensionados y se establecen los valores a transferir, mensualmente, por beneficiarios al agente del seguro seleccionado. Estos valores se han ido actualizando desde el inicio de la libertad de elección de acuerdo al detalle del siguiente cuadro.

Valores de transferencia por beneficiarios del PAMI a otros seguros

CUADRO 7

	1995	2004	2006	2007	2008	2010
60 años y más	36					
40 a 59 años	19					
menos de 40 años	12					
Sin discriminar edad		51,50	61,40	81	91,50	148

Fuente: Decreto 292/95 y Resolución conjunta 128/2010; 274/2010 y 428/2010.

Población mayor de 65 años y cobertura de PAMI

CUADRO 8

Provincia	Mayores de 65 años	PAMI	% de Mayores de 65 años	PAMI/ Mayores de 65
CABA	478.445	387.329	17%	81%
Buenos Aires	1.461.118	1.374.165	11%	94%
Catamarca	24.128	17.062	7%	71%
Chaco	60.416	59.357	6%	98%
Chubut	27.268	28.677	7%	105%
Córdoba	325.662	313.168	11%	96%
Corrientes	64.002	56.984	7%	89%
Entre Ríos	109.987	108.482	9%	99%
Formosa	27.099	14.885	6%	55%
Jujuy	36.317	37.461	6%	103%
La Pampa	29.647	26.174	10%	88%
La Rioja	18.867	14.004	7%	74%
Mendoza	148.404	129.126	9%	87%
Misiones	52.288	49.404	5%	94%
Neuquén	24.871	22.423	5%	90%
Río Negro	39.593	38.090	7%	96%
Salta	65.024	61.403	6%	94%
San Juan	49.135	43.081	8%	88%
San Luis	28.432	22.180	8%	78%
Santa Cruz	10.143	10.331	5%	102%
Santa Fe	347.204	344.305	12%	99%
S. del Estero	56.841	53.940	7%	95%
T. del Fuego	2.963	2.609	3%	88%
Tucumán	99.766	96.846	7%	97%
Total	3.587.620	3.311.486	100%	92%

Fuente: INDEC CENSO 2001, SSSalud, PAMI- Año 2002.

Teniendo en cuenta la notable expansión del sistema previsional argentino, el PAMI da cobertura a un elevado porcentaje de la población perteneciente al grupo de edad de 65 años y más. Esto implica una excepción a la situación de los restantes países de la región que, frente al fuerte cambio demográfico que está ocurriendo, presentan una escasa cobertura de la seguridad social para ese grupo etáreo. El PAMI es la obra social con mayor número de beneficiarios en el país. Cuenta con algo más de 3,3 millones de beneficiarios que residen en todas las jurisdicciones del país y un presupuesto que ronda los \$7.500 millones y el 0,73% del PIB (2008).

En el cuadro N° 8 se presenta la población beneficiaria del PAMI en cada jurisdicción y, con el objeto de tener un indicador de su importancia en cada provincia, la relación entre beneficiarios del PAMI y la población mayor de 65 años. Este indicador brinda una idea aproximada de la presencia del instituto en cada jurisdicción ya que, a pesar de haber comenzado siendo una obra social que atendía a la población de mayor edad, hoy el 30% de los afiliados son menores de 65 años³².

III. 3. 4. El sector privado

El sector privado en salud es importante tanto desde el punto de vista sanitario como también el económico. Está conformado principalmente, por los prestadores de servicios médico asistenciales, los financiadores o empresas de seguros médicos, laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias y centros de diagnósticos además de las instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas que se desempeñan en el sector.

Dentro del sector privado asegurador hay organizaciones y planes asistenciales de características muy diversas aunque, en términos generales y particularmente en las grandes ciudades, se orientan a la población de mayores ingresos. Las aseguradoras privadas o empresas de medicina prepaga pueden ser sociedades comerciales, asociaciones civiles con o sin fin de lucro, fundaciones que actúan en la órbita de la Inspección General de Justicia (IGJ) y mutuales o cooperativas bajo la órbita del Instituto Nacional de Acción Cooperativa y Mutual (INACYM).

Estas empresas han sido reguladas a partir de la sanción de la Ley N° 26.682 de Medicina Prepaga (recuadro 2). Actualmente está vigente la Ley N° 24.754 que obliga a las prepagas a garantizar una cobertura igual a la vigente para las Obras Sociales

Nacionales (PMOE), y las establecidas por la Ley N° 24.455, que las obliga a cubrir los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de los pacientes afectados HIV/SIDA y de los que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes.

La Ley N° 26.682 de Medicina Prepaga

RECUADRO 2

Después de muchos años de debates, y de manera simultánea a la redacción del presente documento, fue sancionada la Ley N° 26.682 que brinda un marco regulatorio a la actividad de las empresas privadas de seguros médicos. La ley se refiere a las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud (ASS), pero excluye a las obras sociales sindicales, cooperativas y mutuales, asociaciones civiles y fundaciones, que están comprendidas en otras normativas.

A continuación se destacan las principales cláusulas de dicha ley:

- Las empresas de medicina prepaga están ahora obligadas a cubrir planes de cobertura médico-asistencial, el Programa

Médico Obligatorio (PMO) y el sistema con prestaciones básicas para personas con discapacidad.

- No se podrán incluir períodos de carencia en los contratos con el afiliado para todas aquellas prestaciones que se incluyan en el PMO.
- Las prestaciones no podrán ser inferiores al PMO de las obras sociales sindicales.
- Los contratos deben ser autorizados por el Ministerio de Salud y los afiliados podrán rescindir el contrato en cualquier momento sin límite ni penalidad alguna.
- A los mayores de 65 años con al menos diez años de antigüedad en la cobertura no se le puede aumentar la cuota.
- No se puede rechazar a nadie por la edad ni por enfermedades preexistentes.
- Habrá un mecanismo por el cual el Gobierno autorice el aumento o no de la cuota.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del texto de la ley.

El número total de empresas de medicina prepaga se desconoce ya que no existe un registro oficial, pero se estiman en alrededor de 300 entidades con una gran concentración en Capital Federal y Gran Buenos Aires. Relacionado con el sector privado prestador, se registran aproximadamente 10.000 establecimientos, con y sin internación, que representan algo más del 60% sobre el total sectorial³³. La mayoría de clínicas y sanatorios y los centros de diagnóstico son pequeñas y medianas empresas con fines de lucro, intensivas en recursos humanos especializados y, por lo tanto, generadoras de empleo (aproximadamente 390.000 puestos de los cuales 252.000 se encuentran en relación de dependencia formal).

Es conveniente distinguir entre los pequeños establecimientos originados como ampliaciones

de la práctica de uno o más profesionales de los grandes sanatorios que funcionan como empresas de salud destinadas a las poblaciones de mayores ingresos, en particular en las grandes ciudades (Mera y Bello, 2003). Estas diferencias se observan también en la existencia de diferentes cámaras. Los establecimientos sin fines de lucro representados por grandes hospitales privados de comunidades extranjeras se encuentran agrupados en ACAMI mientras que las principales clínicas y sanatorios con fines de lucro, de las grandes ciudades, se asocian en ADECRA (800 establecimientos), y la mayoría de los centros medianos y pequeños de todo el país lo hacen en CAES – CONFELISA (aproximadamente 1.200 establecimientos con fines de lucro, 30 camas

como promedio por establecimiento y formas societarias diferentes en su aspecto jurídico). En la actualidad, cada prestador contrata libremente con los financiadores y, generalmente, tanto la modalidad de contratación como los valores, son negociados entre las partes.

Hasta aquí no se ha prestado especial atención a la producción de medicamentos y nuevas tecnologías del cuidado de la salud, aspectos que hacen mucho más complejo el funcionamiento de estos mercados. Aún cuando su análisis debe ser objeto de estudios específicos que exceden los alcances del presente documento, se ha decidido finalizar esta sección sobre el sector privado de la salud con una mención introductoria a ellos.

La oferta y demanda de medicamentos están en permanente cambio debido, al avance técnico que implica nuevos medicamentos para tratamiento de patologías conocidas y frecuentes y las respuestas a nuevas patologías, así como también a la aparición de medicamentos más costosos. En el caso argentino, un panorama sobre la oferta de medicamentos debe considerar además la normativa sobre patentes y su impacto sobre el mercado.

En casi todos los países, la provisión es privada y responde, preponderantemente, a incentivos económicos. Argentina tiene una tradición de producción local muy relevante, con una fuerte participación de empresas nacionales. Sin embargo, durante los últimos años la mundialización de los mercados ha significado cambios organizativos, en parte vinculados con la mayor transnacionalización de las empresas locales y un mejor aprovechamiento de su posición previa en los mercados.

El acceso a medicamentos es una variable altamente dependiente del ingreso de los hogares en Argentina. Esto es así tanto respecto de la financiación sectorial en general como de los medicamentos en particular. Solo una parte de la población está cubierta por algún sistema que le proporciona medicamentos; de este modo, una parte sustancial del gasto en este rubro es afrontada por las familias mediante pagos de bolsillo. En 2007, según datos de la OMS, el gasto privado representaba el 4,92% del PIB (48,2% del total del gasto sectorial). De este total se estima que los pagos directos alcanzaban una proporción de 3,46% del PIB, dentro de los cuales el gasto en medicamentos rondaba el 65%. Además, estudios anteriores demostraban que el 73% del gasto en medicamentos era cubierto por los hogares (Remediar, 2006).

Esta situación resulta aún más grave si se considera el peso de los medicamentos en el gasto total en salud de las familias: las de menores ingresos destinaban más del 65% a la compra de medicamentos, mientras que para las más ricas esta representaba solo el 25% del total gastado en salud, un número absoluto al mismo tiempo sustancialmente mayor (González García, De la Puente y Tarragona, 2005).

Tal vez, una de las áreas de intervención de mayor impacto durante los últimos años haya sido la cobertura de medicamentos. Entre las acciones llevadas a cabo por el Gobierno Nacional durante la última década, relacionadas con el acceso a los medicamentos, se destacan la Ley de Medicamentos Genéricos, la provisión gratuita de medicamentos esenciales y el programa médico obligatorio de emergencia, así como también la prescripción de medicamentos por nombre genérico, el formulario terapéutico y los precios de referencia, la política de medicamentos antirretrovirales, la producción estatal de medicamentos y la flexibilización arancelaria a bienes e insumos críticos para la producción de medicamentos.

III. 4. Oferta de servicios

Son muchos los elementos que deben ser incorporados a este diagnóstico sobre la cobertura y organización de los servicios de salud en Argentina. En un intento por cerrar este capítulo con una visión agregada, se ofrecerán algunos comentarios e información referida a la oferta de servicios en las diferentes provincias argentinas. Esta puede ser descripta, en forma sintética, a partir de los indicadores más convencionales de médicos por habitantes, habitantes por cama y su combinación, los médicos por cama en cada provincia, considerando la totalidad de la oferta a cargo de los subsectores público, seguridad social y privado.

En primer lugar, sorprende el nivel de los indicadores de médicos por habitante, demasiado elevado de acuerdo con los estándares internacionales. Ello puede ser leído como muestra y a la vez resultado de los problemas de eficiencia en el sector. Por un lado, la múltiple cobertura tiene su reflejo en un uso ineficiente de los recursos humanos, por el otro, y vinculado con lo anterior, la falta de patrones claros en la política de recursos humanos del sector, así como la puja distributiva

hacia el interior del gremio médico, determina una variedad de especialidades que atenta contra un uso adecuado de los recursos humanos.

Por lo tanto, la heterogeneidad en la distribución de los recursos físicos y humanos en las provincias es otro rasgo distintivo de la organización del sistema de salud. Los datos disponibles³⁴ permiten afirmar que existe un número creciente de habitantes por médico a medida que nos trasladamos hacia provincias de menor desarrollo relativo, a excepción del grupo de provincias patagónicas debido a características propias de esa región (escasa densidad poblacional). Lo mismo se observa al poner la atención sobre la cantidad de médicos

por cama, que desciende a medida que pasamos a provincias de menor desarrollo relativo.

Esta situación da cuenta de las diferencias en el acceso a servicios según el lugar de residencia de la población, que puede agravarse debido a que el número de médicos por habitante no explica suficientemente el grado de acceso a los diversos servicios asistenciales. Cabe aclarar que la disponibilidad de servicios de salud requiere un uso intensivo en recursos humanos especializados y de formación muy diversa que es necesario garantizar dado que resulta casi imposible sustituir recursos o alterar la participación de las distintas especialidades asistenciales.

Recursos físicos y humanos por provincia

CUADRO 9

Provincia	Población 2010	%	Médicos	%	Hab / Med	Camas	Hab / camas	Médicos / cama
CABA	2.891.082	7	30.696	25	94	21.944	132	1,4
Buenos Aires	15.594.428	39	36.931	31	422	51.517	303	0,7
Catamarca	367.820	1	669	1	550	1.470	250	0,5
Chaco	1.053.466	3	1.732	1	608	3.537	298	0,5
Chubut	506.668	1	959	1	528	2.148	236	0,4
Córdoba	3.304.825	8	13.532	11	244	17.718	187	0,8
Corrientes	993.338	2	2.215	2	448	3.525	282	0,6
Entre Ríos	1.236.300	3	2.383	2	519	6.751	183	0,4
Formosa	527.895	1	719	1	734	1.680	314	0,4
Jujuy	672.260	2	1.145	1	587	2.823	238	0,4
La Pampa	316.940	1	695	1	456	1.179	269	0,6
La Rioja	331.847	1	775	1	428	1.260	263	0,6
Mendoza	1.741.610	4	4.478	4	389	4.142	420	1,1
Misiones	1.097.829	3	1.446	1	759	3.125	351	0,5
Neuquén	550.344	1	1.308	1	421	1.660	332	0,8
Río Negro	633.374	2	1.432	1	442	1.930	328	0,7
Salta	1.215.207	3	2.159	2	563	3.805	319	0,6
San Juan	680.427	2	1.551	1	439	1.742	391	0,9
San Luis	431.588	1	929	1	465	1.218	354	0,8
Santa Cruz	272.524	1	493	0	553	1.041	262	0,5
Santa Fe	3.200.736	8	9.469	8	338	11.011	291	0,9
S. del Estero	896.461	2	1.267	1	708	3.033	296	0,4
T. del Fuego	126.190	4	336	0	376	286	441	1,2
Tucumán	1.448.200	0	3.757	3	385	4.520	320	0,8
Total	40.091.359	100	121.076	100	331	153.065	262	0,8

Fuente: Censo 2010, Médicos, 2001 en Abramzon (2005), camas 2000 en Indicadores Básicos, OPS-MS (2009).

