

ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

HUGO E. ARCE

*Departamento de Salud Pública, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud,
Fundación Barceló, Buenos Aires*

Resumen El sistema de salud argentino se caracteriza por los siguientes rasgos: a) la organización federal del país, donde las provincias se encargan de administrar salud y educación; b) coexistencia de servicios públicos y privados, tanto ambulatorios como de internación; c) entidades fragmentadas de seguridad social, en su mayoría de origen extra-estatal. Se describen y se calculan los componentes del sistema; se analiza la distribución del poder de decisión entre la autoridad sanitaria nacional y las provinciales y se comparan con la organización de otros países. Se muestran datos estadísticos sobre distribución del gasto en salud y cobertura de servicios en la población. Asimismo se presentan flujos financieros entre las diversas fuentes de recursos, aseguradores, prestadores y los usuarios de cada sector.

Palabras clave: sistema de salud, economía de la salud, modelos de organización sanitaria, financiamiento de salud

Abstract *The Argentine Health System: Organization and financial features.* The Argentine health system is defined by the following features: a) federal country organization; b) coexistence of public and private services with either outpatients or inpatients; c) fragmented entities of social security, most of these originated outside of the state organization. Components of the system are described and weighed; making decisions strength between national and provincial health authorities is analyzed and the Argentine system is compared with that of other countries. Statistical data on distribution of health expenditures and coverage of health services are presented as well as financial flow among diverse funding sources, insurers, providers and users of each sector.

Key words: health system, health economics, health organizational models, health financing

Los sistemas de salud provienen de dos modelos genéricos: a) los servicios nacionales de salud, en los que los recursos pertenecen al Estado y se financian mediante impuestos generales, y b) los de seguridad social, donde los recursos pueden ser estatales o privados y se financian mediante alícuotas del salario. Desde que fueron creados estos dos modelos prototípicos –la Seguridad Social (SeS) alemana en 1883 y el Servicio Nacional de Salud (SNS) británico en 1948– en todo el mundo se reprodujeron organizaciones sanitarias similares, con rasgos predominantes de uno u otro modelo, pero en general combinando formas mixtas de organización y financiamiento¹. En los países de la *Commonwealth*, Japón y España predominó el modelo de SNS, mientras que en los países de Europa conti-

ental y América Latina predominó el modelo de SeS. Un tercer modelo posterior, el de Seguro Nacional de Salud (SegNS), se desarrolló en Canadá y Costa Rica en base a una administración regional, regulada por un único ente recaudador. En la actualidad, todas las estructuras sanitarias tienden a formas combinadas, tanto en sus fuentes de financiamiento como en la naturaleza de los prestadores de servicios de salud².

En América Latina predominaron sistemas pluralistas en los que coexistieron diferentes componentes: a) subsistemas de servicios públicos financiados por el Estado; b) subsistemas de SeS de origen estatal, financiados mediante aportes salariales y dirigidos a trabajadores formales, cuyos prestadores fueron predominantemente privados, y c) subsistemas privados a través de entidades aseguradoras con o sin fines de lucro. Un rasgo determinante en los países latinoamericanos ha sido la permanencia de grandes sectores de la población en circuitos de economía no registrada, por lo que las coberturas de SeS no alcanzaron a estos sectores, a menudo las $\frac{3}{4}$ partes de los habitantes. Como excepción a este modelo, Chile implementó un SNS similar al británico en 1952, pero a

Recibido: 12-VI-2012

Acceptado: 11-VII-2012

Dirección postal: Dr. Hugo Arce, Paraguay 631 6° B, 1057 Buenos Aires, Argentina

e-mail: arce@satlink.com

partir de 1980 debió convivir con un subsistema privado de Instituciones de Salud Previsional (ISaPre's). Por otra parte, a diferencia del resto de los países, donde la SeS fue de origen estatal, en Uruguay y Argentina se originó a partir de organizaciones no estatales y fragmentadas, las mutuales de procedencia inmigratoria común.

