



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

## **Departamento de Salud Comunitaria**

### **MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**

#### **18° COHORTE 2015-2017**

#### **TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER**

Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios.

#### **MAESTRANDA**

Licenciada Denise Solange Crudo

#### **DIRECTOR**

Doctor Juan Pablo Zabala

#### **FECHA DE ENTREGA**

Julio 2022

Lanús, Argentina

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS**

**Departamento de Salud Comunitaria**

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS  
DE SALUD**

**18° COHORTE 2015-2017**

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER**

Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios.

**MAESTRANDA**

Licenciada Denise Solange Crudo

**DIRECTOR**

Doctor Juan Pablo Zabala

## **RESUMEN**

Esta tesis se propone analizar las tensiones administrativas y financieras que surgen de la superposición de coberturas de servicios hospitalarios en Argentina a través de tres aristas: la reconstrucción histórica del problema, donde se intentará probar que la situación actual de la provisión de servicios hospitalarios en Argentina es el resultado de la lucha entre diferentes agentes que se han disputado el dominio del campo de la salud; un análisis de la evolución del marco normativo, entendido como la cristalización e institucionalización de esos intereses, teniendo en cuenta las turbulencias que afectaron al proceso democrático durante el siglo XX; y finalmente, a través de un estudio empírico del caso de la Ciudad de Buenos Aires en el que se contrastaron datos de cobertura, financiamiento y recupero de gastos durante el período 2005-2018. La revisión del proceso histórico de conformación del campo de salud evidencia la institucionalización de un sistema de prestación de servicios hospitalarios desarticulado. El análisis del marco regulatorio muestra que el Estado ha perdido su rol rector sobre el funcionamiento del sector y se ha concentrado en regular la afiliación y el esquema prestacional de los beneficiarios de la seguridad social, estableciendo soluciones de mercado para resolver las ineficiencias de la superposición de cobertura y el financiamiento cruzado. De la contrastación empírica de los indicadores de cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la Ciudad de Buenos Aires para el período 2005-2018 se concluye que el subsector público de salud actúa como financiador de los subsectores privado y de la seguridad social, ya que brinda prestaciones a personas con cobertura, y que el mecanismo de recupero de gastos es ineficiente; por ende, se incurre en transferencias netas de recursos desde el sector público hacia el privado/seguridad social afectando adversamente la equidad en el acceso a los servicios.

**PALABRAS CLAVE:** Financiamiento; Cobertura; Servicios hospitalarios; Sector Público; Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## **ABSTRACT**

The purpose of this work is to analyse the administrative and financial tensions that arise from the superposition of coverage within the Argentine healthcare system. In order to do so, this study will focus on two main aspects. First, a historical overview, in which we will try to demonstrate that the current state of healthcare services is largely the result of the constant clash between different players (public and private) that want to control capital at stake. Further explained by the evolution of the legislative framework considering the difficulties faced by Argentina to consolidate a democracy through the twentieth century. Second, through a Case Study done over the healthcare system of the city of Buenos Aires (2005-2018) in which we analysed different coverage levels, how the public sector finances healthcare services, and its ability to charge the private sector for services provided to insured population. From the historical standpoint, we can determine that the consolidation of the healthcare system in Argentina does not articulate efficiently within its parts. The analysis of the legislative framework, concludes that the public sector has lost its ability to determine the guidelines that influence the nature of the sector, therefore it has focused its effort to try to legislate the affiliation and mandatory services that the healthcare system must provide, relying on the private sector to make up for its own inefficiencies. The case study shows that the public sector ends up being a financial tool for the private sector. This happens because it provides services to people with private coverage that is not able to fully recuperate. As a result, a transfer of resources from the public to the private occurs; increasing inequality and affecting people that can't access private plans. The private sector thus depletes the public healthcare sector from resources allocated to vulnerable population.