Finalmente, es necesario destacar que el sistema público de atención de la salud se organiza bajo un esquema complejo, ineficiente y muy diverso entre provincias. Se hace cargo, en forma prácticamente exclusiva, de las tareas relacionadas con la prevención, atención de enfermos crónicos, internación psiquiátrica, enfermedades infecto contagiosas, quemados, etcétera, y sostiene una red de servicios de urgencia y atención básica, cubriendo geográficamente todo el país. Como se ha dicho, teniendo en consideración la organización institucional federal del país, una proporción importante de los recursos de atención de este subsector se concentra en los niveles provincial y municipal de gobierno. Por otra parte, la oferta asistencial responde, además de a la disponibilidad de insumos y tecnología, a la política y estrategia de los colegios profesionales que cumplen funciones de autorregulación de sus prácticas.

En síntesis, si bien el Ministerio de Salud de la Nación es responsable de acciones vinculadas con la planificación y coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales, de las acciones que tiendan a implementar un sistema federal de salud, así como la articulación y complementación entre los servicios públicos de salud con la seguridad social y el sector privado, como se ha mencionado previamente, los lineamientos del nivel nacional tienen valor indicativo. Los gobiernos provinciales tienen total autonomía en materia de políticas de salud y son responsables de la provisión de servicios. Más aún, no se cuenta con la definición explícita de un plan básico de prestaciones en ninguna de las provincias y el acceso a las prestaciones de salud de la población depende de la capacidad de producción y distribución de bienes y servicios

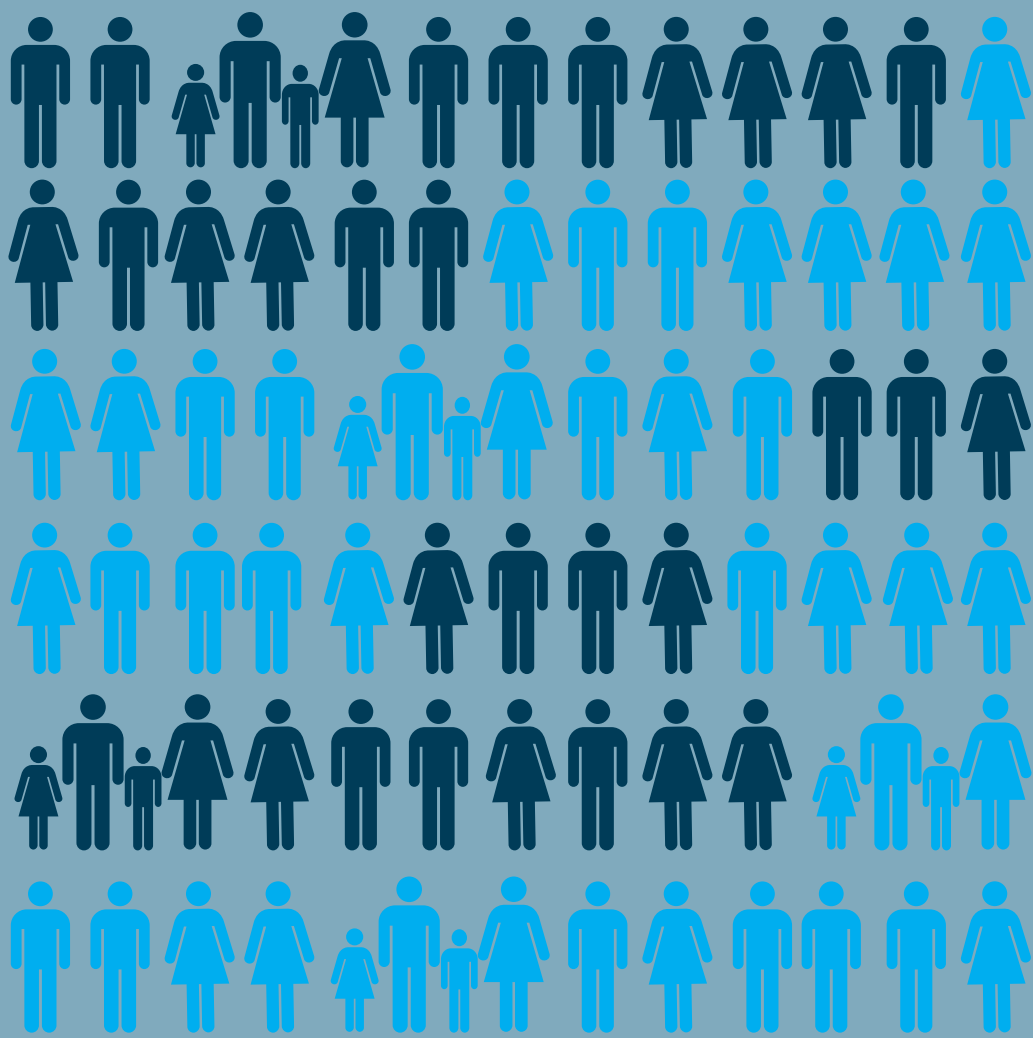
de los gobiernos provinciales³⁵, de la estructura física, del equipamiento disponible, de la dotación de sus recursos humanos especializados y de la capacidad de gestión.

El Ministerio de Salud de la Nación sólo cumple una función de orientación técnica y concertación de políticas federales, y, salvo pocas excepciones, no administra efectores en forma directa. Las principales decisiones sanitarias son tomadas por las autoridades provinciales y por entidades privadas y de la seguridad social. La matriculación de profesionales, habilitación de establecimientos y control bromatológico se encuentran en las órbitas provinciales y se rigen por leyes distintas en cada una de ellas. En muchas provincias la matriculación de profesionales ha sido delegada por ley a organizaciones deontológicas no gubernamentales (colegios).

Otra parte de las funciones comprendidas dentro del poder de policía sanitaria, están concentradas desde 1992 en la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT). La ANMAT es un ente descentralizado y autárquico que tiene a su cargo el contralor bromatológico de alimentos, la fiscalización del Código Alimentario, la autorización de nuevos productos farmacéuticos y la autorización de importaciones para dispositivos de uso médico.

Las tareas de investigación epidemiológica, producción de algunas vacunas y sueros, y control de calidad de antimicrobianos y agentes inmunizantes, corresponden a la Administración Nacional de Laboratorios de Investigación en Salud (ANLIS). La ANLIS es otro ente descentralizado y autárquico, del que dependen los Institutos Malbrán, Fatała Chavén, de Virología de Pergamino, Jara de Mar del Plata y Coni de Santa Fe.

IV.



GASTO EN SALUD, FRAGMENTACIÓN Y EQUIDAD

IV. 1. Nivel del gasto y fragmentación institucional

Los recursos destinados al financiamiento del sector salud no son nada despreciables. De acuerdo con los últimos datos disponibles, el gasto total en salud era superior al 10% del PIB en 2008, siendo su estructura la que se presenta en el cuadro que sigue.

En comparación con otros países de la región se observa que los niveles de gasto resultan elevados. Ello responde, principalmente, a la casi universalidad de la cobertura y a la multiplicidad de cobertura para una proporción importante de la población. De todos modos, cerca de la mitad

de esos recursos son gasto privado directo³⁶ y, obviamente, no se integran al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumplen funciones redistributivas. Adicionalmente, alrededor de la mitad del resto queda en manos de instituciones “sin fines de lucro”, pero con motivaciones difusas con esquemas redistributivos en retroceso y solo parcialmente reguladas (las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social).

Los datos comentados surgen de la suma de información proveniente de registros contables (sector público y seguridad social) y una estimación de gasto privado elaborada por la OMS. En el gráfico N° 6 se presenta la información relativa a los primeros dos componentes como porcentaje del PIB. Allí se observa la evolución pareja que han tenido ambas medidas, que si bien disminuyen con la crisis de 2001/2002, retomando luego paulatinamente participación con relación al producto.

Precisamente, resulta interesante remarcar el impacto que ha tenido la crisis económica de 2001/2002 sobre la evolución del sistema y el poder adquisitivo real del gasto en salud. Como se desprende del gráfico, recién en 2008 el gasto público y en seguridad social recupera y sobrepasa los niveles vigentes en 2001. Ello obedece, fundamentalmente, a la relación entre las variaciones del producto y los salarios reales, que constituyen una componente fundamental del gasto en público en salud y, a su vez, determinan el financiamiento de la seguridad social, que proviene de cargas salariales.

En relación con la estructura del subtotal del gasto público y en seguridad social, se destaca la mayor importancia de la seguridad social. Al respecto, debe notarse que existe cierta confusión acerca de los alcances del gasto público en salud, ya que a veces se considera la totalidad del gasto en seguridad social como público. En realidad, y más allá del carácter compulsivo de los aportes, solo pertenecen a la órbita de instituciones públicas el PAMI, las Obras Sociales Provinciales y la porción de aportes a las Obras Sociales Nacionales que financian el Fondo Solidario de Redistribución. El resto debe ser considerado como gasto de organizaciones privadas sin fines de lucro.³⁷

Gasto en salud en Argentina 2008 Como % del PIB y estructura porcentual

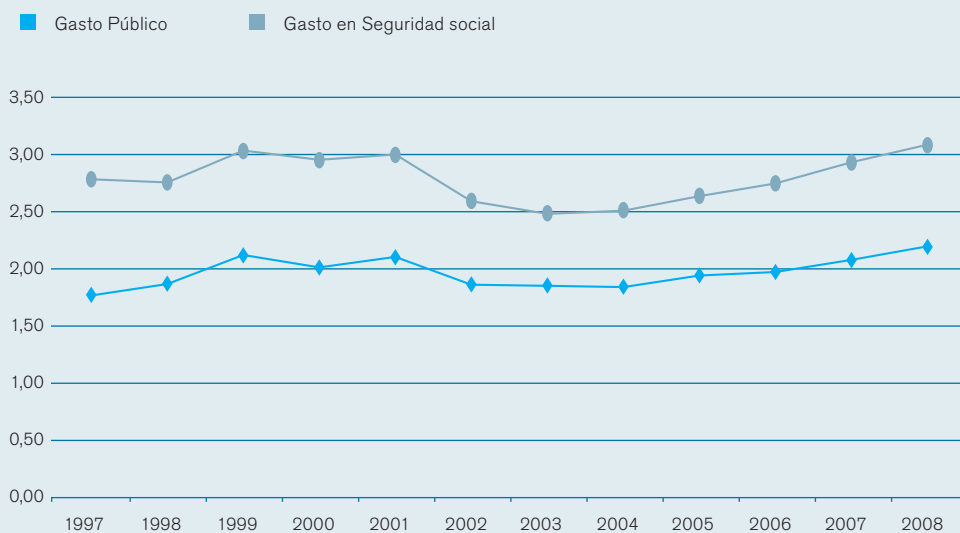
CUADRO 10

	% PIB	Estructura %
Gasto en Salud Público (1)	2,19	21,48
Nacional	0,34	
Provincial	1,52	
Municipal	0,33	
Gasto en Seguridad social en Salud (2)	3,09	30,27
Obras Sociales Nacionales	1,59	
INSSJyP	0,75	
Obras Sociales Provinciales	0,74	
Subtotal Público y Seguridad social (1) + (2)	5,28	51,75
Gasto en Salud Privado (3)	4,92	48,25
Total Gasto en Salud (1) + (2) + (3)	10,20	100,00

Fuente: Gasto público y Seguridad social: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica. Gasto privado: Estimaciones de la OMS del Global Health Observatory.

Gasto público y en seguridad social en salud, 1997-2008 Como % del PIB

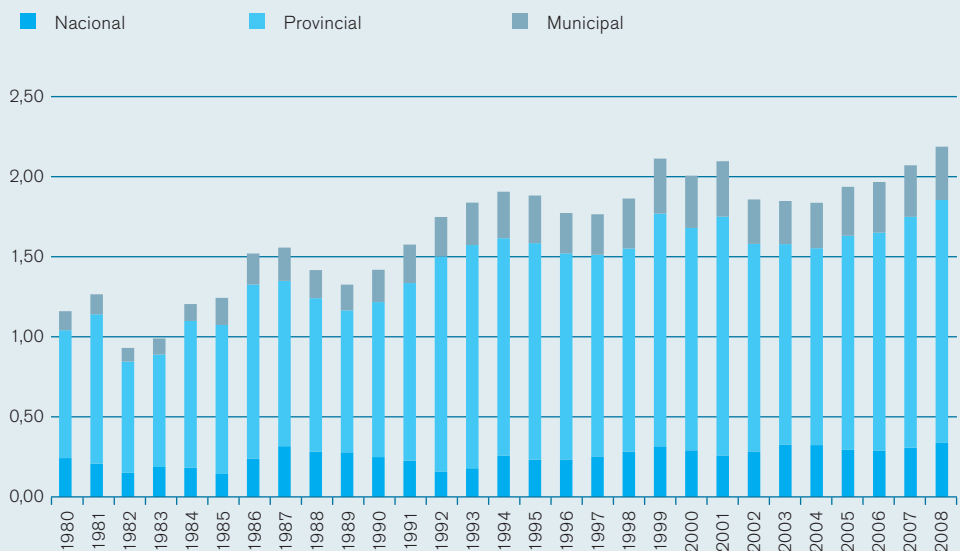
GRÁFICO 6



Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica.