Organización

El rasgo más relevante del Sistema de Salud de Argentina está determinado en primer lugar por la organización federal del país, de modo que las provincias retienen su autonomía para administrar los servicios de salud y educación. A esta condición estructural debe agregarse la pluralidad de iniciativas y jurisdicciones, así como su persistente fragmentación institucional, que acentúa la dispersión de los centros de decisión. Comparativamente, Brasil también tiene una organización federal y una pluralidad de recursos mayor que la Argentina, pero ha logrado concentrar en un único ente recaudador la administración de los fondos públicos y de la SeS, el Sistema Único de Salud (SUS)³. Por su parte Uruguay, cuya SeS es de origen extra-estatal y fragmentado, logró concentrar los fondos públicos y mutuales en un organismo estatal autárquico equivalente al SUS, denominado Fondo Nacional de Salud (FoNaSa). Algo similar ocurre con Chile, donde los usuarios de las ISaPre's, pese a que aportan a un seguro privado, deben mantener sus contribuciones y dependencia regulatoria de un ente similar al de Uruguay, también denominado FoNaSa⁴. En la Argentina, la creación de la Administración Nacional de la Seguridad

Social (ANSeS) en 1991 logró concentrar la recaudación de todos los aportes y contribuciones de Obras Sociales, Jubilaciones y Subsidios Familiares, pero en lo relativo a Obras Sociales solo actúa como ente distribuidor, sin poder para establecer normas ni regulaciones.

En lo referente a las autoridades sanitarias y la administración de los recursos asistenciales, existe una distribución de facultades decisorias y de regulación entre la Nación y las provincias, cuyo equilibrio les impide concentrar atribuciones suficientes para planificar reformas trascendentes en la gestión global del sistema (Tabla 1)⁵.

Dentro de los establecimientos públicos, salvo algunas excepciones como los hospitales Garrahan y Posadas, todos los hospitales son administrados por las 24 jurisdicciones provinciales. Existen no obstante otros hospitales dependientes del nivel nacional, pero se encuentran fuera de la cartera de Salud, como los de las Fuerzas Armadas y de Seguridad y los universitarios. Según el último catastro de 2000, el país cuenta con 3311 nosocomios con internación (153 065 camas en total), de los que 1271 son públicos y 2040 privados. Según su tamaño, los públicos promedian 64.4 camas por establecimiento y los privados 34.9, lo que permite suponer una gran cantidad de sanatorios de pequeñas dimensiones e infraestructura precaria. Además, se agregan 14 534 establecimientos ambulatorios, de los que 6 456 son públicos y proveen el 1^{er} nivel de atención, y 8 078 privados, y cuentan con la mayor densidad de recursos tecnológicos de atención ambulatoria⁶. Pese a que la mayor cantidad de camas pertenece al subsector estatal, en términos de atención médica y facturación, los servicios privados concentran las 2/3 partes del movimiento económico.

TABLA 1.– *Facultades decisorias de las jurisdicciones nacional y provinciales*

Nivel nacional	Nivel provincial
<ul style="list-style-type: none"> – Planificación y diseño de programas preventivos nacionales. – Financiación y distribución de programas de asistencia social. – Regulación de las Obras Sociales nacionales y/o sindicales (SSS). – Cobertura de patologías de baja incidencia y alto costo (APE). – Administración del PAMI en todas las jurisdicciones (INSSJP). – Laboratorios de investigación y producción (ANLIS). – Regulación de policía farmacéutica y tecnológica (ANMAT). 	<ul style="list-style-type: none"> – Administración de hospitales y centros de salud públicos. – Administración local de programas preventivos de nivel nacional. – Administración de la Obra Social provincial. – Atención local de los programas nacionales de asistencia social. – Relaciones institucionales locales con asociaciones de prestadores. – Regulación del poder de policía sanitaria y bromatológica. – Regulación de matriculación y habilitación de servicios privados.

