

El sistema sanitario en la Argentina

# LO QUE (NO) IMPORTA ES LA SALUD

Los discursos oficiales sostienen que el sistema de atención de salud ha mejorado durante la última década, resaltando el aumento del gasto total como proporción del producto nacional y los supuestos rasgos inclusivos de la política oficial, que marcarían un cambio respecto de los '90. Pero cuando se analiza la composición del gasto y las características estructurales que presenta hoy este sistema, vemos que la atención de calidad es para pocos.

**AGOSTINA GIECO**

Socióloga, docente FSOC-UBA.

**AZUL PICÓN**

Socióloga, comité de redacción.

## Las patas flojas del sistema

El sistema de atención de salud en la Argentina está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado. Las dos primeras patas son las que deben satisfacer la demanda de la vasta mayoría, y son a la vez las que acumulan décadas de deterioro.

El subsistema público lo integran los hospitales y centros de salud públicos nacionales, provinciales y municipales, cuyos recursos provienen del sistema impositivo. Provee servicios de forma gratuita. Toda la población es su potencial beneficiaria, pero se estima que aproximadamente 14,3 millones de usuarios acceden exclusivamente a los servicios de este subsector, es decir, el 36.1 %<sup>1</sup> de la población, en su mayoría grupos sociales de bajos ingresos.

Estructuralmente, este subsistema padece los efectos de la política de descentralización en los '90. Por entonces se produjo una transferencia de responsabilidades desde el gobierno nacional hacia las provincias, que significó una

mayor carga presupuestaria para las mismas y que no fue acompañada de transferencias equivalentes de recursos. El Ministerio de Salud de la Nación, salvo pocas excepciones, hoy no administra hospitales o centros de salud en forma directa, limitándose a una función de orientación técnica, y sus lineamientos solo tienen valor indicativo.

La ausencia de coordinación central permite una gran heterogeneidad en las modalidades, en la equidad y la eficiencia de la provisión de servicios de salud. No hay un nivel único básico de cobertura. La atención y las políticas de salud adoptadas varían enormemente según las capacidades de cada provincia, entre las cuales existen diferencias en la distribución de los recursos físicos y humanos: hay menos médicos por habitante a medida que nos trasladamos a provincias de menor desarrollo relativo, y lo mismo sucede con la cantidad de médicos por cama.

Más allá de las diferencias regionales, una realidad cubre toda la geografía nacional: quienes no cuentan con cobertura y solo tienen la opción de ser atendidos en hospitales públicos, quedan relegados a una atención cada vez más

degradada. La falta de insumos básicos, de medicamentos, así como las largas horas de espera para ser atendidos, son moneda corriente, así como la falta de personal.

El subsistema de Obras Sociales (OOSS) está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud de los trabajadores en relación de dependencia y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través de PAMI (Programa de Asistencia Médico Integral). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio. Las obras sociales atienden en conjunto a más de 20 millones de habitantes (el 47 % de la población)<sup>2</sup>. Está compuesta por 280 Obras Sociales nacionales (OSN), 24 provinciales (OSP) y el PAMI. La diferenciación en su interior es notable: las OSN corresponden a organizaciones sindicales, y tienen como beneficiarios a los trabajadores en relación de dependencia del sector privado y del sector público nacional. La principal fuente de ingresos es el aporte de los trabajadores (3 % del salario) y la contribución patronal del 6 % del salario; las OSP, que cuentan con 5,5 millones de beneficiarios, atienden a los trabajadores del sector público de las provincias y se financian con aportes de los afiliados y contribuciones del Estado provincial; el PAMI, la obra social de los jubilados y pensionados, es la más grande del país contando con 3,3 millones de beneficiarios. Sus recursos de financiamiento provienen de los aportes y contribuciones de la remuneración de los trabajadores formales activos y de los aportes de los pasivos, así como de aportes del tesoro nacional. Pese a la existencia de un gran número de instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en un número relativamente reducido, influyendo así en la inviabilidad financiera de muchas de ellas: de 280 OSN, solo 30 concentran al 70 % de los beneficiarios<sup>3</sup>.