Gasto público en salud por nivel de gobierno, 1980-2008 Como % del PIB

GRÁFICO 7

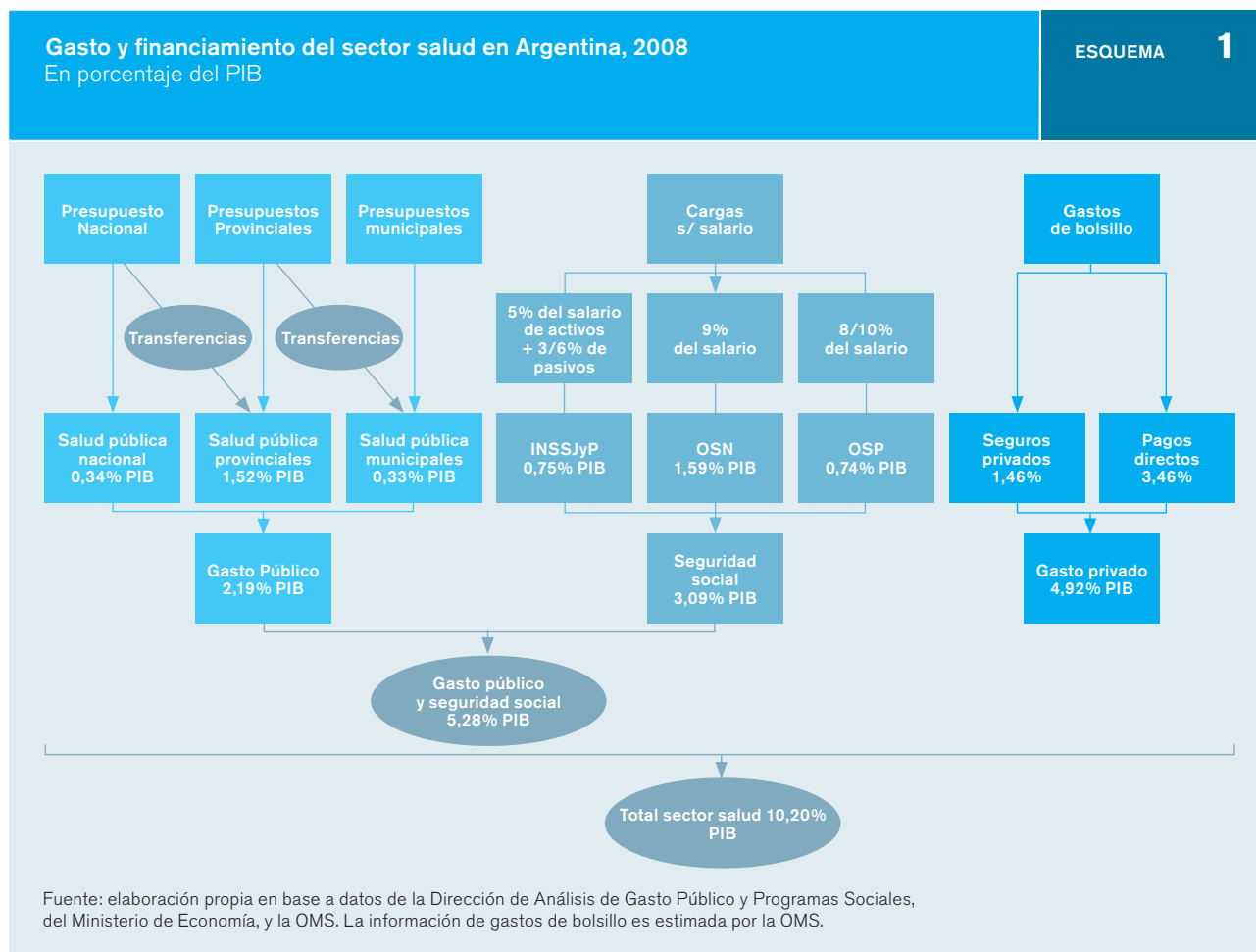


Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica.

Al interior del gasto público, se observa que las provincias tienen el mayor peso relativo, lo que deviene como resultado del proceso de descentralización (devolución) del gasto público previamente comentado. Dentro de los presupuestos provinciales, el destino más importante corresponde al funcionamiento de los hospitales mientras que el Estado Nacional financia organismos descentralizados (con funciones de provisión directa de servicios de salud) y programas. En efecto, según se desprende del gráfico N° 7 el gasto público provincial en salud absorbe en promedio entre 1990 y 2008 más del 70% del gasto público del sector. Contrariamente, sobresale la escasa participación que detenta el nivel nacional de gobierno (14,3%), que insueme una proporción del gasto público en salud inferior a la registrada en promedio por los gobiernos municipales en el mismo período (15,3%), si bien la participación del gasto

nacional creció entre los años 2003 y 2004 (pasando del 15% al 18%) en detrimento del gasto provincial, que se redujo del 70% al 67%. A modo de síntesis, el siguiente diagrama permite una visión comprehensiva de la organización institucional del gasto y financiamiento de la salud en Argentina.

Existen otros gastos relacionados con los servicios médico-asistenciales que tradicionalmente no se incorporan en la estimación del gasto total en salud. Algunos de estos gastos corresponden al sistema de protección por accidentes de trabajo, otros se relacionan con la adquisición de seguros transitorios o asistencia durante viajes y traslados y, existen también, coberturas complementarias en algunos seguros de vida. En el recuadro 3 se presentan algunos aspectos relacionados con el sistema de protección contra accidentes laborales por tratarse de un seguro obligatorio que conforma la seguridad social.



Argentina tuvo su primera ley de accidentes de trabajo en 1915 que, con sucesivas modificaciones, estuvo en vigor hasta la sanción de la Ley N° 24.557, Ley de Riesgos del Trabajo (LRT), que en julio de 1996 cambió el modelo de responsabilidad individual y de seguro voluntario por un régimen de responsabilidad colectiva y seguro obligatorio administrado privadamente. Como ámbito de aplicación de la Ley, están incluidos en forma obligatoria, los sectores públicos a escala nacional, provincial y municipal, los trabajadores del sector privado con relación de dependencia, las personas obligadas a prestar un servicio de carga pública y otros que aún no se han incorporado. Actualmente es obligatorio, para todos los empleadores, afiliarse a una Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) o acreditar los requisitos para autoasegurarse ante la Superintendencia de Seguros de la Nación.

El sistema de riesgos del trabajo, como componente del Sistema de Seguridad Social, tiene como objetivo reducir la siniestralidad en el trabajo a través de la prevención de riesgos en la actividad laboral y, también, reparar los daños derivados de accidentes de trabajo y de enfermedades profesionales.

El Sistema de Riesgos del Trabajo brinda dos tipos de prestaciones:

- Prestaciones en dinero: de pago mensual, asignaciones familiares, contribuciones al sistema de seguridad social, indemnización de pago único y renta periódica.
- Prestaciones en servicios: asistencia médica y farmacéutica, prótesis y ortopedia, rehabilitación y servicio funerario.

Se considera accidente de trabajo a todo acontecimiento súbito y violento ocurrido por el hecho o en ocasión del trabajo

o en el trayecto entre el domicilio del trabajador y el lugar de trabajo y considera enfermedad profesional a la que se encuentre en el listado de enfermedades profesionales que el Poder Ejecutivo elabora y revisa anualmente.

El financiamiento de las prestaciones previstas se realiza a partir del pago mensual que los empleadores realizan a la ART escogida. El valor de la alícuota es libre, si bien debe reflejar la siniestralidad presunta, la siniestralidad efectiva y la permanencia del empleador en la misma ART. La cuota promedio según el tamaño del empleador muestra la relación inversa entre el valor de la cuota y la cantidad de trabajadores. De acuerdo a datos disponibles a marzo de 2010, el sector de actividad económica con cuota media más elevada es el sector agrario, con un valor promedio de 9,4% de la masa salarial del sector, seguido por el sector de la construcción con el 7,7%. Los sectores de Servicios sociales, Electricidad, gas y agua y Servicios financieros son los que registran la cuota más baja como porcentaje del salario, con un valor medio de 1,4%, 1,9% y 2,0%; respectivamente. El monto mensual recaudado, en ese período, fue de \$621.000.000, a partir de valores de cuotas cuyos extremos fueron \$234 como promedio por trabajador en el sector de Minas y canteras y \$40 por trabajador en Servicios sociales.

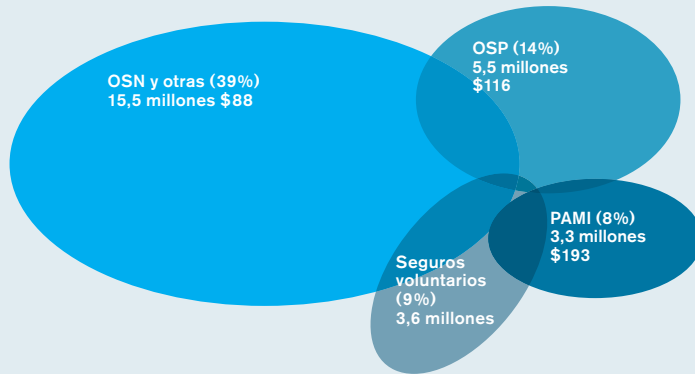
La gestión de las prestaciones está a cargo de entidades de derecho privado autorizadas por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT) y la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN).

A comienzos de 2010 la cobertura ascendió a 788.441 empleadores afiliados y 7.871.239 trabajadores. El sector de Servicios sociales es el de mayor participación, con un 40,83% del total de trabajadores, seguido por Comercio, restaurantes y hoteles con 15,5% e Industrias manufactureras con 14,7% del total.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo.

Porcentaje de población cubierta por tipo de institución y gasto promedio mensual, 2008

GRÁFICO 8



Sector público de salud: cubre la población total (40,1 millones). Gasto por habitante mensual: \$47.

Fuente: elaboración propia.

IV. 2. Fragmentación y conflicto distributivo

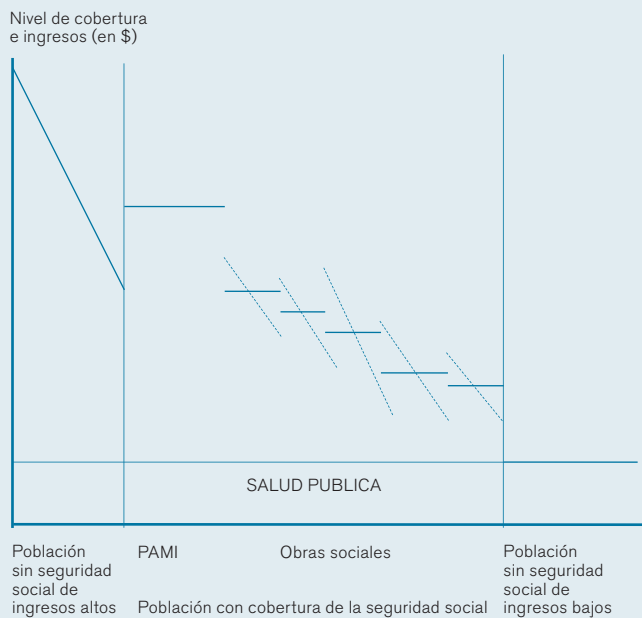
El esquema 1 mostró el elevado grado de fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina. En esta sección se argumentará que esa fragmentación es acompañada por una gran segmentación y desigualdad de derechos. El gráfico 8 ofrece una introducción al problema. Allí, el rectángulo representa a la población total; las áreas circulares dibujadas corresponden a la población cubierta por cada tipo de institución (en porcentaje del total de la población y en millones de beneficiarios)³⁸. En cada área se indica también el gasto promedio mensual por beneficiario. Allí se observa que, la población que únicamente tiene acceso a la salud pública (48% del total, de acuerdo con el Censo de 2001) contrasta con la superposición de coberturas, sobre la que, lamentablemente, no existen datos oficiales y actualizados (en ese gráfico se incluyen dentro de las obras sociales nacionales a los regímenes especiales como los de las fuerzas armadas, la policía, las universidades nacionales, el Poder Judicial y el Congreso de la Nación).

Un aspecto particular y de suma relevancia para ilustrar sobre los problemas de eficiencia refiere a la múltiple cobertura a que tienen acceso los habitantes del país. Para actuar sobre este problema, un obstáculo no menor se vincula con la ausencia de un diagnóstico razonable realizado sobre la base de información fidedigna y actualizada. Las mayores dificultades se encuentran en la actualización de las bases de datos de los beneficiarios de las OSP y los asociados a la medicina prepaga en forma voluntaria. Aunque durante los últimos años se ha mejorado el padrón de beneficiarios de las OSN aún persisten algunas dificultades relacionadas con la conformación de los grupos familiares de los titulares (trabajadores formales) y la doble cobertura.

Como se explicó, el mecanismo de redistribución implícito en la modalidad de financiamiento de la salud que había prevalecido en Argentina desde principios de los años setenta hasta los noventa tenía su rasgo característico en la afiliación compulsiva de cada trabajador y su familia a la institución de la seguridad social correspondiente a su rama de actividad. Los aportes guardaban relación con sus ingresos salariales

Fragmentación en la cobertura del sistema de salud argentino. Modelo previo a la desregulación

GRÁFICO 9



Fuente: Cetrángolo y Devoto (1997 y 2002).

y la cobertura era uniforme al interior de cada institución (y, por ende, de cada rama de actividad). En el gráfico N° 9 se ofrece una imagen estilizada (y, por lo tanto, incompleta) de este modelo de segmentación de coberturas³⁹. Allí, al presentar la cobertura teórica que tiene la población ordenada desde la más rica a la más pobre, se observa la existencia de una cobertura básica que, en teoría, es uniforme para toda la población del territorio con independencia de su nivel de ingreso (cuestión que será más adelante revisada). Los sectores de altos ingresos tienen acceso a la cobertura privada en función de sus propias capacidades; los mayores obtienen cobertura más elevada por parte del PAMI; los trabajadores en empleos formales y sus familias acceden a la cobertura que brindan las obras sociales (tanto nacionales como provinciales), y, finalmente, los sectores de menores recursos y fuera del universo del empleo formal obtienen su cobertura, fundamentalmente, del sector público. Las líneas punteadas intentan ilustrar, para cada obra social, la existencia de diferentes niveles de aportes y contribuciones desde los sectores de más altos ingresos hasta los de menores salarios de cada rama de actividad.

