

Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. UNR.
Departamento de Bioquímica Clínica.
Área Tecnología en Salud Pública.

Tema: Sistema de salud en Argentina.

Material curricular elaborado por: Ma. Florencia Mangiameli

Año: 2006

Evolución histórica del sistema de salud en Argentina

La salud no fue, sino hasta hace poco tiempo, una temática de relevancia para el Estado. Más aún, las políticas con respecto a la misma fueron variando a través de los años. Sin embargo, hoy existe cierto consenso respecto a la importancia de la intervención del Estado en materia de salud.

Para entender las complejas relaciones, componentes y actores del sistema de salud argentino, es preciso conocer sus orígenes.

Existen, al menos, cuatro etapas identificables en función del nivel de concentración o descentralización de las decisiones tomadas respecto del sector, así como también del poder relativo de los actores principales involucrados (Estado, Obras Sociales y Privados). Estos períodos se organizan de la siguiente forma:

- 1) el modelo "**descentralizado anárquico**" (hasta 1945);
- 2) el modelo "**centralizado**" (1945-1955);
- 3) el modelo de "**descentralización del sistema**" (1955-1978);
- 4) el modelo de "**descentralización fiscal motivada por objetivos de corto plazo**" (desde 1978).

Modelo descentralizado anárquico (hasta 1945)

El paradigma reinante durante la primera mitad del siglo XX, entendía a la salud como una cuestión meramente individual, responsabilidad y objeto de caridad. En este contexto, el sistema sanitario argentino estaba conformado por una amplia y diversa cantidad de instituciones que operaban en respuesta a demandas puntuales y de corto plazo, sin ninguna coordinación y con una prácticamente escasa capacidad de prevención y formulación de políticas a largo plazo. *Las instituciones actuaban frente a necesidades específicas, mediante esfuerzos individuales altamente fragmentados.*

La función del Estado era marcadamente subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial. Sus funciones incluían:

- ✓ cuidar la higiene pública,
- ✓ controlar epidemias,
- ✓ vigilar la sanidad de fronteras,
- ✓ asistencia frente a contingencias no previstas.

Esta concepción subsidiaria del rol del Estado respecto de la salud, tenía su correlato en la estructura del Estado Nacional: el sector estaba representado por el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, así como por la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales regionales, que dependía del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

Lenta pero constantemente, en un movimiento que se afirmó durante los '20 y los '30, comenzaron a formarse y predominar organizaciones que reunían a personas insertas en una misma actividad laboral -miembros de un sindicato, empleados de empresas o instituciones privadas o estatales- y que en su mayoría tenían como objetivo prioritario, aunque no excluyente, la financiación de la atención médica. Nació así, las Mutuales. A la par, se fueron generando los primeros estímulos a la fragmentación: nacionalidad de origen, pertenencia a determinado gremio, adhesión a determinada religión u organización política.

El modelo centralizado (1945-1955)

En la década del 1940 y a través de sus organismos gremiales representativos, los profesionales médicos comenzaron a defender las formas organizativas que pueden pensarse en términos de promoción de condiciones de equidad en la atención médica. Se hablaba de *una sola medicina para todos los habitantes del país (...) que garantice a todos los individuos, en igualdad de condiciones, las mejores acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, bajo la responsabilidad primaria del Estado.*

El paradigma durante este período era *la salud como responsabilidad del Estado*. Este cambio en la visión del tratamiento de la salud de la población, produjo una expansión estatal -impulsada desde el gobierno central- de la cobertura sanitaria.

Durante este período, el gobierno nacional llevó a cabo un ambicioso programa de obra pública y de expansión de servicios en todo el territorio nacional. Además, se nacionalizaron todos los establecimientos públicos desplazando a las sociedades de beneficencia, se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria y se llevaron a cabo gran cantidad de programas dirigidos a problemáticas sanitarias específicas, lo que generó una fuerte dependencia del sector salud con respecto al presupuesto central.

Por otro lado, si bien continuaban existiendo sistemas de coberturas mutualistas, ahora con fuerte predominio sindical, no se apreciaban separaciones entre prestadores y financiadores de salud.