En las décadas de los '60 y '70 se desarrollaron dos rasgos centrales de las obras sociales: el

carácter obligatorio de la adhesión y la organización por rama de actividad. Durante la dictadura de Onganía, a través de la Ley 18.610 de Obras Sociales, se confirió a los sindicatos el manejo de las cajas de las obras sociales, lo que les otorgó control sobre enormes sumas de dinero que se recaudaban de los afiliados. El manejo de esos fondos confirió poder y recursos millonarios a las dirigencias sindicales burocráticas. Durante los años '90, creció la precarización en la fuerza de trabajo haciendo que muchos trabajadores perdieran las condiciones de formalidad laboral. Pero a diferencia de lo esperable no cayó el porcentaje de población con cobertura de OOSS. Se observa que entre 1991 y 1997 la población que contaba *únicamente* con seguro de OOSS aumentó de 40,3 % a 50,2 %<sup>4</sup>. ¿Cómo se explica esto? En primer lugar, por la paralela baja de la población que contaba simultáneamente con prepagas y OOSS, que descendió de 13,9 % a 4,2 %. En segundo lugar, por el carácter fragmentado del sistema de salud argentino que permite que algunas personas cuenten con más de una Obra Social, ya sea porque tienen más de un empleo o porque cuentan con la cobertura de sus cónyuges. Por último, en el mismo período se registró un incremento de los beneficiarios por cada titular aportante. Este es un mecanismo de supervivencia que utilizaron algunos sectores de bajos ingresos para extender la cobertura de aquellas personas que aún contaban con algún tipo de protección, hacia los familiares que han quedado excluidos del mercado laboral formal<sup>5</sup>. El resultado fue una mayor presión sobre el sistema, que no amplió sus capacidades de financiamiento de forma equivalente, sino que vio al mismo tiempo una importante estratificación en su interior entre OOSS "viables" e "inviables".

A partir del 2001 se implementa la desregulación, que permite la libre elección de obra social, y con ésta se profundizaron las desigualdades ya existentes en el acceso a la atención y calidad. El "descreme" de las OOSS, es decir, la pérdida de los sectores de mayores ingresos en

muchas de ellas, volvió a varias de ellas aún más inviables. Según se registra en el Censo Nacional de 2010, un total de 4,2 millones (el 10,6 % de la población) recibe la cobertura de empresas de medicina prepaga a través de OOSS. En otras palabras, la población asalariada de mayores ingresos busca acceder a la cobertura de empresas privadas aprovechando sus aportes y contribuciones para substituir y/o complementar el pago de primas mensuales. Esto se ha hecho posible porque muchas OOSS asumieron contratos con empresas de medicina prepaga a quienes les transfieren la responsabilidad por la prestación de servicios, o incluso han creado sus propias prepagas, conservando las OOSS solo a los sectores de menores aportes.

### Cuando (el negocio de) la salud, es lo que importa

El tercer subsistema es el netamente privado, que atiende a un 16 % de la población (6 millones de personas). De este porcentaje solo un 5 % está afiliado de forma voluntaria, el restante 11 % son trabajadores en relación de dependencia que la reciben como obra social<sup>6</sup>. Dentro de este sector hay organizaciones y planes muy diversos, que se orientan por lo general a la población que percibe mayores ingresos. Se estima que hay alrededor de 300 entidades, con 10 mil establecimientos del sector privado, es decir, el 16 % de la población dispone de algo más del 60 % de los establecimientos sobre el total sectorial. A su vez, encontramos una gran concentración en su interior, lo que lo convierte en uno de los sectores más concentrados de la economía: de las aproximadamente 300 prepagas solo 5 compañías (OSDE, Swiss Medical, Galeno, Omint y Medicus), concentran el 66 % de los afiliados<sup>7</sup>. Esto se profundizó durante el ciclo kirchnerista: en el 2001 las mismas compañías controlaban el 50,3 % del mercado<sup>8</sup>.

### Complejidad, fragmentación y elitización

La fragmentación y descentralización impiden la conformación de un "sistema formal" de »

salud, lo que atenta contra el uso eficiente de recursos y acentúa aún más los niveles de inequidad en su cobertura<sup>9</sup>.