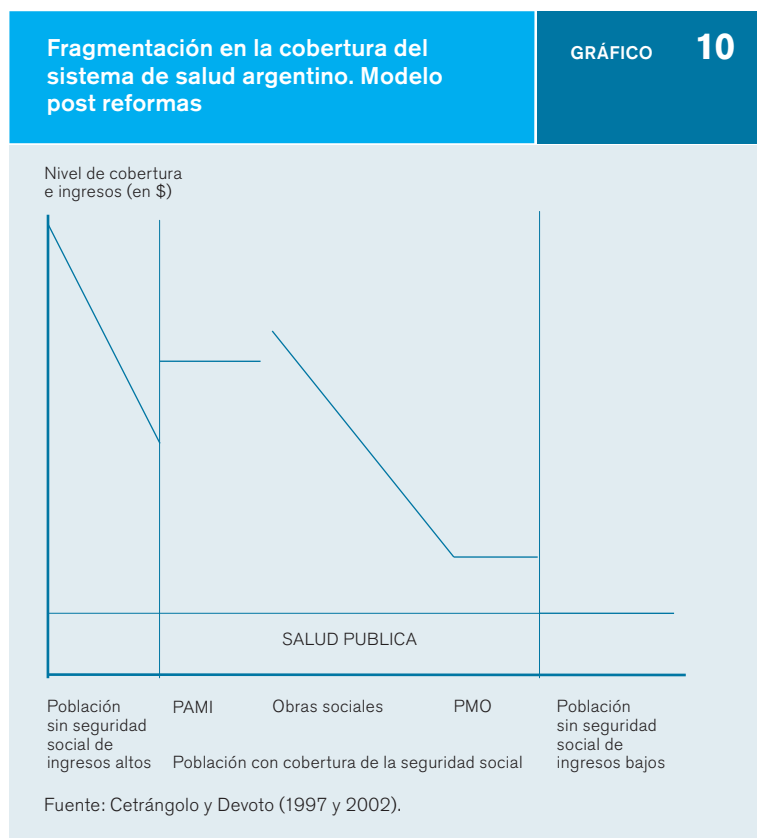
Poniendo el acento sobre los problemas de eficiencia derivados de la existencia de población cautiva en las obras sociales, a principios de los años noventa se pusieron en marcha algunas reformas importantes en el subsector de la seguridad social. De manera especial a través del Decreto N° 9 del año 1993 se impulsó un cambio importante en la concepción de la intervención pública en el sector. Se estableció la libre elección por parte de los beneficiarios de obras sociales sindicales, la cual se ejercería con los aportes y contribuciones del titular. Como resultado de otras reformas complementarias ya comentadas (planes diferenciales en cada obra social y obligación de asegurar el PMO, fundamentalmente) se terminó de definir un nuevo patrón distributivo, quedando sólo el aporte al Fondo Solidario de Redistribución como factor de solidaridad a través del financiamiento. Esta modificación en el criterio de financiamiento solidario sería equivalente a la devolución de una parte de las cargas de los trabajadores con mayores salarios para que adquieran el plan de salud que prefieran.

A partir del año 2002 se incrementaron los porcentajes de aportes a aquel Fondo, estableciéndolos entre el 10% y 20% pero con diferentes valores para las obras sociales de personal de dirección⁴⁰. Por otra parte, en 2006 (Decreto N° 1.901) se modificó la distribución de la recaudación del Fondo Solidario de Redistribución, que deja de cubrir una cápita uniforme y, en

su lugar, toma en consideración los diferentes costos según edad, sexo y nivel de ingreso. Se determinaron, en consecuencia, cápitas ajustadas por riesgo, según se presenta en el Cuadro N° 11, las que definen el subsidio que percibe el 40% de los titulares de menor contribución por grupo familiar. Como síntesis, el gráfico N° 10 trata de reflejar la nueva organización del sector.

Valores del Fondo solidario de redistribución					CUADRO 11	
Grupo de edad	Valores asignados					
	2006		2010		2011	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0-14	22	22	36	36	47	47
15-49	35	41	57	67	74	87
50-64	41	41	67	67	87	87
65 y más	91,50	91,50	148	148	192	192

Fuente: Decreto 1.901/06, 330/10 y 488/11.



En el siguiente cuadro se ofrece un resumen de las principales características de las diferentes instituciones públicas, seguridad social y privadas que proveen servicios para la atención

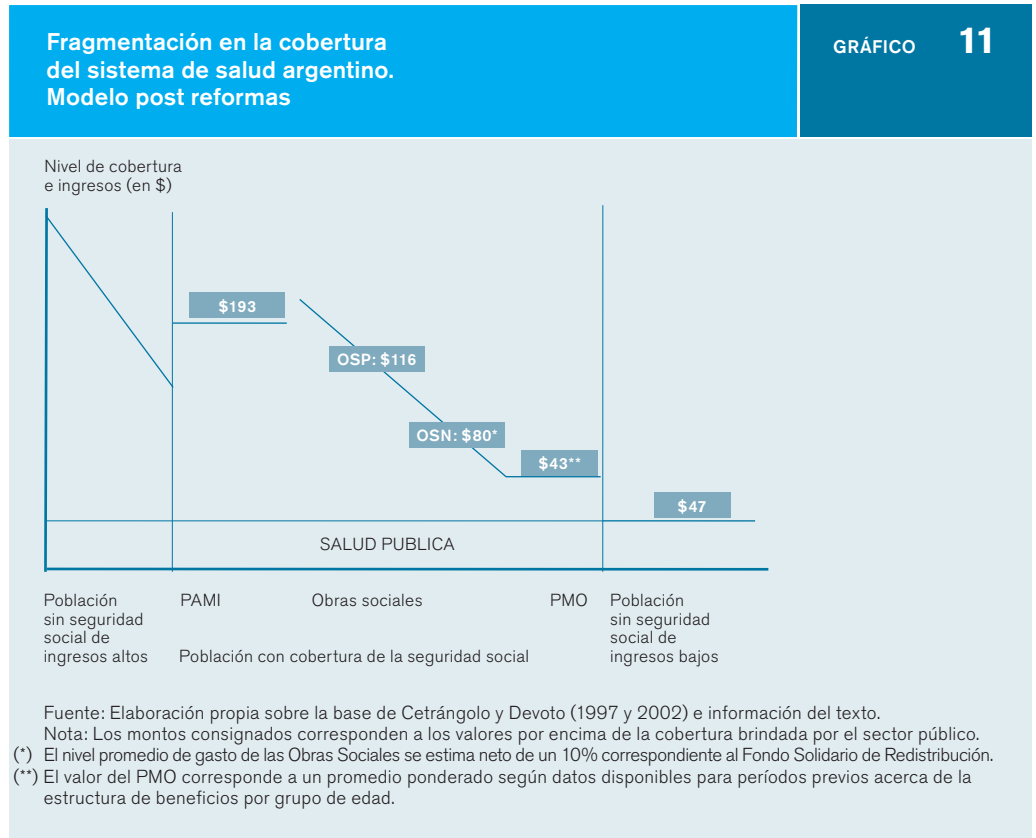
de la salud. Allí puede observarse con mayor detalle el acceso de la población a los servicios de salud y el gasto promedio según la cobertura de seguro.

Rasgos salientes de las diferentes instituciones proveedoras de seguros y servicios de salud					CUADRO 12
	Sector Gobierno	Obras Sociales Nacionales	INSSPyP (PAMI)	Obras Sociales Provinciales	Seguros Voluntarios
Población de referencia	Total de la población	Obligatorios: Trabajadores formales y familiares a cargo voluntarios: Adherentes y Jubilados	Jubilados y pensionados nacionales, cónyuges, hijos, otros.	Empleados Públicos provinciales y jubilados y familiares a cargo de las cajas provinciales.	Afiliados voluntarios*
Población	40.091.359	15.535.999	3.334.599	5.500.000	3.600.000
Población %	100%	39%	8%	14%	9%
Entidades Aseguradoras	Gobierno Nacional, Provincial y Municipal.	280	1 con 24 delegaciones provinciales	24 entidades provinciales	65 agrupadas en cámaras. Existen entre 200 y 300 muy pequeñas. 5 Empresas se reparten el 60% del mercado
Modo de financiamiento	Ingresos fiscales nacionales, provinciales y municipales. Recupero de Costos	Trabajadores 3% Empleadores 6% + co-pagos cuotas adherentes capita PAMI	Trabajadores: 3%. Empleadores: 2%. Pasivos: 3% al 6% +Tesoro + co-pagos	Aportes y Contribuciones de Empleadores y Trabajadores + Presupuestos Provinciales adherentes co-pagos.	Pago directo de los afiliados co-pagos
Gasto Mensual per Cápita (2008)	\$ 47	\$ 88	\$ 193	\$ 116	Sin información
Canasta de Prestaciones	Sin definición	PMOE	canasta propia	No existe paquete mínimo	PMOE
Prestación de Servicios	Hospitales Públicos + CAPS + Posta Sanitaria. En algunos casos sector Privado.	Pública y Privada, algunos efectores propios de las obras sociales.	Privada, pública y 2 policlínicos propios.	Privada, pública, algunos efectores propios.	Pública y Privada, algunos efectores propios de las EMPP.

Fuente: Elaboración propia.

Para concluir esta visión de la fragmentación institucional y de derechos imperante en el sistema de salud argentino, se reproduce el gráfico anterior introduciendo los valores de cada nivel

promedio de gasto mensual por tipo institucional en el año 2008. Los valores consignados para cada grupo de seguros son adicionales, para cada beneficiario, a la cobertura brindada por la salud pública.



V.



FRAGMENTACIÓN TERRITORIAL

V. 1. La situación en cada provincia a partir de datos socioeconómicos, de cobertura de seguros y epidemiológicos

La revisión de algunos indicadores a nivel provincial permite dar cuenta de las acuciantes disparidades que conviven en el territorio argentino. Téngase en cuenta, como introducción al tema, que las tres cuartas partes del producto del país es generado en solo cinco jurisdicciones (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza) y que el producto por habitante de la provincia de Santa Cruz es casi nueve veces el de Formosa. Estas disparidades se manifiestan de manera diferente en cada uno de los indicadores de desarrollo económico, social o político que se consulten. De manera particular, y teniendo en cuenta la relevancia para la salud de la población, el recuadro 4 presenta información con relación a la provisión de agua potable y desagües cloacales.

Cada provincia constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones

presupuestarias, sus propias políticas sanitarias -locales y regionales-, perfiles diferenciados de demandas y marcos regulatorios específicos (por lo general cuentan con regulaciones sanitarias propias, legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública, etc.)⁴¹. Aquellas provincias que intentaron integrar a los hospitales al sistema de salud provincial tuvieron resultados mucho más favorables que aquellas en las que aún predomina la desorganización.

Desde una perspectiva nacional, esta configuración del sistema da cuenta de la existencia de una gran heterogeneidad en el proceso de descentralización en sus modalidades operativas, grados de avances y resultados en términos de equidad y eficiencia. La complejidad de cada proceso de descentralización ha derivado en la existencia de, al menos, 24 sistemas con significativas diferencias, en donde se combinan diferentes grados de autonomía hospitalaria y niveles de integración de sus redes de atención.

Esta diversidad determina la ausencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes del país. Adicionalmente, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud. A este cuadro se suma la diversidad de organización hacia el interior de la provisión pública en cada provincia y las dificultades para conformar sistemas coordinados (ver recuadro 5).

Disparidades territoriales y provisión de agua potable y desagües

RECUADRO 4

La provisión de agua potable y desagües reviste especial interés para este estudio por dos razones. En primer lugar, por el impacto que tiene la existencia de agua potable y desagües sobre el estado de salud de la población. En segundo lugar, porque nos ayuda a ilustrar que la heterogeneidad

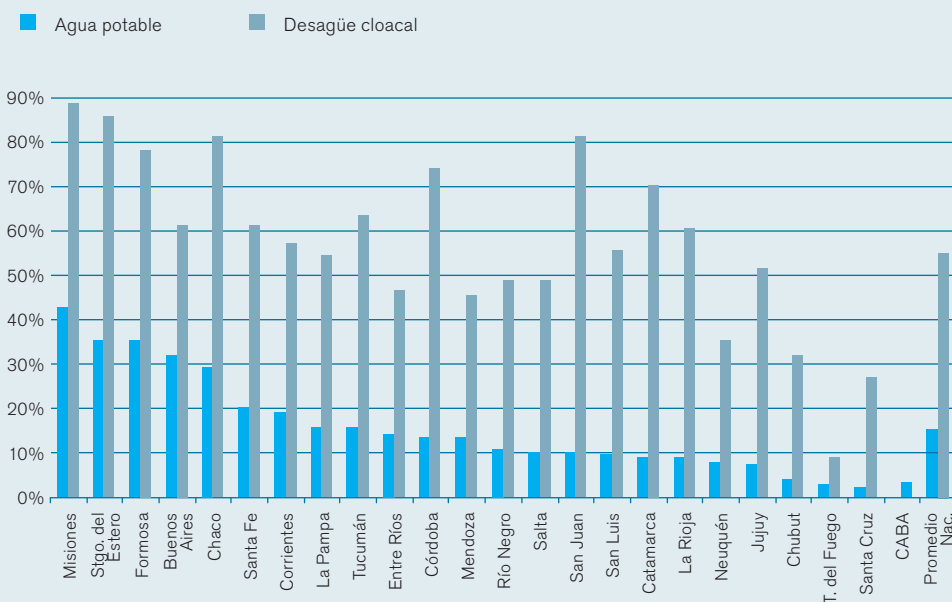
que se evidencia entre provincias en la cobertura de los servicios se repite hacia el interior de cada una de ellas. El gráfico N° 12 muestra tanto la heterogeneidad de provincias en materia de provisión de estos servicios, como la mayor carencia que se observa en relación con los desagües cloacales.

(continúa)

(continuación)

Porcentaje de la población sin provisión de agua potable y desagüe cloacal

GRÁFICO 12



Fuente: Acuña y Cetrángolo (2006).

Se puede comprobar que la mayor cobertura de agua y desagües se encuentra correlacionada con los niveles de pobreza (cuadro N° 13). En el primero de los casos la mayor correlación se da en la región patagónica y

las provincias grandes. En cambio, para la provisión de agua, la correlación más fuerte se presenta en las provincias del Noroeste y nuevamente las patagónicas.

Coefficientes de correlación entre variables, según regiones geográficas y total país 2001

CUADRO 13

Variables \ Regiones	Grandes	NOA	NEA	Patagónicas	Total
% de pob. en hog. con NBI y % de pob. en hog. sin cloaca	0,57271	0,39456	0,45260	0,63156	0,56173
% de pob. en hog. con NBI y % de pob. en hog. sin agua de red	0,35428	0,67122	0,35646	0,79132	0,43373
% de pob. en hog. sin cloaca y % de pob. en hog. sin agua de red	0,53755	0,53955	0,48961	0,58374	0,45738

Fuente: Acuña y Cetrángolo (2006).

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Acuña y Cetrángolo (2006).

El COFESA tiene como antecedente al Comité Federal de Salud, (Ley N° 19.717 de 1971) que era un ámbito especializado dentro del Consejo Federal de Bienestar Social (COFEBISO). Este Comité tenía como propósito constituir un espacio institucional para el desarrollo de reuniones, entre las máximas autoridades sanitarias a nivel nacional y provincial, que se realizaban de manera informal. La Ley de creación del COFESA (Ley N° 22.373 de 1981) se enmarca en el proceso de transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las provincias (año 1978).