SSS: *Superintendencia de Servicios de Salud.*

APE: *Administración de Programas Especiales.*

INSSJP: *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.*

PAMI: *Programa de Asistencia Médica Integral del INSSJP.*

ANLIS: *Administración Nacional de Laboratorios de Investigación en Salud.*

ANMAT: *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología.*

La mayor fragmentación se observa en el campo de la SeS. En 2004 se contabilizaban 284 Obras Sociales (OS's) nacionales reguladas por la SSS, de las que 201 se encuadraban como sindicales, 25 de personal de dirección y 58 de otras categorías. Además existen otras OS's que, aunque también son nacionales, están fuera del alcance regulatorio de la SSS: las de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, las del personal universitario y las de los Poderes Legislativo y Judicial. También en el nivel nacional debe incluirse a la mayor entidad del país, el PAMI. Por último, deben agregarse 24 OS's provinciales, reguladas por legislaciones locales que, junto con el PAMI, representan entre el 40 y el 70% de la población cubierta en los distintos escenarios provinciales. Este heterogéneo conjunto comparte sus pautas operativas con las entidades gremiales de prestadores –por ejemplo federaciones médicas, asociaciones de clínicas y sanatorios–, que actúan como intermediarias en el circuito administrativo de facturación y cobranzas entre las OS's y los prestadores individuales⁷.

La población de mayor poder adquisitivo es usuaria de Empresas de Medicina Prepaga (EMP's), ya sea por contratación directa o por tercerización de la cobertura a través de una OS. Este fenómeno se debe a que las OS's delegan la gestión de sus afiliados de más altos ingresos a una EMP, a fin de evitar su migración hacia otras OS's. Desde la sanción de la Ley 26 682 en 2011, la regulación de las EMP's quedó en la órbita de la SSS. La verdadera dimensión de la Medicina Prepaga es un tema controvertido, dado que no existen registros unificados de usuarios en poder de autoridades regulatorias. Además de las empresas más conocidas, existe un conjunto de entidades mutuales, pequeños planes de alcance vecinal, cooperativas, abonos de sanatorios privados o de empresas de emergencias, que duplican la cantidad de población que habitualmente se registra en este subsector. Asimismo debe tenerse en cuenta que una parte significativa de la población cuenta con doble cobertura, lo que complica aún más establecer su tamaño real⁸.

La población que carece de cobertura, ya sea porque no tiene capacidad contributiva o porque se desenvuelve en la economía informal, es usuaria de los servicios públicos a los que accede en forma gratuita, incluyendo medicamentos básicos. El alcance de los servicios estatales es amplio e incluso son accesibles en barriadas marginales de las ciudades. La principal dificultad se presenta en localidades aisladas, de baja densidad de población, donde debe resolverse prioritariamente el traslado a centros de mayor poder resolutivo. Fuera de los aspectos asistenciales, los organismos estatales administran un conjunto de programas preventivos, que no se limitan a los usuarios de servicios públicos sino que alcanzan a toda la población, como vacunaciones, planes materno-infantiles, prevención de endemias (Chagas, dengue, sida), saneamiento ambiental, educación sanitaria y otros.

TABLA 2.– Gasto en salud por jurisdicción en 2010 (en millones de pesos)⁹

Jurisdicción	Gasto estimado (a)	%
Pública	36 140	27.3
Obras Sociales (b)	48 314	36.6
Medicina prepaga	7 449	5.6
Gasto de bolsillo	40 301	30.5
Total	132 204	100.0

(a) En millones de pesos por año. Paridad en 2010: US\$ 1 = \$ 3.81 a 3.99.

(b) Incluye Obras Sociales nacionales, provinciales y PAMI

TABLA 3.– Gasto en salud por habitante en América Latina (en dólares)¹¹

País	Gasto
México	311
Costa Rica	273
Venezuela	233
Perú	100
Brasil	257
Bolivia	67
Paraguay	112
Chile	336
Uruguay	653
Argentina	658
Promedio	300

Financiamiento

Las dimensiones económicas del Sistema deben explorarse en diferentes fuentes y estimaciones, debido precisamente a la diversidad de actores que conforman el Sector Salud. Una primera aproximación consiste en estimar el gasto global y la participación de cada subsector ejecutando esos recursos (Tabla 2)⁹. La inequidad del Sistema se refleja en la existencia de un componente importante de gasto de bolsillo del orden del 30%, donde las 2/3 partes corresponde a gastos de farmacia. Del total del gasto público, aproximadamente ¼ parte es ejecutada por la Nación y el resto por las provincias, pero dentro del Estado nacional se distribuye entre diferentes carteras, por lo que el Ministerio de Salud nacional ejecuta menos del 4% del gasto global del Sector.