Las diferencias de gasto en cada subsistema hablan por sí solas:

- el gasto asistencial neto del sector público en la población sin cobertura de seguros asciende a \$117 per cápita, por mes;
- en el sector de obras sociales, el PAMI cuenta con el mayor gasto por individuo: \$233 al mes; las obras sociales nacionales tienen un gasto promedio del orden de \$159 por afiliado (aunque, como se trata de casi 300 entidades muy diferentes, este número varía entre \$118 y \$335); y las provinciales reciben un ingreso promedio de \$154 por afiliado al mes;
- el subsector de empresas de medicina prepaga, por su parte, registra un gasto por individuo del orden de los \$397 por mes. Sin embargo, también este promedio esconde grandes variaciones entre la gran diversidad de instituciones que componen el subsector<sup>10</sup>.

Estos números nos llevan a una conclusión fundamental: el gasto en salud para aquellos que cuentan con aseguramiento privado duplica al de los que solo acceden a servicios públicos. Es decir que la atención y cobertura varían según la capacidad de pago y el tipo de empleo. A esto se suman, como ya vimos, las desigualdades por región, según la capacidad financiera y el gasto destinado a salud de cada provincia o municipio. La carencia de cobertura de seguros de salud y la mayor dependencia de los servicios ofrecidos por sector público, aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos.

Además, tanto en el caso de los beneficiarios de las obras sociales como en el de las empresas de medicina prepaga, éstas perciben un subsidio indirecto desde los servicios públicos de salud cada vez que uno de sus afiliados recibe atención en un servicio público. Esto no es menor: un 30 % de las prestaciones que proveen los servicios públicos son recibidas por personas que tienen cobertura de seguros de salud<sup>11</sup>. Esto representa unos \$8,6 mil millones al año, lo que equivale a un subsidio cruzado desde el sector público a los seguros de salud del orden de los \$28,3 por beneficiario al mes, que se deduce de los fondos para los que solo acceden a la atención de salud a través del sistema público<sup>12</sup>.

En conclusión, el sistema de atención de salud sigue tan estratificado como al comienzo del ciclo K. Mucho se habla de crecimiento “con inclusión”, pero esta inclusión –si es que hay alguna evidencia de ella– no se hace presente en la organización del sistema de salud. Como en el más rancio noventismo, ante todo, está el negocio.

### Un gasto que creció pero no cubre las necesidades

El gasto total en salud, que se compone por la suma del gasto público y el privado, equivale en la Argentina al 10,2 % del PBI, lo cual es elevado respecto al de otros países de América Latina, llegando a niveles similares a los de los países desarrollados. En la actualidad, según datos del Banco Mundial del 2010, el 54,6 % corresponde al gasto público y el 45,4 % al privado. Según datos de ese mismo año el 36,5 %

correspondió al gasto de obras sociales, un 36,1 % fue el gasto de las familias –de los que 5,6 puntos son por afiliación a medicina prepaga y 30,5 puntos por desembolso directo– y el gasto público abarcaba un 27,3 % del total<sup>13</sup>. Este correspondía mayormente al gasto de las provincias, destinado al financiamiento de los hospitales y la atención médica. El Estado nacional tenía una participación minoritaria del 8 %, que se utilizó para financiar organismos descentralizados, como los programas de promoción y acciones de regulación e investigación.

En lo que refiere al gasto público, éste ha aumentado en los últimos años. Hasta el año 2003, venía de acumular un fuerte deterioro: el Estado nacional había pasado de dedicar a la “atención pública de salud” un gasto equivalente al 20,86 % del gasto público total en 1980, a un 13,68 % en 1997<sup>14</sup>. Esto no tuvo compensación en el gasto de provincias y municipios, que aumentaron su gasto pero no de forma que compensara estos desajustes<sup>15</sup>, lo cual es un indicador muy fuerte del deterioro acumulado durante décadas. En la actualidad, el gobierno nacional presupuestó para 2015 un gasto total de 24.201,6 millones de pesos. A nivel provincial también creció en la última década. Pero aunque cuenta con recursos superiores al resto de la región, en términos de resultados sanitarios obtiene un bajo rendimiento de recursos destinados al sector<sup>16</sup>.