Un tema tradicional que se encuentra bajo la órbita del COFESA refiere al criterio empleado para distribuir, entre las provincias, los fondos del Ministerio de Salud de la Nación para financiar programas específicos en las jurisdicciones. En el "Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud" de 1991, el Ministro Nacional y sus pares provinciales establecieron una redistribución de funciones entre jurisdicciones, de tal forma que el Estado Nacional se reservaba su rol de conductor general del sistema, articulador y distribuidor de recursos a la vez que resignaba su función de administrador de servicios. Este acuerdo se formalizó en el Decreto N° 1.269 de 1992 sobre "Políticas sustantivas e instrumentales".

Fuente: Elaboración propia.

También, en el marco del COFESA y en un contexto de descentralización de servicios, se decidió la federalización de los fondos del Programa Materno Infantil. A partir de 1993 el Ministerio de Salud de la Nación ha firmado convenios anuales con cada una de las provincias en los que se establecen las pautas programáticas para la transferencia de los fondos. A fines de 1999 comenzó una nueva discusión sobre los criterios para el reparto de fondos. El Decreto N° 455 de 2000, deroga al anterior y se establecen dos grandes objetivos del Estado Nacional en materia de salud: (a) afianzar la atención primaria; y (b) contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud a partir de un accionar basado en la concertación, siendo su ámbito natural de articulación el COFESA.

Actualmente, el COFESA está integrado por las autoridades de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en cada provincia y en la Ciudad autónoma de Buenos Aires. Su principal función es coordinar el desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República, apreciando los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular. En los años posteriores a la crisis de 2001/2002 el COFESA ha ido aumentando su protagonismo en particular con la formulación del Plan Federal de Salud.

Además de las dificultades en la coordinación de la política sanitaria entre las provincias y la Nación, debe notarse que una parte importante de los Centros de Atención Primaria (CAPS) tienen dependencia municipal originando una presencia importante de los gobiernos locales en la prestación de servicios. Lo que es particularmente cierto en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Corrientes, que presentan los más altos niveles de autonomía municipal.

Dada la importancia de los gobiernos municipales en los sistemas de salud de muchas

provincias argentinas, cabe preguntarse acerca de la existencia de intentos de articulación tendientes a la conformación de un sistema provincial de atención de la salud. Ciertamente, han existido numerosas iniciativas y propuestas en varias jurisdicciones que han intentado esta articulación y, en algunos casos (en especial las relacionadas con la conformación de seguros provinciales⁴²) han incluido dentro de las propuestas la participación de los institutos provinciales (obras sociales provinciales), además de la coordinación con los gobiernos provinciales.

La desagregación del gasto en atención pública de la salud por provincia da cuenta de la heterogeneidad de situaciones existente al interior del país previamente señalada. En el año 2008, el promedio del gasto per cápita ascendió a \$395, con un mínimo de \$210 en la Provincia de Buenos Aires y un máximo de \$1.932 en Santa Cruz. Solo siete provincias se encuentran por debajo del promedio nacional (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Misiones, Salta y Santa Fe), pero en ellas habita el 67% de la población.

En el siguiente cuadro también se muestra la importancia relativa de las transferencias del gobierno nacional en la función salud, respecto al gasto provincial (7,16%). Las provincias de menor desarrollo relativo son las que presentan un mayor ratio transferencias/gasto total y, a su vez, las que presentan un menor nivel de gasto público por habitante. La provincia que recibe mayores transferencias en términos relativos es Corrientes (13,96%). Mientras que, en términos absolutos Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires reciben los mayores montos (\$342 y \$132 millones respectivamente), en tanto que Tierra del Fuego y Santa Cruz reciben apenas \$3,16 y \$4,67 millones respectivamente en este concepto. Ello podría implicar que las transferencias de la Nación, si bien siguen una lógica compensadora al tener un mayor impacto sobre las provincias de menor desarrollo relativo, no alcanzan a compensar las disparidades existentes.

Por último, y antes de finalizar esta revisión del gasto público en salud, debe señalarse que, pese a que la provisión de servicios de salud está mayormente en manos de los gobiernos provinciales, esta finalidad del gasto público provincial no parece tener una elevada prioridad en los presupuestos de las provincias. Salvo la Ciudad de Buenos Aires por razones muy específicas, en ninguna de las provincias el gasto en salud representa más del 20% del gasto público total.

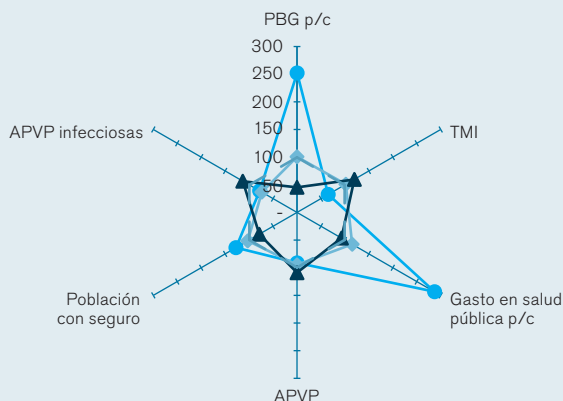
Gasto provincial en atención de la salud y transferencias en salud, por provincias, 2008

CUADRO 14

Jurisdicción	Gasto provincial en millones	Gasto per cápita anual	Transferencias en millones	Transferencias / Gasto provincial
CABA	2.905,60	955	132,45	4,56
Buenos Aires	3.160,53	210	342,51	10,84
Catamarca	251,79	648	12,51	4,97
Córdoba	882,07	264	49,48	5,61
Corrientes	300,90	297	42,02	13,96
Chaco	531,06	505	50,90	9,58
Chubut	360,92	783	10,11	2,80
Entre Ríos	622,44	496	31,81	5,11
Formosa	269,60	499	18,70	6,94
Jujuy	353,17	519	23,91	6,77
La Pampa	258,13	774	11,57	4,48
La Rioja	190,61	559	13,84	7,26
Mendoza	556,80	322	38,76	6,96
Misiones	289,88	269	35,21	12,15
Neuquén	629,35	1.149	10,81	1,72
Río Negro	382,36	640	16,27	4,26
Salta	444,93	364	41,32	9,29
San Juan	384,16	552	31,03	8,08
San Luis	229,13	524	14,82	6,47
Santa Cruz	436,50	1.932	4,67	1,07
Santa Fe	1.037,42	320	66,79	6,44
Santiago del Estero	412,45	477	42,14	10,22
Tierra del Fuego	173,82	1.377	3,16	1,82
Tucumán	625,47	424	77,90	12,45
Total	15.689,09	395	1.122,70	7,16

Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica; Dirección de Economía de la Salud, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias y Proyecciones poblacionales del INDEC. Las transferencias corresponden a los siguientes programas: ANAHI, Cáncer, Cólera, INCUCAI, NACER, PROFE, REMEDIAR, SIDA, ANMAT, Vectores, Diversas Patologías, PAI, Médicos Comunitarios, PROMAPS, Chagas, Programa de Educación para la Salud y PNSSYPR.

- GRUPO I (CABA, T.d.F., S.C. y Neu)
- ◆— GRUPO II (Bs.As, Cór, Men, R Negro, S.L., L.P., S.Fe, Chu, Cat, E.R.y L.Ri)
- ▲— GRUPO III (Ju, S.J., Tuc, Mis, Corr., Cha, For, S.d.E, Sal.)
- - - Total país



Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPAL, Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales – Secretaría de Política Económica, DEIS, Estadísticas Vitales (2009) y Censo 2001.

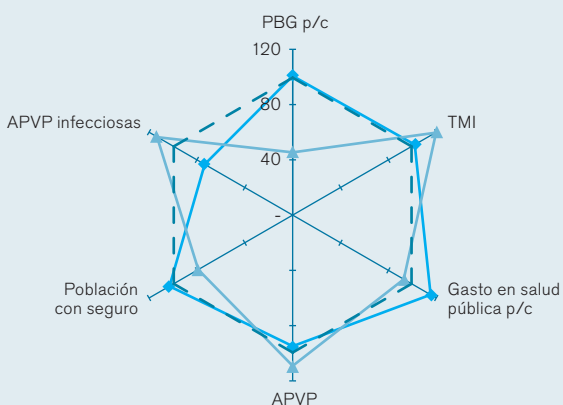
V. 2. Agrupamiento de provincias

La misma disparidad entre situaciones provinciales que ha sido señalada y la relación entre esa heterogeneidad, el desarrollo productivo y la situación sanitaria de cada región puede apreciarse en el gráfico N° 13 donde se agruparon las provincias de acuerdo a su ordenamiento en el IDH 2006 y se resumen los resultados obtenidos para 6 indicadores seleccionados: i) el PBG per cápita, ii) el nivel de gasto público (provincial y municipal) en salud per cápita, iii) la cobertura de seguros de salud, iv) las tasas de mortalidad infantil, v) los años potenciales de vida perdidos (APVP) y vi) los APVP por causas infecciosas.

Los datos presentados permiten, por un lado, apreciar las diferencias estructurales entre jurisdicciones y, por el otro, identificar grupos de provincias de rasgos relativamente similares. De este modo, es sencillo comprobar, la asociación fuertemente positiva que existe entre mayor desarrollo y bajas tasas de mortalidad infantil, mayor cobertura de salud y menor cantidad de APVP por causas infecciosas. Ello, asimismo, se ve acompañado de elevados ratios de gasto en salud per cápita. De este modo, es posible definir los siguientes tres grupos de jurisdicciones:

- I. **De elevado IDH, producto por habitante, elevada cobertura y gasto en salud per cápita y bajas tasas de mortalidad infantil y APVP.** Aquí se encuentran la Ciudad de Buenos Aires y las provincias patagónicas de Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén con muy baja densidad poblacional;
- II. **De niveles medios de IDH y valores promedio para los indicadores presentados.** En este grupo se reúnen cuatro provincias que explican la mitad de la generación del producto (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza) junto con las provincias de San Luis, Rio Negro, La Pampa, Chubut, Entre Ríos, La Rioja y Catamarca⁴³.
- III. **De reducido IDH, menor desarrollo relativo, baja cobertura, reducido gasto en salud per cápita y elevadas tasas de mortalidad infantil y APVP por causas infecciosas.** Integran este grupo de mayores

- ◆— GRUPO II (Bs.As, Cór, Men, R Negro, S.L., L.P., S.Fe, Chu, Cat, E.R.y L.Ri)
- ▲— GRUPO III (Ju, S.J., Tuc, Mis, Corr., Cha, For, S.d.E, Sal.)
- - - Total país



Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPAL, Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales – Secretaría de Política Económica, DEIS, Estadísticas Vitales (2009) y Censo 2001.

problemas Jujuy, San Juan, Tucumán, Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Salta⁴⁴.

Debe señalarse que el grupo I incorpora una jurisdicción de características especiales y únicas: la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de una economía urbana que, por ser la capital de la Nación, presenta una fuerte concentración de la oferta de servicios de salud, una estructura etérea diferente y mejores condiciones socioeconómicas que el resto. En el grupo II, por su parte, se encuentra la Provincia de Buenos Aires,

cuyos municipios del denominado conurbano bonaerense tienen un acceso preferencial a los servicios asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires debido a su cercanía geográfica.

Como toda clasificación, ésta contiene simplificaciones que pueden no reflejar situaciones particulares específicas pero, de todos modos, tiene el valor de presentar cierto ordenamiento e ilustrar, sin lugar a dudas, sobre la diversidad de situaciones hacia el interior del territorio del país y la necesidad de aplicar diferentes acciones para resolver los problemas sanitarios.

VI. REFLEXIONES FINALES

VI. 1. Desafíos para enfrentar tres tipos de fragmentación en el sistema de salud argentino

Puestos a hacer un balance de la evolución de largo plazo del sistema de salud argentino, debemos dar cuenta de los impresionantes avances logrados en los indicadores sanitarios, especialmente durante el segundo siglo de vida de la Nación, así como de los desafíos que deben ser enfrentados para alcanzar una cobertura efectivamente universal, equitativa y de calidad. De hecho, la persistencia de los problemas es una clara muestra de la complejidad de los desafíos futuros y las dificultades en avanzar con las reformas necesarias. De manera especial, se debe hacer notar que las soluciones suelen exceder el ámbito exclusivo de la política sanitaria, dando cuenta de la importancia de considerar los diferentes determinantes del estado de salud de una población. En este documento se han presentado una serie de rasgos característicos que servirán para orientar el debate de futuras reformas sectoriales. En especial:

- A pesar de que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud (cerca de 10% del PIB) son cuantiosos, la persistencia de viejos problemas y la emergencia de nuevos desafíos obligarán a encarar reformas que mejoren la eficiencia y la equidad del sistema. La excesiva fragmentación del gasto, con una escasa participación del sector público, explica bastante de esta historia.
- La cobertura de los diferentes seguros, además de fragmentada, es baja. Teniendo en cuenta las limitaciones de los sistemas de protección social basados en el empleo formal, no es esperable una expansión significativa y pronta. Por ello, la oferta a cargo del sector público será cada vez más importante.
- La oferta pública de servicios de salud (universal y gratuita), marcada por un fuerte proceso de descentralización, reproduce los desequilibrios regionales y no logra compensar los problemas distributivos. Ello llama la atención sobre la necesidad de rejerarquizar el rol del gobierno nacional en la compensación de las inequidades, lo que, dada la escasa participación del gasto público nacional en el sector, parece de difícil instrumentación si no se consideran modificaciones presupuestarias y la negociación de acuerdos entre Nación y provincias para potenciar los recursos disponibles mediante incentivos en el financiamiento.
- El gasto de la seguridad social se encuentra repartido entre obras sociales nacionales, PAMI y obras sociales provinciales. Las reformas de la década de 1990 han reducido el efecto redistributivo de las obras sociales. El desafío es integrar los distintos mecanismos y fuentes de financiamiento para alcanzar mayores niveles de solidaridad.
- El sistema se encuentra débilmente gobernado y regulado. El escaso peso del gasto del gobierno nacional inhibe la coordinación y supervisión de la oferta pública. Si bien existe la Superintendencia de Servicios de Salud, esta no alcanza a regular a las obras sociales provinciales, al PAMI ni al sector privado. La falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

En consecuencia, la organización de los servicios de atención de la salud en Argentina padece tres tipos de fragmentaciones que obstaculizan la construcción de un sistema equitativo: fragmentación de derechos, regulatoria y territorial. En el primero de los sentidos, cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo. Sin duda, esta **fragmentación de derechos** es fuente de inequidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas. La multiplicidad de fuentes de financiamiento, con una fuerte participación de recursos de base contributiva es un obstáculo importante pero no insalvable para lograr un sistema más integrado y equitativo.⁴⁵

Diferentes intentos de reforma reciente, entre las que se cuentan el incremento del financiamiento destinado al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) y la introducción de cápitas ajustadas por riesgo son pasos en el sentido correcto de un sendero de reformas que deberán persistir en el tiempo para que tengan efectos importantes en materia de equidad y cohesión social. No obstante, entendemos que difícilmente puedan lograrse avances sustantivos en la organización del sector en la medida en que la lógica de intervención surja de un marco regulatorio que repita la fragmentación del mercado y esté ausente la visión integradora (**fragmentación regulatoria**).