Se observa la tendencia de las entidades mutuales a reagrupar los trabajadores por rama de producción, sentando las bases de lo que luego serían las Obras Sociales.

Es de gran importancia durante esta etapa, la transformación del Departamento Nacional de Higiene en Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, convirtiendo por primera vez a la salud pública en un asunto de interés específico. En 1946, se crea la Secretaría de Salud Pública y en 1949 el Ministerio de Salud Pública. Desde estas dependencias, se llevó a cabo una ampliación de la cobertura asistencial dirigida a sectores sociales que hasta entonces habían tenido un acceso limitado y marginal a la atención médica hospitalaria. Se instalaron nuevos hospitales y centros médicos ambulatorios, a la vez que se incrementó el número de empleados afectados al Ministerio de Salud Pública. El crecimiento del número de camas hospitalarias del sector público fue considerable: de las 63.000 existentes en 1946 se avanzó a 108.000 en 1955.

Esta expansión del sistema de salud público convirtió al hospital público en un centro formador de nuevos profesionales y en un lugar de atención médica "para todos". Bajo la gestión del Dr. Ramón Carrillo, primer ministro de salud de la Argentina, se iniciaron una serie de medidas que expresaban la voluntad de regular la Salud por parte del Estado así como de mantener un adecuado acceso para los sectores sociales menos pudientes.

La descentralización del sistema (1955-1978)

Tras el derrocamiento de Perón en 1955, el gobierno de la llamada Revolución Libertadora inició una serie de reformas tendientes a transferir hacia provincias y municipios, las responsabilidades técnicas y administrativas de los establecimientos públicos en manos del Estado Nacional, muchos de los cuáles habían sido construidos durante el periodo anterior. Se observa así, una progresiva desconcentración de los centros de planificación y decisión de los servicios de salud, durante la etapa 1955-1978, cuando se realizaron las primeras transferencias de hospitales nacionales a las provincias, con total falta de asistencia técnica y financiera adecuada para una descentralización exitosa. Esto trajo aparejado un rápido deterioro de los establecimientos, generando un desgaste de la hegemonía estatal en la oferta de servicios, así como un crecimiento de las Obras Sociales que comenzaron a cobrar importancia dentro del entramado de actores relevantes del sistema de salud.

Los antecedentes históricos del sistema de Obras Sociales en nuestro país, se remontan a las sociedades de ayuda y socorros mutuos organizadas espontáneamente por la inmigración europea a mediados del siglo XIX. A pesar del fuerte impulso que recibió esta forma de organización de los servicios médicos durante la década peronista, las Obras Sociales tal como hoy las conocemos no fueron una creación de dicho gobierno. Se tiende a vincular el origen de los sindicatos con el gobierno peronista porque este dio gran aliento al desarrollo de las Obras Sociales sindicales. Sin embargo, en el origen de las mismas (de 1955 a 1970) los aportes para la cobertura de atención médica se establecían en las convenciones colectivas, lo cuál implicaba una fuerte diferenciación y fragmentación del sistema como consecuencia de las diferentes fuerzas de cada sindicato, que determinaban a su vez, la forma de funcionamiento de sus respectivas Obras Sociales. Cada una desarrolló una estrategia de prestación directa de servicios de salud a sus afiliados a través de instalaciones propias. Los pequeños y medianos sindicatos también lo hicieron pero a través de prestaciones indirectas de servicios de salud y en convenio con el sector privado. Las Obras Sociales durante las décadas del años cincuenta y sesenta formaban un conjunto heterogéneo, con regímenes extremadamente variados de prestaciones, brindadas solo en parte a través de servicios propios.

Es muy importante destacar que el Estado poseía escasa información sobre las Obras Sociales y no tenía control sobre sus fondos administrados ni lograba regular la coordinación que existía entre ellas.