La mayor parte del gasto público en salud se destina a la atención médica: mientras que las acciones de prevención, promoción y regulación representan un gasto público per cápita mensual del orden de los \$15,6, la atención alcanza los \$167.

Si a pesar de los aumentos del gasto en salud, los problemas estructurales se han mantenido e incluso profundizado en la última década, se debe a que los recursos siguen siendo destinados a un sistema de salud fragmentado y con una estructura colapsada. Los problemas profundos de un modelo prestador de baja calidad, desigual y heterogéneo no se pueden resolver con un simple aumento del gasto.

### Hacia un sistema de salud de calidad para todos

Lo analizado anteriormente desmiente el relato de cobertura –supuestamente– universal y de acceso oportuno a los servicios requeridos. Por el contrario, encontramos en su lugar inequidad en el acceso y desigualdad. Continúan las barreras económicas, territoriales y burocráticas. La falta de servicios médicos adecuados suma a la forma “clasista” de enfermar, una forma “clásista” de morir.

Por todo esto, es necesario un sistema de salud único, gratuito y de calidad, basado en la liquidación del sistema privado y la integración de las unidades en un sistema de hospitales y centros de salud públicos, que funcione controlado por los trabajadores y usuarios, y actúe de forma coordinada con las obras sociales, financiado con aportes crecientes según la escala de los ingresos que se destine a financiar a todo el sistema, y reforzado con impuestos progresivos a las grandes fortunas y el no pago

de la deuda externa. Debe existir una coordinación centralizada que garantice la cobertura médica y los servicios de salud para todos, reemplazando el criterio mercantil y falsamente universal, en conjunto con políticas de salud globales, integradas sobre una base de educación, promoción, prevención y resolución de las causas estructurales, que generan todo tipo de padecimientos. Para que la salud deje de ser un negocio para ser un derecho de todas y todos. ■

1. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de Argentina.
2. "El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros" Buenos Aires : Programa Naciones Unidas para el Desarrollo -

PNUD, 2011. Salvo indicación contraria, los datos del artículo tienen como fuente esta publicación.

3. Van der Kooy, Ernesto, et. al., *Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa obligatorio*, Buenos Aires, Usal, 2010, p. 16
4. Federico Tobar, "Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina", revista *Énfasis Salud*, septiembre 2000.
5. Ídem.
6. Indec, 2011.
7. Clavero, María Paula, "Análisis competitivo del sector medicina prepaga", Investigación desarrollada en FCE-UNCuyo, Septiembre 2011.
8. "Prepagas: más concentración", noticia publicada en el Bureau de Salud, <http://bureaudesalud.com/>, 8/8/2011.
9. Roberto Bisang y Oscar Cetrángolo, "Descentralización de los servicios de salud en la Argentina", Santiago Chile, CEPAL, 1997.

10. Tobar, Federico, et al. "Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino", *Documento de Políticas Públicas/Análisis* N°99, CIPPEC, Buenos Aires, diciembre de 2011.

11. La atención a pacientes afiliados a OOSS es posible de ser facturada por parte del hospital público, pero del total de hospitales inscriptos en el sistema, solo factura un 18 %, y el 5 % de los hospitales que facturan acumula el 80 % del monto total facturado. Rubén Torres, Mitos y realidades de las Obras Sociales. Ediciones ISALUD, 2004
12. "Retos postergados y nuevos desafíos..." *ob. cit.*
13. Ídem.
14. Carlos H. Acuña y Mariana Chudnovsky, "El sistema de salud en Argentina", *Documento* 60, Universidad de San Andrés, 2002.
15. Ídem.
16. "Retos postergados y nuevos desafíos..." *ob.cit.*

La vigencia de las directivas para la mercantilización del sistema de salud

## UN "MODELO" AL COMPÁS DEL BANCO MUNDIAL

El alto nivel de descentralización del sistema de salud responde a un proceso histórico de larga data, que va en sintonía con los lineamientos propuestos por los organismos internacionales de crédito, los cuales desde hace años, imponen sus políticas al exigir determinados resultados como condición para financiar.