Adicionalmente, sobre un escenario caracterizado por serias desigualdades territoriales, donde los indicadores sanitarios son altamente dependientes del desarrollo económico de cada región, el proceso de descentralización fiscal ha tenido una multiplicidad de respuestas locales, en lo referido tanto a la forma que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia. Como resultado de esta **fragmentación territorial**, cada provincia constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones presupuestarias, sus políticas sanitarias -locales y regionales-, perfiles diferenciados de demandas, marcos regulatorios específicos (por lo general cuentan con regulaciones sanitarias propias, legislaciones laborales únicas para el personal de la administración pública, etc.) y diferente grado de desarrollo de la oferta privada. Aquellas provincias que intentaron integrar a los hospitales al sistema de salud provincial tuvieron resultados mucho más favorables que aquellas en las que predomina la desorganización.⁴⁶

VI. 2. La reforma como sendero a ser consensuado

Los principales aspectos que debieran priorizarse se resumen en la necesidad de fortalecer la presencia estatal en la regulación, financiamiento y provisión de servicios de salud, propendiendo al logro de una cobertura igualitaria para todos los habitantes del territorio. Para que todo esto ocurra deberá modificarse el balance actual entre gasto privado y público en servicios de salud. El excesivo gasto privado es fuente y consecuencia de las inequidades e ineficiencias antes señaladas. Adicionalmente, los tres tipos de fragmentación que exhibe el sistema de salud en Argentina reclaman el fortalecimiento del componente nacional del gasto público.

Es claro que deberá prestarse especial atención a los aspectos políticos de la reforma y sus posibilidades de instrumentación efectiva. La solución a un problema complejo nunca es fácil ni instantánea. No se cree conveniente confiar en soluciones mágicas ni alentar expectativas que den paso a nuevas frustraciones. En su lugar, es preferible pensar en un sendero de reformas que gocen de consenso y donde sean posibles avances parciales pero sustantivos. Para ello, es imprescindible contar con metas de largo plazo claramente definidas. Se trata de la construcción paulatina de un sistema de salud integrado donde todos los ciudadanos del país gocen de una cobertura homogénea asegurada por el Estado.

Teniendo en cuenta las características del sector, ese sendero debe ser revisado permanentemente mediante la actualización de los diagnósticos y la reformulación de las políticas requeridas. Se trata de buscar las mejores alternativas de avance, aprovechando las fortalezas de la propuesta y asumiendo que cada uno de los pasos que formen el sendero elegido presentará diferentes tipos de dificultades (financieras, técnicas, institucionales, políticas). De hecho, la modalidad en que se enfrenten esas dificultades definirá la secuencia efectiva. A continuación se presenta un grupo de iniciativas que podrían ser calificadas como tramos esenciales de ese camino de reformas, que son diversas y no tienen una secuencia inmodificable.

En primer lugar, en materia de **provisión pública de salud**, se debe redefinir el papel de los hospitales públicos, poniendo la prioridad en el armado de redes de atención que defina los roles de cada institución pública y sus áreas de influencia. Ello demandará un especial cuidado en la política de recursos humanos del sector y contribuirá a resaltar el papel de la atención primaria y la medicina preventiva. A su vez, resulta conveniente coordinar las compras de medicamentos y tecnología a cargo de las diferentes áreas de acción estatal para mejorar la capacidad de negociación, regular la rentabilidad del sector y mejorar la eficiencia asignativa.

En segundo lugar, debe lograrse que la cobertura de los beneficiarios de **obras sociales** (tanto nacionales como provinciales) esté en función de su riesgo y no de su ingreso. En consecuencia, deberán redefinirse las capitas ajustadas por riesgo, lograr un seguimiento permanente de las mismas y fortalecer el Fondo de Redistribución. Considerando la importancia de la regulación de este subsector, debe evaluarse una reforma de la Superintendencia de Servicios de Salud para transformarla en un organismo al servicio de la política de salud, con altas capacidades técnicas y dependencia del Ministerio de Salud. En este sentido, deberá avanzarse en la regulación efectiva de las obras sociales nacionales buscando mecanismos para eliminar la discrecionalidad en otorgamiento de subsidios (APE). Asimismo, debiera encararse una negociación con las provincias destinada a incorporar al marco regulatorio de la seguridad social a los institutos provinciales, haciendo que participen del mismo proceso de reformas. De esta manera podrán ser integrados a la lógica del sector y captar, eventualmente, afiliados de otras instituciones. Por último, debe asegurarse la efectiva integración del PAMI al sistema de salud.

En tercer lugar, debe consolidarse el proceso de regulación de la **medicina prepaga y otros prestadores privados**. Eventualmente, puede existir un subgrupo de medicina prepaga que pueda participar de la competencia por capitas públicas (mutuales, planes de hospitales de comunidades, etc.), siempre que no exista la posibilidad de copagos ni planes diferenciales. Del

mismo modo, debe encararse la regulación del mercado de medicamentos y nuevas tecnologías para alcanzar un equilibrio entre los incentivos a la innovación y la necesidad de brindar una cobertura universal con los mejores medicamentos existentes y al menor costo posible, reduciendo sustancialmente el gasto de bolsillo.

Más allá de estas medidas, que pueden ser adoptadas en diferentes secuencias, un elemento instrumental que parece imprescindible sea cual sea la trayectoria futura del sector, es la construcción de un padrón completo de beneficiarios, que incluya toda la población residente, consignando la existencia de algún tipo de seguro (público o privado) o cobertura de algún programa público. Ello determinará, luego, la posibilidad de organizar seguros de salud para quienes no estén asegurados. Estos serán liderados por las provincias, pero asegurando la misma cobertura para un mismo riesgo, con independencia del lugar de residencia. Para ello será conveniente la creación de un Fondo Compensador Regional de Capitas de Salud, fortaleciendo el papel del COFESA (Consejo Federal de Salud).

Como parte de la visión de largo plazo, y en la medida en que se avance en la unificación de planes de seguro social para la salud independizando los beneficios del nivel salarial (y del aporte individual) debiera contemplarse la introducción de un límite al salario sujeto a aporte. Luego, sólo cuando se logre una presión tributaria suficiente, podría debatirse la posibilidad de eliminar el aporte salarial para la salud, financiándose los programas mediante impuestos de rentas generales.

Estas son algunas de las posibles líneas de reforma que podrán ser estudiadas, discutidas y, eventualmente, instrumentadas. La solución de gran parte de los problemas del sistema de salud debe comprender la totalidad del sistema, y es esencial la clara determinación de las responsabilidades de los distintos niveles de gobierno. Esto no se resolverá solo con un debate parlamentario y la sanción de alguna ley. Por el contrario, requerirá la intervención de todos los actores del sector para realizar reformas consensuadas. Más aún, es conveniente recordar que el estado de salud de la población no depende solo del patrón de acceso a los servicios de salud, ni del modelo de atención de las enfermedades, ni de su forma de financiamiento. Existen numerosos factores que trascienden al sector y tienen gran incidencia sobre el estado de salud. Ellos también deben ser considerados al diseñar las políticas del sector.

NOTAS

¹ De acuerdo con estimaciones realizadas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL el envejecimiento de la población requerirá de un aumento de 4% del PBI en el gasto destinado a salud para el caso de Argentina en las próximas décadas (CELADE, 2010).

² En esos años, en la ciudad no imperaba la higiene y el Río de La Plata ya estaba contaminado. La primera casa de aislamiento que hubo en Buenos Aires sirvió como lazareto durante las epidemias de cólera de 1869 y de fiebre amarilla de 1871.

³ De acuerdo con la recomendación del Informe técnico de la misión de la OPS de 1957.

⁴ El Consejo Federal de Salud creado en 1981, nuclea a los Ministros o Secretarios de Salud de las 23 provincias y la Ciudad de Buenos Aires.

⁵ Indicadores básicos es la publicación anual que realizan de forma conjunta el Ministerio de Salud y la OPS desde el año 1987 y que resume la información sectorial e incluye indicadores socioeconómicos, de recursos, cobertura y acceso, demográficos y epidemiológicos. Indicadores Básicos 2010.

⁶ Véase Anexo Estadístico.

⁷ Ídem.

⁸ Ídem.

⁹ Es importante notar que un 9% de las causas totales de muerte son desconocidas o están mal definidas, con lo que el porcentaje de no transmisibles podría ser aún mayor.

¹⁰ Estadísticas Vitales 2010.

¹¹ El numerador de esta tasa es el número de defunciones maternas. Se define como defunción materna, la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del

embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. Se utiliza como denominador el número de nacidos vivos como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Si bien la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud -Décima Revisión (CIE-10) incorpora la categoría de muerte materna tardía, a los fines de las comparaciones nacionales e internacionales, éstas no se incluyen en el numerador de la tasa de mortalidad materna.

¹² La desagregación de la TMI en mortalidad neonatal y post neonatal se presenta en el Gráfico A.1 del Anexo Estadístico.

¹³ Para el año 2008.

¹⁴ Ministerio de Salud y OPS (2003).

¹⁵ Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Año XII. N° 26. Noviembre de 2009. Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación.

¹⁶ La suma de las coberturas arrojaría un resultado bruto de 69,8%, mientras que la información censal correspondiente al año 2001 daba cuenta de la existencia de sólo un 52% de la población con cobertura de algún seguro.

¹⁷ En el capítulo siguiente, este rasgo será confirmado de manera cuantitativa al ser presentada la escasa participación del gasto público nacional en el total de gasto en salud.

¹⁸ Al momento de finalizar la redacción de este informe, no se disponía aún de la información proveniente del Censo 2010 para cobertura de seguros.

¹⁹ Los datos de cobertura corresponden a estimaciones realizadas por OPS-Ministerio de Salud (2009) sobre la base del Censo 2001.

²⁰ Estos aspectos pueden ser revisados en Carciofi y otros (1996), Bisang y Cetrángolo (1997) y en Cetrángolo y Jiménez (2004).

²¹ En relación con esta temática se sugiere consultar los documentos de la Serie Reformas de Política Pública del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales: El rol del estado en Educación Básica y atención primaria en Salud en América Latina y el Caribe, de la CEPAL. En di Gropello y Cominetti (1998) se presenta un resumen y estudio comparativo de los trabajos realizados.

²² Ello varía regionalmente de acuerdo con la importancia del sector público como prestador, del desarrollo del sector privado, de la relación entre ambos, de la dinámica del modelo de atención de la seguridad social (en especial de las OSP), y del perfil socio-económico sobre el que se asienta la demanda por servicios de salud.

²³ “Hospital de Gestión Descentralizada” de acuerdo con el Decreto N° 939/2000.

²⁴ Una acción en ese sentido implicaría “transferir” mayores grados de autonomía en el nombramiento de personal y en la fijación de los niveles salariales desde la administración central a los hospitales, requiriendo de cambios sustantivos en los aspectos legales y afectando significativamente los equilibrios políticos internos de la administración provincial.

²⁵ Reguladas por las Leyes N° 23.660 y N° 23.661.

²⁶ Subsidio Automático Nominativo (SANO).

²⁷ Se prevén algunos mecanismos de excepción para acceder a prestaciones no incluidas.

²⁸ Están agrupadas en la COSPRA (Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina).

²⁹ Véase Medici (2002).

³⁰ Sin embargo, no se obtuvo información sobre la situación financiera de las OSP.

³¹ Desde diciembre de 2008 Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA).

³² El 8% de los afiliados son menores de 20 años, el 14% tienen entre 21 y 59 años y el 8% restante tiene entre 60 y 64 años.

³³ Ministerio de Salud y Ambiente e Indicadores Básicos OPS y Ministerio de Salud.

³⁴ Indicadores Básicos OPS, Ministerio de Salud de la Nación.

³⁵ Más del 60% de los establecimientos con internación son provinciales y en ellos se encuentra más de la mitad de las camas disponibles.

³⁶ Cuotas por seguros de salud voluntarios, compra de bienes, pago de honorarios a profesionales de la salud, etc.

³⁷ La División de Desarrollo Social de la CEPAL desarrolló una metodología para clasificar los diferentes componentes de la seguridad social (Cetrángolo y Goldschmit, 2009), que fue aplicada a tres países de la región, entre ellos Argentina (Bonari, Curcio y Goldschmit, 2009).

³⁸ El gráfico tiene por objeto introducir la idea de fragmentación y superposición de cobertura. No intenta ser exacto en la magnitud de cada uno de los segmentos.

³⁹ Los detalles de esta presentación pueden ser consultados en Cetrángolo y Devoto (1997 y 2002) y Anlló y Cetrángolo (2007).

- ⁴⁰ Anteriormente, en el año 2000, el Decreto N° 446 había dispuesto un aumento de los porcentajes de esas contribuciones que se destinan al Fondo Solidario de Redistribución de Obras Sociales. Este decreto fue suspendido en marzo de 2001, pero, en el año 2002, la emergencia sanitaria dispuesta por Decreto N° 486 volvió a incrementar esos porcentajes de redistribución.
- ⁴¹ Adicionalmente, ante la falta de coordinación y apoyo por parte del gobierno nacional, en muchos casos los gobiernos provinciales que desean introducir reformas en sus sistemas sanitarios han debido recurrir a créditos de organismos financieros internacionales que imponen, a su vez, sus propias condicionalidades en cuanto a la organización de la salud en cada jurisdicción.
- ⁴² Programa de Reforma de los Sistemas de Seguro de Salud (PRESSS) durante el período 2000-2004.
- ⁴³ Catamarca es un caso especial. Muestra, desde hace unos años, un PBG relativamente alto debido a la incorporación de nuevas explotaciones mineras que incrementan su producto.
- ⁴⁴ Debe remarcarse que los datos de mortalidad infantil para Santiago del Estero se encuentran subregistrados según DEIS (2008) debido a la subinscripción de defunciones infantiles. La magnitud de la omisión es importante y condiciona la validez del indicador.
- ⁴⁵ Para una revisión de experiencias de países latinoamericanos en este sentido puede consultarse CEPAL (2006).
- ⁴⁶ En Bisang y Cetrángolo (1997) se presenta una tipología de situaciones que clasifica los diferentes escenarios provinciales en donde se desarrolla la autonomía hospitalaria.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramzon, M. (2005). "Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004", Publicación N° 62, OPS, Buenos Aires.

