

Escuela: CENS 210

Docente: Antonio Plaza

3er año 2do ciclo

Turno: Noche

Espacio Curricular: Administración de Obras Sociales

Título: Integración del sistema de salud argentino

1. [I área de la salud y los tres subsistemas que lo componen](#)
2. [El subsistema público](#)
3. [El subsistema de Obras Sociales](#)
4. [El subsistema privado](#)

El [sistema](#) en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la [salud](#) una [lógica](#) peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su [población objetivo](#), los [servicios](#) que brindan y el origen de los [recursos](#) con que cuentan.

La Argentina se distinguió durante muchos años por la [eficiencia](#) y [calidad](#) de su sistema de salud, pero hace ya largo [tiempo](#) que el área ve disminuidas sus capacidades y enfrenta [problemas](#) cada vez más importantes. En las últimas décadas, el sistema público, que está integrado por los hospitales públicos y los centros de [atención](#) primaria de la salud que funcionan bajo la [coordinación](#) de [Ministerios](#) y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita, sufrió un gran deterioro. A su vez, esta situación actuó como disparador de un crecimiento expansivo del sistema de [seguridad](#) social (Obras Sociales) que se convirtió en el principal proveedor de servicios hasta que sus problemas se agudizaron en el transcurso de la década de los ochenta como consecuencia de múltiples factores: entre ellos, la pérdida de recursos y la debilidad institucional. Sin embargo, un elemento aún más importante que influyó en la [crisis](#) de las Obras Sociales se desprende del creciente [proceso](#) internacional de terciarización del [trabajo](#) y la consiguiente pérdida de peso de los [sindicatos](#). En la Argentina, este problema se hizo visible aunque no se profundizó como era esperable suponer puesto que, aún ante el incremento cada vez mayor del [empleo](#) informal y la consecuente pérdida de los aportes obligatorios de los trabajadores (que se ligaban a su condición de *trabajadores formales*), no se debilitó en igual medida, la cantidad de usuarios de las Obras Sociales. En efecto, se observa que entre 1991 y 1997 la población que

contaba *únicamente* con seguro de OS aumentó de 40,3% a 50,2%. Esto se explica por la paralela baja de la población que contaba simultáneamente con Prepagas y OS, que descendió de 13,9% a 4,2%. En efecto, la mayoría de la población Argentina (62,3%) aún cuenta con cobertura de algún sistema de salud, sea este de OS o de Prepaga. La explicación se encuentra en 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 la Obra Social de sus cónyuges. Por otra parte, la mitad de los beneficiarios de los planes voluntarios de mutuales y Prepagas suelen tener también Obra Social. Esto explica, en parte, que un crecimiento significativo del desempleo (como el registrado durante la década de los años noventa) no haya repercutido linealmente sobre la cobertura de la seguridad social. La doble cobertura ha funcionado como mecanismo "amortiguador" del impacto del desempleo sobre la demanda de seguridad social. Por último, un efecto que también se ha registrado es el incremento de los beneficiarios por cada titular aportante. Este es un mecanismo de supervivencia que utilizan algunos sectores carenciados que buscan extender la cobertura de aquellas personas que aún cuentan con algún tipo de protección de Obra Social, hacia los familiares que han quedado excluidos del mercado laboral formal (Tobar, 2001). Asimismo, la progresiva crisis fiscal afectó indirectamente al subsistema de seguridad social debido, entre otras cosas, a las débiles condiciones macroeconómicas existentes.

El área de la salud y los tres subsistemas que lo componen

El sistema de salud argentino está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las Obras Sociales y el privado. De ahí la importancia de tener en cuenta las características centrales de cada uno de ellos para lograr una visión cabal del escenario existente en este sector.

No sólo se observan, en este sentido, la falta de integración entre los distintos subsistemas, sino que dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación. En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y, en el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación.

El subsistema público

cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de salud de forma gratuita a través de Este subsector una red de hospitales públicos y centros de salud, supuestamente, a toda la población. En los hechos, abarca aproximadamente al 30% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos.

La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia y tiene presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado. No obstante, la población que se comporta como demanda natural de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores. Según datos de la Encuesta de Desarrollo (1997), se estima que la población que accede sólo a los servicios del salud de este subsector, se constituye en poco más de un tercio de la población (13,4 millones de personas). Se observa que el 62,3% de la población posee

algún tipo de cobertura social y que el 37.6% solamente utiliza el hospital público. Social en adelante, EDS

Asimismo, la representación de los establecimientos del sector público dentro del total de los establecimientos de los diferentes subsectores, ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo. Sin embargo, en términos absolutos, se observó un aumento de las instituciones entre 1969 y 1995. A su vez, hay en el país más de mil doscientos establecimientos públicos con internación, la mayoría de los cuáles son hospitales. La mayor parte de ellos son provinciales y sólo una mínima proporción depende del nivel nacional. Por otra parte, si se tiene en cuenta la "capacidad instalada" del subsistema, considerando como indicador la cantidad de camas disponibles, vemos que el sector público es proporcionalmente el mejor posicionado.