**KEY WORDS:** Financing; Insurance; Healthcare Services; Public Sector; City of Buenos Aires

## LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura. 2010. N = 2.830.816 .....	68
Figura 2. Distribución de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura, sexo y grupo de edad. 2010. N = 2.830.826 .....	69
Figura 3. Distribución temporal del porcentaje de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura, 2005-2018.....	70
Figura 4. Distribución temporal de la proporción de la población mayor de 60 años afiliada a PAMI sobre el total de la población mayor de 60 años. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018.....	71
Figura 5. Distribución temporal de egresos hospitalarios en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según residencia habitual, 2005-2018.....	72
Figura 6. Distribución temporal de la proporción de egresos hospitalarios de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre total de egresos hospitalarios en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018. ....	73
Figura 7. Distribución temporal de consultas externas en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según residencia habitual, 2005-2015.....	74
Figura 8. Distribución temporal de la proporción de consultas externas de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre total de consultas externas en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2015. ....	75
Figura 9. Distribución temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2005-2018.....	76
Figura 10. Distribución temporal de la tasa de crecimiento interanual del presupuesto en ARS, USD y del tipo de cambio. Argentina, 2005-2018. ....	78
Figura 11. Distribución temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a precios corrientes y constantes, 2005-2018. ....	79
Figura 12. Distribución temporal del Índice de Precios Mayoristas. Argentina, 2005-2015...	80
Figura 13. Distribución temporal del deflactor de precios. Argentina, 2005-2018.....	80
Figura 14. Distribución temporal del presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018.....	82
Figura 15. Distribución temporal del presupuesto asignado al Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2005-2018, según fuente de financiamiento.....	83
Figura 16. Distribución porcentual del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2008, según fuente de financiamiento.....	84

Figura 17. Distribución temporal de la participación en el total del presupuesto ejecutado por la fuente de financiamiento 13 –Recursos con afectación específica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018. ....	85
Figura 18. Distribución porcentual del gasto de bolsillo para afiliados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010. ....	86
Figura 19. Distribución porcentual del gasto de bolsillo para no afiliados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010. ....	88