Durante el gobierno del general Onganía se proscribió la actividad política y sindical, permitiendo solo el crecimiento de los "sindicalistas dialoguista", con los que el gobierno de facto entabló relación a través una ley pro sindical, de 1970, que se constituiría como un importante recurso de poder: las Obras Sociales. A través de esta ley se intentó fortalecer las estructuras sindicales más pragmáticas y proclives al diálogo y a la negociación con el gobierno militar, con el objetivo de desactivar el conflicto social existente. Entre sus aspectos más relevantes, esta ley involucraba las siguientes características:

- ✓ cubría a todas las Obras Sociales (estatales, paraestatales, organismos descentralizados, de empresas del Estado y obras sindicales),
- ✓ los recursos par las mismas provendrían de una contribución de los empleadores del 2% de la nómina salarial, un aporte de los trabajadores del 1% de sus remuneraciones (1% adicional para quienes poseyeran una o más personas a su cargo) y un 2% de los haberes previsionales de jubilados y pensionados que se incorporaran al sistema,
- ✓ las Obras Sociales serían conducidas por los mismos sindicatos que recaudarían sus fondos sin intermediación alguna.

Los fondos de las Obras Sociales no quedaban ahora sólo librados a la negociación entre empleadores y trabajadores. La ley establecía un piso de contribución obligatoria para ambos. Sin embargo, la determinación de la obligatoriedad de la afiliación al sistema de Obras Sociales de todos los trabajadores en relación de dependencia, así como la generalización de la contribución patronal, son una muestra concreta de cómo la sanción de la ley reforzaba el poder económico y político de los gremios y sindicatos.

Se creó entonces buscar año el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) para promover, coordinar e integrar las actividades de las Obras Sociales y para realizar actividades de evaluación técnica y contable. Y se estableció un Fondo de Redistribución administrado por el INOS para incrementar o mejorar la capacidad instalada de las Obras Sociales o para asistir financieramente a las mismas.

La capacidad reguladora del INOS resultó insuficiente para atenuar la heterogeneidad característica del sistema de obras sociales que se manifestaba en las dimensiones de la cartera de beneficiarios, en los recursos disponibles por beneficiario, en la estructura de servicios ofrecida, en el perfil de consumo por afiliado, en las condiciones de accesibilidad, en la estructura de costos y en el modelo de organización de la atención médica desarrollado.

Posteriormente, la ley 23.661 impuso en la conducción del sistema a un nuevo organismo dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social: la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), que reprodujo la inoperancia regulatoria de su antecesor, el INOS.

Es importante destacar, que *además del fortalecimiento de las Obras Sociales, el paradigma que guió las reformas en el sector público fue el del Estado como subsidiario*. Se buscaba "provincializar" la capacidad instalada que poseía el gobierno central.

La conformación de un esquema integrado por parte del gobierno central, con bases en planes globales de salud que retomarían las acciones provinciales, intentó concretarse a inicios de la década del setenta a través de la creación del Comité Federal de Salud y del Consejo Federal de Salud. Sin embargo, este intento del Estado Nacional de atenuar los niveles de fragmentación, no tuvo demasiado éxito. Tampoco se completó la descentralización financiera desde la Nación hacia las provincias.

En 1974, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con el propósito de conformar un sistema único de salud con eje en el Estado que asegurara un acceso igualitario a la salud para toda la población. Este proyecto no logró suscitar el interés de las Obras Sociales ni de la mayoría de las provincias. No obstante, hasta su intervención por el nuevo gobierno militar, en 1976, el SNIS registró avances en algunas provincias.

Puede considerarse un hecho central de este período, la relegación de la descentralización Nación-Provincias, a causa de la preponderancia que adquirió la consolidación de las Obras Sociales como eje del sistema prestacional. El crecimiento de esta forma de prestación de la salud bajo la administración de los sindicatos redujo la importancia del sector público en su totalidad, relativizando la importancia de las políticas de descentralización fiscal. Dada la obligatoriedad de las cargas sobre la nómina salarial a las Obras Sociales controladas por los sindicatos de cada una de las correspondientes ramas de actividad, este nuevo polo prestacional devino en una suerte de descentralización *sui generis* del sistema de salud. Cada sindicato desarrolló su esquema prestacional circunscripto a las necesidades de sus afiliados , desarrollo

que se dio en el marco de un escaso poder de reglamentación y coordinación de las autoridades sanitarias y provinciales.

Poco se avanzó en este período en términos del logro de una mayor coordinación entre prestadores de Obras Sociales, hospitales provinciales y nacionales.

La descentralización orientada por las relaciones financieras entre la nación y las provincias inaugurado en 1976 (1978 en adelante).