Acuña, C. y O. Cetrángolo (2006). "Análisis y propuesta de mejoramiento de la institucionalidad y lógica de financiamiento que enmarcan la provisión de agua para los pobres en la Argentina", informe realizado en el marco del Proyecto Infrastructure for the poor in Latin America, Banco Mundial, Washington.

Anlló, G. y Cetrángolo, O.(2007). Políticas sociales en Argentina. Viejos problemas, nuevos desafíos, CEPAL, Buenos Aires. Capítulo X.

Arce H. (2001). La Calidad en el territorio de la salud. ITAES. Buenos Aires.

Arce, H. (1993). El Territorio de las Decisiones Sanitarias. Ediciones Macchi. Buenos Aires.

Banco Mundial (2002). "El Sector salud argentino en medio de la crisis", Washington.

Báscolo, E. (2008). Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 206, CEPAL. Santiago de Chile.

Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires.

Bisang, R. y O. Cetrángolo (1997). "Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina" Serie Reformas de Política Pública 47 CEPAL.

Bonari, D.; Curcio, J. y Goldschmit, A. (2009). "Cuenta de la Seguridad Social en Argentina", en Oscar Cetrángolo (Ed.) "La seguridad social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia", CEPAL, Colección Documentos de Proyectos, Santiago de Chile.

Carciofi, R. Cetrángolo, O. y Larrañaga, O. (1996) “El rol del estado en Educación Básica y atención primaria en Salud en América Latina y el Caribe”. Serie Reformas de Política Pública del Proyecto Regional sobre Financiamiento Público y Provisión de los Servicios Sociales, CEPAL, Santiago de Chile.

CELADE (2010). Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos”. Comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo.

CEPAL (2010). Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Comité Especial de la Cepal sobre población y desarrollo. Santiago de Chile.

CEPAL, (2006). La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL. Montevideo.

Cetrángolo, O. y F. Devoto (1998). “Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa con especial referencia a la equidad”, Serie de Estudios Num. 27, Fundación Centro de Estudios para el Cambio Estructural (CECE), Buenos Aires.

Cetrángolo, O. y F. Devoto (2002) “Organización de la salud en Argentina y Equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años 90 e impacto de la crisis actual”. documento presentado en el Taller “Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health”, PAHO-Universidad de Toronto, Toronto.

Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. (2009), “Metodología, experiencia comparada y recomendaciones”, En Oscar Cetrángolo (Ed.) “La seguridad social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de Argentina, Chile y Colombia”, CEPAL, Colección Documentos de Proyectos, Santiago de Chile.

Cetrángolo, O. y Jiménez, J. P. (2004). “Las relaciones provinciales entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, institucionales y conflictos persistentes”, Serie gestión pública N° 47, CEPAL, Santiago de Chile.

Cetrángolo, O., Damill, M., Katz, J., Lerner, L. y Ramos, S. (1992). “Desregulación y salud. Un análisis de la reforma del sistema de obras sociales”, Documento de trabajo 2, Instituto para el Desarrollo Industrial, Buenos Aires.

Cetrángolo, O., Lima Quintana L. y San Martín M (2007). Situación del Sector Salud en Argentina. Análisis en el contexto de un Sistema descentralizado, mimeo.

DEIS – Ministerio de Salud de la Nación (20089). Estadísticas Vitales. Buenos Aires

di Gropello, E. y R. Cominetti –compiladores- (1998) “La descentralización de la educación y la salud. Un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana”, CEPAL, Santiago de Chile.

González García, G, y Tobar, F. (2004). Salud para los argentinos, ISALUD, Buenos Aires.

González García, G., de la Puente, C. y Tarragona, S. (2005). “Medicamentos. Salud, política y economía”. Ediciones ISALUD. Buenos Aires.

Katz, J. (1995). “Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio” en Desarrollo Económico 138, IDES, Buenos Aires.

Katz, J. y Colaboradores (1993). El sector Salud en la Argentina: su estructura y comportamiento. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

Katz, J. y Muñoz, A. (1988). Organización del sector salud. Puja distributiva y equidad, CEAL-CEPAL. Buenos Aires.

Medici, A. (2002) “La desregulación de las obras sociales. Un episodio más de la reforma de salud en Argentina... ¿Pero que vendrá luego? (mimeo), BID, Washington.

Mera, J. y Bello, J. (2003). Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina. Representación OPS/OMS Argentina. Buenos Aires

Ministerio de Salud – OPS (varios años), Indicadores Básicos, Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2009). Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Año XII. N° 26. Noviembre de 2009. Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

OPS (1998). Situación de Salud y Tendencias 1988-1995.

Pérgola, F. (2004). Historia de la salud social en la Argentina. Superintendencia de Servicios de Salud. Buenos Aires.

PNUD (2000). Informe sobre Desarrollo Humano 2000. Nueva York.

REMEDIAR (2006). El Programa Remediar. Gestión y resultados de un modelo innovador en APS. Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

Sánchez, N. I. (2007). La higiene y los higienistas en Argentina (1880-1943), Revista de Historia & Humanidades Médicas Vol. 3 N° 2, Sociedad Científica Argentina. Buenos Aires.

Tobar, F. (2005). Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf

Torres (2004). Mitos y realidades de las Obras Sociales. Ediciones ISALUD.

Veronelli, M. y Veronelli, J. C. (2004). Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina. Representación OPS/OMS Argentina. Buenos Aires.

ANEXO ESTADÍSTICO

Tasa de mortalidad bruta ajustada por edad y provincia.
Años potenciales de vida perdidos (AVPV) por grupos de causas y provincia
Año 2008

	Tasa Bruta de Mortalidad			Tasa Bruta de Mort. Ajust. X Edad		
	T	V	M	T	V	M
Total País	7,60	8,20	7,02	6,85	8,90	5,29
Región Centro	8,44	8,97	7,94	6,75	8,90	5,17
Ciud. Aut. Bs.As	10,54	10,32	10,72	5,75	7,65	4,53
Buenos Aires	8,19	8,85	7,54	7,04	9,21	5,39
Córdoba	7,81	8,31	7,34	6,50	8,45	5,05
Entre Ríos	7,51	8,15	6,89	6,86	9,04	5,21
Santa Fe	8,66	9,31	8,04	6,95	9,31	5,20
Región Cuyo	6,62	7,17	6,08	6,63	8,19	5,35
La Rioja	5,57	6,25	4,88	7,27	8,94	5,83
Mendoza	7,03	7,62	6,46	6,41	8,04	5,10
San Juan	6,43	6,85	6,03	6,87	8,26	5,73
San Luis	6,13	6,67	5,58	6,85	8,36	5,56
Región Noroeste	5,61	6,24	4,98	6,94	8,55	5,58
Catamarca	5,52	5,91	5,12	6,66	8,11	5,41
Jujuy	5,38	6,15	4,62	6,89	8,59	5,48
Salta	5,41	6,16	4,67	7,24	8,84	5,82
Santiago del Estero	5,52	6,13	4,90	6,89	8,30	5,61
Tucumán	5,95	6,51	5,41	6,83	8,57	5,47
Región Noreste	5,93	6,77	5,05	7,77	9,70	6,10
Corrientes	6,23	6,89	5,50	7,29	9,18	5,76
Chaco	6,41	7,33	5,50	8,65	10,88	6,80
Formosa	5,52	6,25	4,77	7,74	9,03	6,48
Misiones	5,39	6,38	4,31	7,55	9,43	5,69
Región Patagónica	5,66	6,66	4,65	6,57	8,52	4,88
Chubut	5,99	7,10	4,89	7,13	9,43	5,25
La Pampa	7,24	8,15	6,33	6,37	8,46	4,63
Neuquén	4,63	5,49	3,78	6,03	8,02	4,42
Río Negro	6,05	7,13	4,98	6,51	8,16	4,98
Santa Cruz	5,41	6,77	3,99	7,47	9,67	5,34
Tierra del Fuego	3,29	3,77	2,78	5,79	7,02	4,68

Fuente: Indicadores Básicos 2010. NOTA: (*) cada 10 mil habitantes.

CUADRO **A.1**

	APVP	CV	TUM	INF	CE	APVP* TLD
	685,34	80,03	105,50	61,03	151,14	287,64
	668,73	86,89	111,13	59,41	143,54	267,76
	537,48	85,01	128,89	55,22	82,47	185,89
	698,92	94,91	109,22	71,16	148,30	275,33
	620,54	78,14	98,28	31,64	134,78	277,70
	699,11	73,61	116,16	39,79	156,99	312,56
	683,22	65,29	115,41	44,62	179,88	278,02
	642,18	74,93	96,48	43,00	163,50	264,27
	690,68	61,29	80,14	66,21	160,87	322,17
	626,95	78,93	98,32	33,07	175,62	241,01
	654,18	60,78	92,90	50,01	144,95	305,54
	644,19	92,57	107,87	52,15	147,87	243,73
	675,81	58,62	77,01	71,42	142,91	325,85
	647,63	69,83	71,84	29,39	156,42	320,15
	702,23	40,95	71,62	66,63	183,89	339,14
	770,97	65,05	82,98	122,91	153,78	346,25
	605,44	57,83	74,80	66,36	114,87	291,58
	632,68	58,94	77,17	44,56	127,74	324,27
	809,36	72,78	105,74	81,31	161,41	388,12
	769,71	59,88	113,52	68,73	144,57	383,01
	854,86	68,15	112,38	89,28	159,50	425,55
	888,71	74,15	103,95	102,40	158,45	449,76
	762,21	88,60	92,93	74,70	180,40	325,58
	656,57	57,72	106,14	42,16	186,84	263,71
	746,60	61,00	104,92	58,99	232,00	289,69
	630,32	71,37	111,71	36,81	157,98	252,45
	564,63	41,96	96,23	26,89	183,91	215,64
	650,66	51,87	106,14	35,27	163,43	293,95
	813,98	88,20	128,02	73,72	233,17	290,87
	543,18	52,05	100,06	36,66	136,47	217,94

**Causas de muerte por grupos edad
(porcentajes sobre las causas definidas)**
Año 2009.

CUADRO **A.2**

Grupo de causas de muerte	Total	< 1	1 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y +
Total definidas	91%	94%	92%	95%	93%	91%
Diabetes	3%	0%	0%	1%	3%	3%
Afecciones perinatales	2%	52%	0%	0%	0%	0%
Anomalías congénitas	1%	27%	12%	1%	0%	0%
Sistema respiratorio	16%	9%	19%	10%	12%	19%
Enfermedades infecciosas	5%	4%	9%	8%	5%	5%
Causas externas	7%	3%	29%	42%	7%	2%
Sistema circulatorio	32%	1%	3%	11%	27%	38%
Tumores	22%	0%	9%	16%	33%	20%
Sistema genitourinario	3%	0%	1%	1%	2%	4%
Resto de causas definidas	9%	3%	17%	11%	11%	9%
Mal definidas y desconocidas	9%	6%	8%	5%	7%	9%
Total de causas	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Estadísticas Vitales 2010.

Tasas de mortalidad infantil por provincia
Año 2009.

CUADRO **A.3**

	Tasas de Mortalidad Infantil				
	Total	Subtotal	Precoz	Tardía	Post-Neonatal
Total	12,1	8,0	5,7	2,3	4,1
Ciud. Aut. de Buenos	8,5	5,9	4,1	2,6	2,6
Buenos Aires	12,5	8,1	5,7	4,3	4,3
Partidos del Aglom.	12,7	8,2	5,6	4,5	4,5
Catamarca	14,5	9,7	7,3	4,8	4,8
Córdoba	10,7	7,4	5,2	3,3	3,3
Corrientes	15,3	11,1	8,6	4,2	4,2
Chaco	17,8	10,8	8,2	7,0	7,0
Chubut	9,4	6,6	5,1	2,8	2,8
Entre Ríos	11,8	7,3	5,2	4,5	4,5
Formosa	20,5	11,6	9,0	8,9	8,9
Jujuy	11,5	7,7	6,0	3,8	3,8
La Pampa	13,7	10,6	8,4	3,1	3,1
La Rioja	14,6	8,5	5,9	6,1	6,1

(continúa)

Tasas de mortalidad infantil por provincia Año 2009.

(continuación)

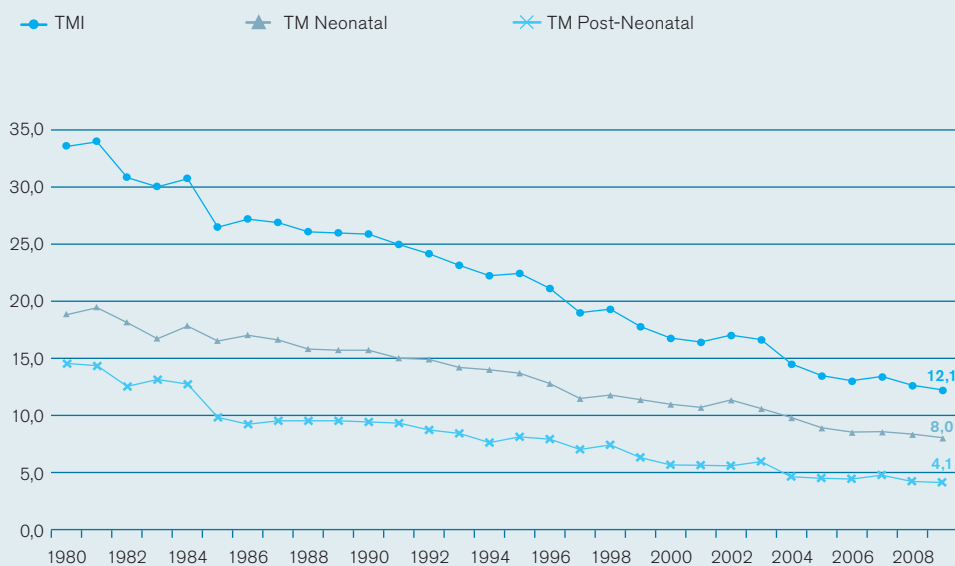
CUADRO **A.3**

	Tasas de Mortalidad Infantil				
	Total	Neonatal			
		Subtotal	Precoz	Tardía	Post-Neonatal
Mendoza	9,9	6,9	4,6	3,0	3,0
Misiones	13,0	8,5	6,5	4,5	4,5
Neuquén	7,6	5,0	4,0	2,7	2,7
Río Negro	8,8	6,1	4,7	2,7	2,7
Salta	14,0	8,6	6,5	5,4	5,4
San Juan	11,0	7,6	5,4	3,4	3,4
San Luis	12,9	9,3	6,6	3,6	3,6
Santa Cruz	10,3	7,9	6,0	2,4	2,4
Santa Fe	11,1	7,2	4,8	3,8	3,8
Santiago del Estero	12,1	7,3	5,2	4,9	4,9
Tucumán	13,1	9,2	7,2	3,9	3,9
Tierra del Fuego	4,6	3,1	2,7	1,5	1,5

Fuente: Estadísticas Vitales 2010.