Simultáneamente a estas consideraciones de carácter descriptivo, es necesario analizar la dinámica que asume este área. Este subsistema opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). Hipotéticamente, la Nación $\frac{3}{4}$ en la figura del Ministerio de Salud $\frac{3}{4}$ asume en la década de los años noventa las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En la práctica, el rol del nivel central es muy acotado. Prácticamente no interviene en la política de salud nacional. Asimismo, cabe aclarar que el porcentaje de gasto público que actualmente maneja es muy pequeño. Por el contrario, en las últimas décadas, se ha visto reforzada la importancia de los Ministerios Secretarías de Salud provinciales, los cuales como producto de un progresivo proceso de transferencia de establecimientos, han tenido que ir haciéndose cargo de muchos de los hospitales públicos nacionales. Ahora bien, teniendo en cuenta que las provincias cuentan con autonomía respecto a las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, el poder de decisión del MS de la Nación se ha visto acotado. En forma paralela a esta situación de restricción de su injerencia real, la situación de los Municipios se ve también afectada por la transferencia de la Nación a las provincias, puesto que estas últimas no fueron mayoritariamente descentralizadas a los niveles locales.

El subsistema de Obras Sociales

El sistema de Obras Sociales en nuestro país, se consolidó como tal en 1970, bajo el gobierno autoritario del general Onganía, a través de la Ley 18.610. Aunque estas existían desde mucho antes la modalidad que asumían no era la que hoy conocemos. Las Obras Sociales durante las décadas del 50 y del 60 formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios. Está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. 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. En efecto, aunque el sistema de seguro social de salud en Argentina está altamente descentralizado y existen muchas OS, esto no implica que existan simultáneamente, altos niveles de concentración de la oferta. Sobre un total de 290 entidades, excluyendo el PAMI, las primeras 20 Obras Sociales del ranking nuclean el 65,7% de los beneficiarios totales, y entre ellas las 10 primeras entidades absorben el 51,52% de la población total. Las Obras Sociales de régimen nacional, más de 300 instituciones a comienzos de la década del '90, son los agentes centrales del seguro de salud, dan cobertura al 50,2% de la población con seguro obligatorio y se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 (Decreto 446/00). Las Obras Sociales provinciales son 23 instituciones que otorgan cobertura a un 29,41% de esta población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes. La fuente de financiamiento está constituida por contribuciones de empleados y empleadores vinculadas a los ingresos que en las Obras Sociales de régimen nacional se establecieron en un 8% de la nómina salarial (luego modificadas) y, en el caso de las provinciales, varían entre el 7 y el 12,5%. Es importante resaltar que este subsistema se terminó de consolidar como tal cuando en 1970 se extendió de manera obligatoria a toda la población trabajadora y a los jubilados y pensionados. Pero esta circunstancia le imprimió una característica peculiar, puesto que en vez de impulsar la provisión directa (centrada en servicios de su pertenencia). Por otra parte, además de nuclear a una gran parte de la población, la importancia de este subsector radica también en su capacidad de tornarse en un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970. De hecho, el sistema en general ha girado fundamentalmente alrededor del subsistema de Obras Sociales, que ha sido dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurridos en los últimos cuarenta años. El desarrollo del seguro social bajo jurisdicción sindical desde los años cuarenta, implicó una redistribución de poder hacia los sindicatos que ganaron un enorme poder con el control y la administración de los fondos y desde entonces defendieron fuertemente esta adquisición. Una importante consecuencia de la formación del sistema de Obras Sociales ligado a la rama de actividad fue la creación de un seguro de salud basado en la categoría de trabajadores formales y sujeto a la existencia de un mercado de trabajo que presentase condiciones de pleno empleo y una alta tasa de asalarización. Esta fuerte vinculación entre Obras Sociales y sindicatos ha generado una continua politización de los conflictos que implica, la mayor parte de las veces, que se privilegien objetivos de esta lucha política por sobre las necesidades del área de la salud.