Durante la década de 1970, el financiamiento del Estado y la provisión de salud cayeron significativamente. Hacia fines de esta década, se retomó la política de descentralización fiscal, en el marco de una declinación de la participación pública en el área de la salud. A través de la Ley 21.883, se aprobaron distintos convenios entre Nación, Provincias y Municipios con los se transfería de la Nación, 65 hospitales hacia distintas jurisdicciones.

Este proceso de descentralización asumió dos rasgos básicos. Por un lado, los gobiernos provinciales firmantes de los acuerdos con la Nación, eran solo delegados del Poder Ejecutivo Nacional durante un período de gobiernos de facto. Por otro lado, en ningún caso existió una compensación presupuestaria por la transferencia de los hospitales públicos que se llevó a cabo como resultado de la presión que ejerció el Gobierno nacional a las provincias que se hicieron cargo de mayores funciones sin recibir recursos.

Durante este período, se impulsaron otras cuatro medidas importantes en términos de la transformación del sector:

- ✓ fijación de aranceles en los servicios asistenciales públicos, en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires y en 14 provincias.
- ✓ sanción de la Ley 29.269 de Obras Sociales en 1980 que aumentó el poder de la Secretaría de Seguridad Social.
- ✓ desarrollo de un mercado de servicios de salud, consecuencia de la reducción de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado, que llevó a un uso indiscriminado e innecesario de recursos tecnológicos.
- ✓ ampliación de lo que primero se llamó Comité Federal (1972) y luego reuniones de Autoridades de Salud (1976-1980) y que implicaban encuentros periódicos de autoridades provinciales y nacionales en un ente mayor y con más capacidad aglutinante que se denominó Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA).

Para 1983, con la vuelta de la democracia, el deterioro de los servicios del sistema de salud se veía reforzado por la profunda crisis económica que afectaba al país.

A mediados de los '80, tras el fracaso del SNIS impulsado en la década anterior, avanzó la propuesta de un nuevo marco normativo para articular los diferentes subsectores. Se sancionaron en 1988, dos leyes:

- ✓ la Ley 23.660 de "Obras Sociales", que no introdujo modificaciones sustantivas en relación con la Ley de 1970, manteniendo la totalidad de las Obras Sociales como prestadoras del sistema, pero sujetas a un marco más amplio y formando parte del Seguro Nacional de Salud. Se mantuvo, la obligatoriedad de la afiliación para los trabajadores en relación de dependencia, pero se eliminó la cláusula de adhesión obligatoria a la Obra Social por rama de actividad.
- ✓ la Ley 23.661 de "Seguro Nacional de Salud", que buscaba mejorar la cobertura y equidad de la oferta de salud, organizándola dentro de una concepción integradora y dejando en manos del Ministerio de Salud la articulación de los

servicios de salud de los diferentes subsistemas, pero dándole un mayor protagonismo a las Obras Sociales.

Paralelamente a estos hechos, el subsector privado fue aumentando paulatinamente su importancia, fuertemente favorecido por la política económica desarrollada por el gobierno entre 1977 y 1981: la sobrevaluación de la moneda nacional junto con la reducción de las barreras arancelarias constituyeron un importante incentivo para que los prestadores importaran tecnología médica.

La política descentralizadora se retoma otra vez en la década de los '90, ahora bajo gobierno democrático, acompañado de profundos cambios en la política social y de la llamada reforma del estado. Esto impactó profundamente sobre el subsector de la salud pública.

En resumen, la evolución del sector salud en Argentina está marcada por tres lógicas convergentes:

- ✓ un primer establecimiento temprano y "débil" del sector con el objetivo de prevenir enfermedades y plagas que lleva a la constitución de un sistema disperso que luego será necesario articular;
- ✓ un fuerte momento de concentración y expansión de la atención médica a la población en el marco del gobierno de Perón, que le imprimió al sector características tales como la mayor capacidad asistencial adquirida y el impulso de un nuevo sector (el de Obras Sociales) que luego se convirtió en un actor central del sistema y;
- ✓ por último, un asistemático intento de descentralización de la gestión de la salud de la Nación hacia las provincias, del manejo de los hospitales, etc. que se impulsa, se interrumpe o se debilita según los distintos períodos.