Comparando el gasto de la Argentina con el de otros países latinoamericanos, se observa que tiene el mayor gasto en dólares de la Región (Tabla 3). Sin embargo, la mayor dimensión del gasto no se refleja en mejores resultados sanitarios, ya que al menos Chile, Uruguay y

TABLA 4.– Dimensiones estimadas del mercado de salud en 2009 (en pesos)¹¹

Cobertura	Población ^(a)	%	Recaudación ^(b)	%
Obras Sociales nacionales	14 513 956	36.2	29 072	28.5
Obras Sociales provinciales	6 291 186	15.7		
INSSJP - PAMI	4 065 000	10.1	9 181	9.0
Medicina Prepaga y mutuales	4 620 000	11.5	12 807	12.5
Subtotal con cobertura	29 490 142	73.5	–	–
Menos: con doble cobertura	- 6 613 520	- 16.5	–	–
Con cobertura, consolidado	22 876 622	57.0	51 060	50.0
Sin cobertura	17 257 803	43.0	29 016	28.5
Otros gastos (c)	–		21.931	21,5
Población total	40 134 425	100.0	102 007	100.0

^(a)En millones de habitantes, porcentajes agregados.

^(b)En millones de pesos por año, porcentajes agregados. Paridad en 2009: US\$ 1 = \$ 3.46 a 3.80.

^(c)Incluye gastos de bolsillo, gastos directos de las empresas y otros gastos indirectos de instituciones no lucrativas.

TABLA 5.– Estimación del flujo financiero mensual por usuario según servicios y cobertura en 2010 (en pesos)⁹

Subsector	Origen de fondos	Gasto (a)	Destino	Cobertura	Gasto (b)	Destino
Público	Ministerios y Secretarías	15.6	Programas	Sin cobertura	15.6	Programas
		167.0	Servic. públicos		117.0	Servicios públicos
Obras Sociales (OS)	OS nacionales	159.0	Servicios	Con cobertura	167.0	Servicios privados
	OS provinciales	159.4	privados, farmacia, servicios públicos			
	INSSJP-PAMI	233.0				
Privado	Seguros privados	397.0	Servicios privados,		15.6	Programas
	Gasto de bolsillo	84.7	farmacia			

(a) Estimación del gasto mensual por usuario, según origen de los fondos y destino del gasto. (b) Estimación del gasto mensual en usuarios sin y con cobertura, según destino del gasto. OS: Obras Sociales.

Costa Rica tienen mejores indicadores de morbilidad que la Argentina.

Un abordaje más profundo requiere considerar al Sistema como un mercado de bienes y servicios, donde diferentes actores gestionan la cobertura de salud a segmentos variables de la población, en base a un conjunto de fondos recaudados por diversas vías. Las estimaciones de este tipo son complejas, ya que deben recabar diferentes fuentes de datos para reconstruir el escenario general. Se presenta la distribución estimada en 2009, de una serie que tiene al menos 10 años de continuidad (Tabla 4). Puede observarse que más del 16% de la población cuenta con doble cobertura. Esta cifra es coincidente con datos de la SSS de 2003, cruzando padrones de beneficiarios de OS's nacionales y provinciales, que

mostraban un 15% de afiliados a OS's provinciales con cobertura adicional de una OS nacional¹⁰. Por otro lado, el gasto de bolsillo aparece subestimado (21.5%) con respecto al consignado en la Tabla 2.