El subsistema privado

Bajo la denominación global de empresas de Medicina Prepaga se agrupa un amplio y muy diverso conjunto de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios cubiertos mucho mayor que el de las Obras Sociales. Las empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de instituciones Médico-Asistencial de la República argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios). Las cámaras agrupan a alrededor de 70 firmas de un total estimado de 150 con ubicación en Capital Federal y Conurbano y 46 empresas radicadas en el interior.

Cabe aclarar que la afiliación se concentra fundamentalmente en la Capital Federal y, en menor medida, en el Gran [Buenos Aires](#), existiendo algunas importantes entidades en las provincias de Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Entre Ríos y Tucumán.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios que, por lo general, tienen medianos y altos ingresos y que muchas veces también cuentan con cobertura de seguridad social ("doble afiliación"). Según los datos de la EDS, la cobertura de las Prepagas o mutuales alcanza un 7,9 de la población. Por su parte, la "doble afiliación" (Prepaga más Obra Social) alcanza a un 4,2% de la población. Durante los últimos años, el subsector privado ha evidenciado un rápido crecimiento, consolidándose como prestador del sistema de las Obras Sociales. Entre 1969 y 1995, la participación de este subsector privado en el total de establecimientos asistenciales del país prácticamente se cuadruplicó. Mientras que a fines de la década de los años sesenta, sus establecimientos representaban un tercio del total nacional, a mediados de los noventa superaban el 50%. A su vez, la capacidad instalada del subsector se duplicó entre 1969 y 1995. Finalmente, cabe señalar que a pesar de que el gasto anual de este sector es menor en comparación con el subsector público y las Obras Sociales, su gasto per cápita es el más elevado. Es necesario tener en cuenta para comprender este subsector que [el Estado](#) ha tenido una mínima intervención regulatoria en el área. La resolución 2181 del año 1980 de la Secretaría de [Comercio](#) establece las condiciones que deben registrarse en los [contratos](#), pero éstas se refieren a características de los convenios (individual o colectivo); porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; [normas](#) aplicadas a la provisión de servicios y; forma de pago de las primas y reintegros. Asimismo, este subsistema está conformado por un conjunto de instituciones muy heterogéneas, con gran número de entidades, [costos](#) de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de [competencia](#) y protección del [consumidor](#). Por otra parte, en los últimos años, las condiciones económicas nacionales e internacionales contribuyeron a la aparición de capitales externos que ingresaron al campo de los servicios privados. En la Argentina, operan en total alrededor de 196 empresas de medicina Prepaga (entre las cuáles el 58% tiene base en Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el interior). Del [volumen](#) total de asociados, en el 65% de los casos se trata de adherentes individuales y el resto (35%) está conformado por afiliaciones corporativas. Las diez empresas líderes del mercado argentino concentran, aproximadamente, el 46,3% de la facturación y el 41% de la demanda. Por otra parte, las entidades más grandes tienen un ingreso promedio mensual por beneficiario que duplica al de las menores. Y, por el contrario, estas últimas tienen mayor presencia en el interior del país. Un fenómeno que también se observa es la creciente tendencia, entre las Prepagas, a establecer contratos prestacionales con las Obras Sociales. Esta modalidad que se inició con contratos con algunas Obras Sociales de [personal](#) superior, como OSDE, se extendió a un espectro mucho más amplio de entidades a través del gerenciamiento de sus contratos capitados. En los [informes](#) de la SSS de 1999 se verifica que las Obras Sociales establecieron 128 contratos con concesionarios y 17 con gerencadoras. Inclusive, existen situaciones en que una misma Obra Social establece convenios con más de [una empresa](#) de medicina Prepaga. De hecho, la existencia de estos convenios se convierte en una [estrategia](#) de competencia entre OS, permitiendo a los

afiliados acceder, indirectamente, a los servicios de las empresas de medicina Prepaga. En efecto, más de dos millones de beneficiarios (17 % del padrón) acceden a la **red** prestadora de empresas de medicina Prepaga a través de estos contratos de gerenciamiento y, a su vez, las empresas de medicina Prepaga acceden, de forma directa, a un mercado que involucra un conjunto de OS que detentan el 34% de los ingresos del sector. Por último, al tratarse de un mercado de altos niveles de saturación la tendencia ha sido preservar la competencia a través de la diversificación de planes. Para las instituciones privadas con fines de lucro es importante contar con una cartera creciente de asociados y para ello compiten diferenciando su producto. Es decir que la competencia por captar un mayor número de asociados impacta en una permanente expansión de la cobertura.

Florenxia Grande

Actividades:

- 1) Leer y analizar detenidamente el documento de información.
- 2) Elaborar un esquema de contenidos que contemple la integración del sistema de salud y las características de cada subsistema.

Directora: Adriana Simone