De estas etapas se forman los elementos centrales y constitutivos del sistema de salud en la Argentina: fragmentación, la sobredimensión (en términos de equilibrio sistémico, no de capacidad de movilización de recursos) del subsector de Obras Sociales y los repetidos intentos de descentralización.

El sistema de salud de la Argentina en general y el sistema de Obras Sociales en particular como uno de sus ejes fundamentales, han acumulado una enorme cantidad de inadecuaciones y han sufrido reformas parciales, incompletas, fruto del interjuego de actores con diferentes propuestas e intereses.

El área de la salud: subsistemas que lo componen

El sistema de salud argentino está compuesto por tres conjuntos distintos, a los que llamaremos subsistemas:

- ✓ el Subsistema público,
- ✓ el subsistema de las Obras Sociales,
- ✓ el subsistema privado.

La falta de adecuada coordinación y articulación entre ellos impide la conformación de un "sistema formal de salud", atentando contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura. La ausencia de articulación es una falencia ministerial ya que le corresponde, formalmente, al Ministerio de Salud la coordinación del mismo.

Más aún, dentro de los subsistemas existen serios niveles de fragmentación. Los subsectores de Obras Sociales (seguridad social) y privado, están compuestos por gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación y el subsector público posee tradicionalmente, una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal).

Subsistema público

Provee servicios de salud en forma gratuita, en teoría a toda la población, a través de una red de hospitales públicos y centros de salud. En los hechos, abarca aproximadamente al 30% de la misma, en su mayoría a grupos sociales de bajos ingresos, que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores. La distribución geográfica de sus servicios es muy amplia, con presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado.

Opera a través de los Ministerios / Secretarías de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). El Ministerio de Salud de la Nación, detenta oficialmente, desde los '90, las funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica. En los hechos prácticos, es muy pobre su intervención en la política de salud nacional.

Sus recursos, que provienen del sistema impositivo, representan un porcentaje muy pequeño del gasto público, lo que acota aún más sus posibilidades de acción.

Como un elemento extra al tema de la coordinación, debemos recordar que durante las últimas décadas, producto del progresivo proceso de transferencia de establecimientos de salud, se ha visto reforzada la importancia de los Ministerios o Secretarías de Salud provinciales, los cuales

han debido hacerse cargo de muchos de los hospitales públicos nacionales y realizan con sus propios recursos alrededor del 75% del gasto público destinado a la financiación de servicios de atención médica.

Dada la autonomía provincial en materia de decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, el poder de decisión del Ministerio de Salud de la Nación se ve aún más limitado. La situación de los Municipios también es afectada por la transferencia de la Nación a las provincias, puesto que estas últimas no fueron mayoritariamente descentralizadas a los niveles locales.

A pesar de todo esto, es el Ministerio de Salud el organismo encargado de regular la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normatización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación. Además, administra en forma directa cinco hospitales con funciones específicas y programas especiales.

Participa, a través de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS) -un organismo descentralizado dentro de su jurisdicción- en la administración de los fondos de la seguridad social y coordinación de las Obras Sociales.

La SSS es un ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el sistema nacional de seguros de salud, que reemplaza a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), la cual se encargaba de promover el desarrollo de las prestaciones médico asistenciales, coordinar y supervisar las actividades de los entes de Obras Sociales en la definición de la política relativa a las mismas. La SSS fue creada a través del Decreto 1615 del año 1996, como resultado de la fusión de:

- ✓ el ANSSAL creado por Ley 23661;
- ✓ el Instituto Nacional de OS (INOS) creado por Ley 18 610 y;
- ✓ la Dirección Nacional de OS (DINOS) creada por Ley 23.660.

La relación Nación - Provincias no siempre presenta una adecuada coordinación y articulación. Sus vínculos se establecen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA) pero pueden observarse servicios superpuestos, situaciones de doble regulación y fiscalización y sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones, todo lo cuál complica en extremo el control, la regulación y la coordinación de este subsector.

Otra característica central de este subsector, es el doble vínculo laboral que establecen sus recursos humanos (principalmente, los profesionales y los técnicos) que, en su mayoría, desarrollan actividades en el sector privado en forma independiente o vinculados a los establecimientos públicos.