Desagregación de la tasa de mortalidad infantil 1980-2009.

GRÁFICO **A.1**



Fuente: DEIS-Ministerio de Salud de la Nación.

Indicadores de Morbilidad por provincia

Casos notificados. 2001-2009

	Leptospirosis									Hantavirus								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total país	187	290	377	202	197	74	721	90	73	92	89	56	63	75	116	104	92	79

Región Centro

G.C.B.A.	2	5	6		1	6	11	2	5		2		1		5	3	2	
Buenos Aires	89	205	48	87	60	13	60	34	14	22	55	7	22	32	22	20	25	9
Córdoba	3	3	19	27	9	13	8	1	2									
Entre Ríos	15	6		10	24	7	95	16	27	4	1		4	2	5	7	4	2
Santa Fe	64	61	300	71	93	21	543	18	18	3	2	4	1	1	2	3	3	5

Región Cuyo

La Rioja																		
Mendoza																		
San Juan																		
San Luis									1									

Región Noroeste

Catamarca										13								
Jujuy	4			2					2	39	4	10	6	14	27	28	23	23
Salta				1	1			14	2		13	24	17	22	46	35	31	27
Santiago del Tucumán	1																	

Región Noreste

Corrientes				1														
Chaco		6																
Formosa					2										1			
Misiones	7	3	2	1	5	12	1		1									

Región Patagónica

Chubut								1		7	2	5	8			5	1	4
La Pampa	2			1	2													
Neuquén		1		1	2	1	3	2	1	3	8	3	2		6	1		2
Río Negro						1		1	1	1	2	3	1	4	2	2	3	7
Santa Cruz														1				
Tierra del Fuego																		
Sin información																		

Fuente: Indicadores Básicos. DEIS-Ministerio de Salud de la Nación NOTAS: (*) Datos provisorios. (**) 5 casos corresponden a extranjeros. (***) 13 casos corresponden a extranjeros.

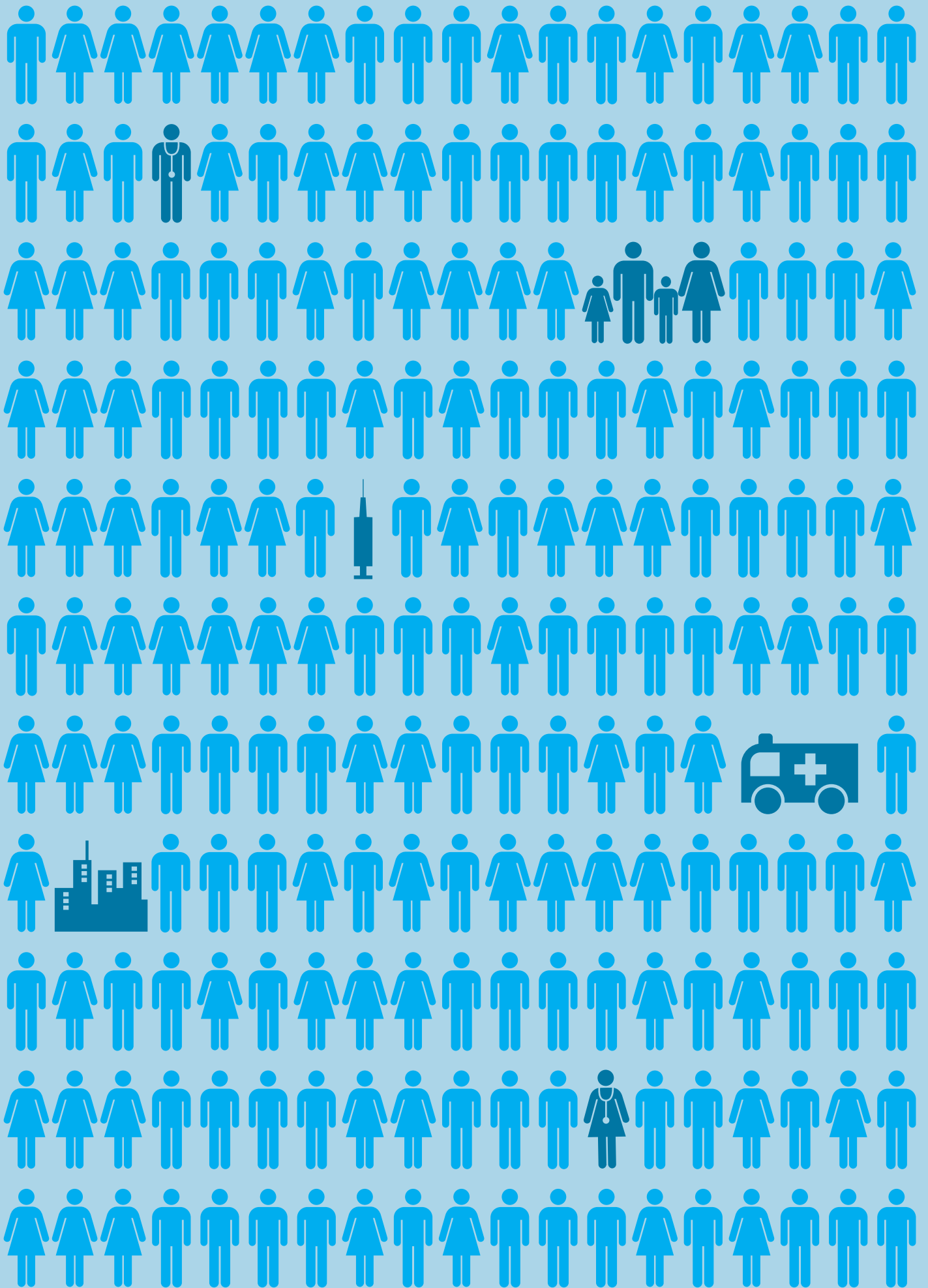
Chagas Agudo Vectorial										SIDA								
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2009	
6	11	18	27	26	23	11	61	39	1.640	1.070	1.787	1.082	1.781	1.586	1.530	1.717	1.186	
							2	2	325	192	243	149	295	223	211	206	154	
									724	441	882	519	894	871	677	751	394	
1		1	1	1			3		105	99	120	81	117	122	103	148	109	
									26	6	25	12	20	10	23	47	25	
							6	6	107	47	71	12	57	61	103	80	82	
1			2				4	2	11	10	16	8	12		4	23	7	
									25	22	23	18	27	36	35	52	55	
	1	1	2						14	8	12	12	13	11	13	26	21	
								1	8		11	9	9	9	14	14	14	
1									4	5	3	7	14	7	10	5	17	
									31	19	47	38	46	30	33	34	34	
								1	50	60	91	63	69	5	92	107	86	
3	8	13	14	12	12	7	13		16	12	26	11	15	18	24	16	16	
									31	24	26	14	28	39	30	44	35	
									7	1	25	32	37	23	22	18	30	
	1	3	1		11	2	22	22	18	9	13	6	7	7	11	11	19	
	1		7			1	11	6	9	1	13	4	4	4	2	5	3	
									22	18	33	36	47	35	11	19	12	
					13				20	20	19	7	16	12	25	36	9	
									7	5	11	5	5	5	7	8	2	
									15	10	18	8	13	19	19	16	19	
									20	19	14	8	14	8	16	18	15	
									7	4	6	6	6	4	9	7	6	
									6	8	11	4	4	6	1	4	9	
									32	30	28	13	12	21	35	22	13	

Indicadores de Morbilidad por provincia (cont.)
Casos notificados. 2001-2009

	TBC									Meningitis								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total país	11.525	12.254	11.962	11.235	11.068	10.683	10.437	10.649	11	7	17	12	2	2	2	12	8	
Región Centro																		
G.C.B.A.	1.036	1.040	5.155	1.183	1.253	1.164	1.111	1.110	1	1	3					5	4	
Buenos Aires	5.291	5.565	358	4.807	4.736	4.525	4.579	5.014	6	2	9	7	1	2		3	2	
Córdoba	373	369	306	355	355	373	342	296	2	1					2			
Entre Ríos	297	310	594	299	252	253	213	258	1		1							
Santa Fe	598	659	22	576	557	577	549	613		1								
Región Cuyo																		
La Rioja	32	27	164	28	20	18	20	21										
Mendoza	206	200	100	133	239	226	162	149						1				
San Juan	73	83	61	58	115	99	90	78										
San Luis	35	59	71	73	68	70	53	53				1						
Región Noroeste																		
Catamarca	79	80	596	42	49	44	42	40										
Jujuy	541	606	983	460	495	454	405	397	1							1		
Salta	810	904	151	922	847	776	857	766			1	1					2	
Santiago del	94	169	267	195	197	207	154	147										
Tucumán	321	330	507	259	235	225	234	203										
Región Noreste																		
Corrientes	349	375	209	399	315	346	349	322				2				3		
Chaco	484	513	364	494	457	446	413	376		1	2							
Formosa	204	246	282	208	231	216	231	206										
Misiones	199	222	123	228	204	236	201	210		1								
Región Patagónica																		
Chubut	113	135	41	126	104	115	130	96				1						
La Pampa	43	40	85	41	58	52	43	48										
Neuquén	97	76	158	75	62	58	49	67										
Río Negro	121	133	98	165	107	87	123	82			1							
Santa Cruz	98	98	28	90	88	77	64	65										
Tierra del Fuego	26	15	8	19	11	18	23	32										
Sin información	5		1.231				21											

Fuente: Indicadores Básicos. DEIS-Ministerio de Salud de la Nación NOTAS: (*) Datos provisorios. (**) 5 casos corresponden a extranjeros. (***) 13 casos corresponden a extranjeros.

Tétanos										Sífilis Congénita								
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009		2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2009
12	18	19	21	22	7	9	8	15		414	675	742	819	603	582	767	680	635
1			2		5	3	2	6	6	24	21	44	12	86	117	97	106	
4	7	9	10	6	4	3	1	3	58	92	114	122	150	86	140	126	80	
1	4		1			2	2	3	44	52	107	140	67	73	54	51	37	
1	1			5	1			1	2	5	10	12	7	5	5	5	8	
	1	2							39	36	54	97	94	58	73	58	61	
							1		1	4	1	2	19	20	56	29	28	
					2				1	1		4	2	4	10	14	26	
			2									3				1	1	
			1		1		1			2	7	8	7	13	11	7	10	
1					1				1	1	4	8	12	2	1			
			1						28	41	30	24	16	41	17	29	35	
1	1	2						1	8	25	13	10	20	31	42	16	16	
	1								6	11	14	17	18	10	15	5	8	
	1								24	16	20	68	25	22	60	25	10	
1		2	3				1			8	3	10	36	28	22	24	25	
		2							5	3	16	22	30	55	54	42	49	
	1		1						26	27	35	39	27	8	12	20	18	
1		1				1		1	162	317	278	180	48	24	62	114	107	
									1		4	2	3				1	
									1							3	2	
		1										1	5	4	7	7	2	
	2			11							2	2	2	4		4	2	
									1	7	9	4	2	7	8	3	3	
										3				1	1			



Tener una vida larga y saludable es una dimensión fundamental del desarrollo humano, cuyo valor intrínseco es evidente, ya que constituye una de las aspiraciones y derechos elementales de toda persona. Los planes y las ambiciones de los individuos dependen de que puedan vivir el tiempo suficiente, y suficientemente bien, de modo de desarrollar sus capacidades y talentos, y materializar sus proyectos autónomos de vida.

En este trabajo se estudia, mediante análisis históricos y empíricos rigurosos, cómo ha sido la evolución de la situación epidemiológica de la Argentina; cuáles son las principales demandas que han ido cayendo sobre el sistema de salud; qué resultados se han obtenido; hasta qué punto los recursos financieros destinados a la salud son suficientes para hacer frente a los nuevos desafíos sanitarios que se enfrentan; qué rol cumple la estructura institucional del sistema de salud en lo referente a la cobertura de la población, el gasto, la oferta de servicios y las formas de aseguramiento; y cuáles podrían ser las líneas alternativas de acción a emprenderse para obtener mejoras progresivas pero sustantivas en términos del alcance, la eficiencia y la equidad del sistema.

“Esta publicación plantea preguntas importantes y abarcativas para las cuales se esbozan respuestas que implican, en algunos casos, retos desafiantes. Pero confiamos en que la República Argentina, así como supo encontrar la forma de transformar exitosamente su dinámica económica, estará también en condiciones de reforzar estrategias y líneas de acción en marcha, así como de articular nuevas iniciativas, que continúen potenciando positivamente la equidad, el progreso y un sistema de salud en beneficio de todas y todos sus habitantes.”

Mirta Roses

Directora de la Organización
Panamericana de la Salud

Alicia Bárcena

Secretaria Ejecutiva de la Comisión
Económica para América Latina
y el Caribe

Martín Santiago Herrero

Representante Residente del PNUD
y Coordinador Residente del Sistema
de Naciones Unidas en Argentina



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



NACIONES UNIDAS

CEPAL



**P
N
U
D**
Argentina

Programa de las Naciones
Unidas para el Desarrollo
Esmeralda 130, piso 13
C1035ABB, Ciudad Autónoma
de Buenos Aires, Argentina
www.pnud.org.ar/desarrollohumano