"El financiamiento de los Servicios de Salud en los Países en Desarrollo" (1989) e "Invertir en Salud" (1993) son dos documentos del Banco mundial (BM) claves para entender los cambios en el sistema de salud durante los '90 y el kirchnerismo. Estos proponían centralmente tres medidas: privatizar, descentralizar y cobrar por los servicios de salud. Decretan como "imposibles" los sistemas públicos universales integrados de la salud y considerando como única opción posible la de mantener una fragmentación ordenada. Esta separación es el dispositivo necesario para abrir mercados y mercantilizar la salud.

Si bien los antecedentes se remontan a los años '50, es en la década del '90 cuando las estrategias de descentralización y desregulación alcanzan su máxima expresión. También es cuando se crean los Hospitales de Autogestión. Esto no implicó la creación de nuevos hospitales, sino solo la modificación de la administración de los hospitales públicos. La salud como mercancía: el término "autogestión" se revela como un mero eufemismo para el autofinanciamiento, donde el hospital cobra a toda persona con capacidad de pago.

Los informes del BM asumen de hecho el rol de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en proponer las "reglas del juego" para la definición y gestión de las prioridades que se refieren a la salud. Recomendaciones que no consideran a

la salud como un derecho humano, sino que se dirigen a algunas enfermedades, que generalmente coinciden con alguna tecnología de intervención en salud. Las enfermedades y los sistemas de cuidados de salud son candidatos a una política cada vez más centrada en las "prestaciones económicamente accesibles". De hecho los indicadores que hoy se utilizan hablan directamente de "años de vida saludables" de la misma manera que las compañías aseguradoras. La falta, subregistro y ocultamiento intencional de datos en salud, tantas veces denunciadas por los investigadores, obedecen a esta política.

Uno de los lineamientos propuestos por la Organización Panamericana de Salud, fue la Atención Primaria de Salud (APS) en América como respuesta al incumplimiento de los objetivos del milenio de la ONU<sup>1</sup>. En el año 2005 la APS se implementa en Argentina como una estrategia central, como articuladora de las políticas de salud. Esta estrategia apunta a mejorar la prevención y los niveles de salud, reduciendo costos con la colaboración voluntaria de la comunidad. Sin embargo en países semicoloniales –como Argentina– con sistemas de salud fragmentados, a diferencia del objetivo que se propone, no significa un primer acceso a un gran engranaje de salud universal, gratuita, etc., sino que las diferencias de clase se trasladan en forma de desigual acceso a la salud. Se tienden a profundizar las desigualdades en el marco de un sistema en el cual la salud es una mercancía más. Como sintetiza Mario Testa<sup>2</sup>, en estos países, la Atención Primaria de Salud se transforma en "medicina pobre, para pobres, de países pobres".

En el 2008 la OMS incorpora la noción de *determinantes sociales de la salud*, en el que consideran que la salud es un indicador de vida mientras que la enfermedad es un indicador de mercado. Pero más allá de la retórica, las intenciones siguen siendo *non sanctas*. Estas estrategias tratan de demostrar que no existe contradicción entre salud y capitalismo, sino que se pueden mejorar las condiciones de salud mediante modelos de atención médica de bajo costo, en los que participe la población.

Enmarcadas en esta estrategia se implementaron el Plan Federal de Salud 2004-2007, la Política Nacional de Medicamentos (ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico y programa REMEDIAR), el Programa Médicos Comunitarios, el Programa Materno Infantil y el de Salud Sexual y Procreación Responsable, entre otros. Las medidas contra la universalidad e integralidad exigidas por estos organismos se lograron mediante la aplicación de programas de focalización (programas sociales asistenciales dirigidos a grupos específicos con mínimos recursos), financiados por fondos externos<sup>3</sup>. Tal como ordenaron los organismos de crédito: ajustes con rostro humano y mantener una fragmentación ordenada de sistemas de seguro.

1. La APS nace en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata en 1978. Antes del 2005 en Argentina se aplicó en momentos o lugares puntuales, pero a partir de ese año, pasa a ser una estrategia central.

2. Mario Testa, "Atención ¿primaria o primitiva? de salud", *Pensar en Salud*, Bs. As., Lugar Editorial, 1996.

3. Stolkiner, A., Comes Y., Garbus, P. Alcances y Potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en la Argentina. *Ciencia&Saúde Colectiva*, 16. Río de Janeiro, Brasil, 2011.