Subsistema de Obras Sociales

El sistema de Obras Sociales en la Argentina puede considerarse producto de las décadas de los 60/70, en lo que denominaremos *Estado de Bienestar Incompleto* - incompleto si consideramos que a diferencia de los modelos europeos que lo inspiraron, en la Argentina las coberturas nunca llegaron a universalizarse y el sistema careció y carece de un verdadero seguro de desempleo.

Si bien las Obras Sociales existían desde mucho tiempo antes, se estructuró a partir de un acuerdo establecido a fines de los '60 por la Confederación General de Trabajo (CGT) y la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), favorecido y alentado por los gobiernos de facto que se sucedieron desde el golpe de Onganía. Se consolidó a través de los decretos - ley: 18.610/70 y 19.710/71, que otorgan reconocimiento jurídico a las relaciones de poder constituidas en el interior del sector y definen las modalidades de organización y financiación de los servicios de atención médica. En la práctica si no en el discurso, la sanción de esta ley significó resignar los principios de universalización y accesibilidad igualitaria y conformar definitivamente un modelo basado en la solidaridad grupal.

Históricamente, el rasgo central de este subsector fue el carácter obligatorio de adhesión y la organización por rama de actividad, que 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.

Actualmente 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). Así, 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. Pero, pese a la existencia de gran cantidad de instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en un número relativamente reducido de estas, influyendo así en la inviabilidad financiera de muchas de ellas.

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 y dan cobertura a más del 50 % de la población con seguro obligatorio; se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 (Decreto 446/00). Las Obras Sociales provinciales, 23 instituciones, otorgan cobertura a

aproximadamente el 30 % de la población, fundamentalmente empleados del sector público provincial y sus dependientes. Su fuente de financiamiento son las 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%.

Pero además de nuclear a una gran parte de la población, la importancia de este subsector radica en su capacidad para tornarse un eje constitutivo del sistema de salud argentino desde 1970. El Sistema de Salud argentino ha girado fundamentalmente alrededor de este subsistema, fuertemente dependiente de los cambios políticos y del mercado laboral ocurridos en las últimas 4 décadas.

El desarrollo del seguro social bajo jurisdicción sindical desde los años cuarenta, produjo una redistribución de poder hacia los sindicatos, los cuales ganaron un enorme poder con el control y la administración de los fondos. 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.

Una consecuencia importante de la formación de este subsistema, una Obra Social ligada a una rama de actividad específica, es la creación de un seguro de salud basado en la categoría de *trabajadores formales*, sujeto a la existencia de un mercado de trabajo con condiciones de pleno empleo y alta tasa de salarización.

Subsistema privado.

Está conformado por un gran número de instituciones muy heterogéneas, costos de operación extremadamente altos y escasa transparencia en las áreas de competencia y protección del consumidor. 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"). Incluye un amplio y diverso grupo de entidades, denominadas en conjunto como empresas de Medicina Prepaga, 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. 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.

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. 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%.

Es importante señalar, que a pesar de poseer un gasto anual menor en comparación con los otros dos subsectores, su gasto per cápita es el más elevado. Además, para comprender este subsector, debemos recordar que el Estado ha tenido una mínima intervención regulatoria en el área.

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. Estas últimas, por otro lado, tienen mayor presencia en el interior del país.

Un fenómeno que 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. Existen situaciones en que una misma Obra Social establece convenios con más de una empresa de medicina Prepaga.

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.

Programa Médico Obligatorio (PMO).

Resolución n° 939/2000 – Ministerio de Salud 24-oct-2000

Apruebase el **Programa Médico Obligatorio** para los agentes del seguro de salud comprendidos en el art. 1 de la ley 23660, el catálogo de prestaciones de dicho programa y las guías de orientación para el diagnóstico y tratamiento de los motivos de consulta prevalentes en la atención primaria de la salud.

Abrogada por resolución n° 1991/2005 - art. 6.