Por último, a fin de observar el comportamiento de los distintos componentes del Sistema en función de los recursos que disponen, puede estimarse el flujo financiero que circula dentro del Sector, teniendo en cuenta el origen de los fondos, qué tipo de entidad los administra y el destino de los gastos. En este análisis se calcula el gasto mensual de cada segmento de usuarios, según su cobertura y el destino de las erogaciones. De este modo surge una comparación de la magnitud del gasto en salud según el nivel de ingresos, y los subsidios cruzados que existen entre los diferentes subsectores: por ejemplo

los programas preventivos de las autoridades sanitarias alcanzan a toda la población, tenga o no cobertura; los beneficiarios de OS's a menudo utilizan los servicios públicos sin declarar su cobertura (Tabla 5).

En conclusión, el país realiza un gran esfuerzo global en materia de salud, pero sus resultados no se ven reflejados en indicadores de morbimortalidad que estén por debajo de los de otros países que tienen un gasto menor. La marcada fragmentación y dispersión de centros de decisión entre distintos actores ha determinado un equilibrio que impide abordar reformas estructurales de fondo. La autoridad sanitaria nacional no reúne poder suficiente para imponer innovaciones legislativas que deriven en cambios trascendentes; para hacerlo debe concitar consensos muy amplios, que escapen a su capacidad de influir sobre los poderes provinciales y los recursos que gestiona.

Conflictos de interés: No hay conflictos para declarar.

Bibliografía

1. Arce H. El Sistema de Salud; de dónde viene y hacia dónde va. Buenos Aires: Editorial Prometeo, 2010, p 149-1.
2. Wagstaff A. Social Health Insurance Reexamined. Development Research Group, World Bank Policy Research Working Paper 4111, Washington D.C., January 2007.
3. Matta M, Leiva L. Sistemas de salud en el mundo. Buenos Aires: Editorial Dunken, 2008, Tomo I, p 61-103.
4. Sánchez Rodríguez H. (ed.). La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020. Santiago: Universidad Andrés Bello, 2011.
5. Arce H. El Sistema de Salud; de dónde viene y hacia dónde va. Buenos Aires: Editorial Prometeo, 2010, p 289-209.
6. Ministerio de Salud de la Nación: Catastro de Recursos de Salud. Buenos Aires: Editorial MSal, 2000.
7. Torres R. Mitos y realidades de las Obras Sociales. Buenos Aires: Editorial ISalud, 2004, p 137.
8. Arce H. La Medicina Prepaga en Argentina. *Medicina y Sociedad*, Vol. 31, N° 3, Buenos Aires, 2011. En: http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/00_1SEP2011/01sep_2011.html; consultado el 20/9/2011.
9. Tobar F, Olaviaga S, Solano R. Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino. CIPPEC, Documento de Políticas Públicas N° 99, Buenos Aires, 2011.
10. Torres R. Mitos y realidades de las Obras Sociales. Buenos Aires: Editorial ISalud, 2004, p 161-8.
11. *Key Market* en base a datos de Ministerios de Economía y Salud, INDEC, ISalud, ACAMI, ADEMP, AFIP, COSSPRA y SSS. En: http://www.ieco.clarin.com/economia/salud-pais-gasta-paga_0_266973529.html; consultado el 23/5/2010.

4. *Siendo la lengua el medio de que se valen los hombres para comunicarse unos a otros cuanto saben, piensan u sienten, no puede menos de ser grande la utilidad de la Gramática, ya que para hablar, de manera que se comprenda bien lo que decimos (sea de viva voz o por escrito), ya para fijar con exactitud el sentido de lo que otros han dicho; lo cual abraza nada menos que la acertada enunciación y la genuina interpretación de las leyes, de los contratos, de los testamentos, de los libros, de la correspondencia escrita; objetos en que se interesa cuanto hay de lo más precioso y más importante en la vida social.*

Andrés Bello y Rufino J. Cuervo
(1781-1865) - (1844-1911)

Gramática de la lengua castellana. Edición corregida y aumentada con un prólogo y notas de Niceto Alcalá-Zamora. 9ª. Edición. Buenos Aires: Sopena, p 27