Resolución 1991/2005

Apruébanse como parte integrante del **Programa Médico Obligatorio** las previsiones de la **Resolución n° 201/2002** - Bs. As., 28/12/2005

Artículo 1º — Apruébese como parte integrante del **Programa Médico Obligatorio** las previsiones de la **Resolución N° 201/02-MS**, sus ampliatorias y modificatorias, con más las inclusiones de los Anexos que conforman el presente acto administrativo.

Art. 4º — El **Programa Médico Obligatorio** a que refiere el artículo 1 del presente comenzará a regir a partir del 1º de enero de 2006.

Art. 6º — Deróguense las Resoluciones Nros. 939/ 00-MS, 1/01-MS y 45/01-MS.

Art. 7º — Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese. — Ginés M. González García.

Decreto 486/02 - Emergencia Sanitaria Nacional

Capítulo IV: Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Título I: Garantía de las prestaciones básicas esenciales.

Art. 18. - Facúltase al MINISTERIO DE SALUD para definir, dentro de los TREINTA (30) días de la vigencia del presente, en el marco del **Programa Médico Obligatorio (PMO) aprobado por Resolución del citado Ministerio N° 939 del 24 de octubre de 2000** y sus modificatorias, las prestaciones básicas esenciales a las que comprende la emergencia sanitaria. A esos fines se considerarán prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades, las que deben garantizar como prioridad el **Sistema**

Nacional del Seguro de Salud y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mientras subsista la situación de emergencia.

Art. 19. - Las respectivas autoridades de la **Superintendencia de Servicios de Salud** y del **Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**, quedan facultadas para programar en forma independiente, el orden de prioridades de la cobertura de aquellas prestaciones no alcanzadas por la definición a que se refiere el artículo precedente, conforme evolucione la situación de emergencia.

Art. 20. - La incorporación de nuevos medicamentos, procedimientos terapéuticos y tecnologías médicas a cargo del **Sistema Nacional del Seguro de Salud** queda sujeta a la autorización por Resolución Conjunta de la **Superintendencia de Servicios de Salud** la **Superintendencia de Servicios de Salud** y de la **Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)**, de conformidad con lo que determine la normativa que dicte, en el plazo de Treinta (30) días, el **Ministerio de Salud**.

Resolución 201/2002: Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)

El PMOE, emitido por el Ministerio de Salud por Resolución n° 201/02, establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales y Agentes del Seguro a toda la población beneficiaria. Se encuentra vigente mientras dure la emergencia nacional.

Anexo I: Cobertura. Este anexo determina la cobertura básica en: Atención Primaria de la Salud; Atención Secundaria; Internación; Salud mental; Rehabilitación; Odontología; Medicamentos; Otras coberturas. Coseguros.

Anexo II: Catálogo de Prestaciones. Listado de prestaciones que las Obras Sociales y Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar según condiciones que se establecen.

Anexo III: Formulario Terapéutico / Listado de principios activos.

Anexo IV: Medicamentos. Precios de Referencia. Listados de monodrogas que figuran en el Anexo III agrupadas según sus distintas dosis y formas farmacéuticas. Se estableció el precio de referencia y el 40% del mismo - mínima cobertura obligatoria para las Obras Sociales y Agentes del Seguro de Salud.

Bibliografía seleccionada.

Acuña, C. H. y Chudnovsky, M. **El Sistema de Salud en Argentina.** Marzo 2002. Disponible en URL:

Mera J, Bello J. **Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina.** Edición N° 1 Buenos Aires - Argentina - OPS - 2003.

Róvere, M. **Idas y Vueltas en la (des)regulación del Sistema de Obras Sociales en Argentina.** Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental - Salud y Políticas de Estado. Otoño 2001. N° 17.

Belmartino, S. **Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención de salud en Argentina.** Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental - Salud y Políticas de Estado. Otoño 2001. N° 17.

Decreto 486/02 - Emergencia Sanitaria Nacional. Disponible en URL:
http://www.msal.gov.ar/hm/site/legislacion_emerg.asp Consultado: 15/10/06

PMO. Res. nº 939/00 - MS. Disponible en URL:
<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/112794/norma.htm> Consultado el: 15/10/06

Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). Resolución 201/2002.
Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación Argentina. Disponible en URL:
http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/pdf_revisiones/pmo.pdf -
http://www.sssalud.gov.ar/pmo/res_201.php Consultado: 15/10/06