## **LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1: Operacionalización de variables.....	38
---	----

## **LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS**

ANSSAL: Administración Nacional de Seguros de Salud

APS: Atención Primaria de la Salud

ART: Aseguradoras de Riesgos de Trabajo

ASI: Agrupación Salud Integral

BIRF: Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento

BCRA: Banco Central de la República Argentina

DINOS: Dirección de Obras Sociales

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

INOS: Instituto Nacional de Obras Sociales

HPA: Hospital Público de Autogestión

HPGD: Hospital Público de Gestión Descentralizada

BCRA: Banco Central de la República Argentina

INSSJP: Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados

PMO: Programa Médico Obligatorio

PMOe: Programa Médico Obligatorio de Emergencia

PAMI: Programa de Atención Médica Integral

SSS: Superintendencia de Servicios de Salud



# CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	11
1.1. <i>Delimitación del problema</i> .....	13
1.2. <i>Justificación</i> .....	16
1.2.1. <b>Justificación social</b> .....	16
1.2.2. <b>Justificación académica</b> .....	18
1.2.3. <b>Justificación personal</b> .....	19
<b>2. ESTADO DEL ARTE</b> .....	20
<b>3. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA</b> .....	29
3.1. <i>Conceptos de economía</i> .....	29
3.2. <i>Conceptos de sociología</i> .....	32
<b>4. PREGUNTA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b> .....	35
4.1. <i>Preguntas de investigación</i> .....	35
4.2. <i>Objetivos</i> .....	35
4.2.1. <b>Objetivo principal</b> .....	35
4.2.2. <b>Objetivos secundarios</b> .....	35
4.3. <i>Hipótesis</i> .....	36
<b>5. METODOLOGÍA</b> .....	37
5.1. <i>Operacionalización de variables</i> .....	37
<b>6. RESULTADOS</b> .....	40
6.1. <i>Reconstrucción histórica del problema</i> .....	40
6.1.1. <b>Primera etapa de conformación del sector, hasta 1945</b> .....	41
6.1.2. <b>Segunda etapa: el gobierno de Perón y el carrillismo (1945-1955)</b> .....	43
6.1.3. <b>Tercera etapa: descentralización, inestabilidad política y “pacto corporativo” (1955-1983)</b> .....	45
6.1.4. <b>Cuarta etapa: las reformas del Estado y la lógica de mercado (1983-actualidad)</b> .....	47
6.1.5. <b>Consideraciones sobre la reconstrucción histórica del problema</b> .....	54
6.2. <i>Marco regulatorio sobre la superposición de coberturas</i> .....	55
6.3. <i>Cobertura, financiamiento, prestación de servicios hospitalarios y recupero de gastos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires</i> .....	61
6.3.1. <b>Oferta y organización de servicios hospitalarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires</b> .....	61
6.3.2. <b>Convenio PAMI/Incluir Salud</b> .....	64
6.3.3. <b>Programa SUMAR y Cobertura Porteña de Salud</b> .....	65
6.3.4. <b>Cobertura</b> .....	66
6.3.5. <b>Servicios hospitalarios</b> .....	72
6.3.6. <b>Financiamiento</b> .....	75

<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>89</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>93</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>96</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

La provisión de servicios hospitalarios en Argentina se encuentra organizada en tres subsectores: el subsector público, el de la seguridad social y el privado (Acuña & Chudnovsky, 2002). Las características distintivas del sector, considerado en su totalidad, son la heterogeneidad y la fragmentación de derechos, institucional, financiera y territorial (OPS, 2011), principalmente debido a la estructura organizativa federal del país y a su dependencia de las particularidades del mercado laboral (Arce, 2012). Pues la organización federal es un factor estructurante en la generación y articulación de políticas públicas nacionales, sobre todo en materia de salud, donde la mayor parte del gasto es ejecutado por las provincias (Arce, 2012). Una característica que complejiza el problema es la fuerte interacción que el sector salud tiene con otras áreas de la política pública, como las finanzas públicas, el federalismo fiscal y el sistema tributario. Por su parte, algunos sectores de la seguridad social se oponen a ideas de integración ya que las perciben como una amenaza a sus privilegios (Isuani & Mercer, 1985).

El subsector público depende de la administración pública nacional, provincial y municipal y está conformado por una red de efectores distribuidos por todo el territorio. El hospital es el centro del modelo de atención y su gestión se caracteriza como burocracias profesionales (Mintzberg, 1979) en las que no se observa la clásica estructura piramidal de mando, sino que las bases productivas corresponden a profesionales altamente entrenados con mucho control sobre su trabajo. Brinda servicios hospitalarios gratuitos a toda la población y se financia con la recaudación impositiva en forma de aportes del Tesoro o con la afectación de partidas específicas de recaudación, reproduciendo así desequilibrios regionales que no compensan los problemas distributivos existentes entre las provincias y municipios (OPS, 2011). La organización federal del país provee a las provincias total autonomía sobre las decisiones sanitarias, transformando en indicativos a los lineamientos nacionales (Cetrángolo, 2014); por lo tanto, las responsabilidades en la provisión de servicios asistenciales están a cargo de los gobiernos provinciales y municipales. Conforman, entonces, al subsector público: el Ministerio de Salud de la Nación (cuyo estatus de ministerio fue modificado en 2018 por el de Secretaría y restituido en 2020), los 24 ministerios provinciales o sus equivalentes, sus organismos dependientes centralizados y descentralizados y 2172 municipios. La articulación

entre los distintos niveles de gobierno está a cargo del Consejo Federal de Salud (COFESA), organismo creado por la Ley 23373 en 1981.

El subsector de la seguridad social brinda cobertura a los trabajadores del mercado formal y a su grupo familiar mediante organizaciones denominadas obras sociales. Siguiendo la definición de Báscolo (2008), las obras sociales son organizaciones de aseguramiento de recursos financieros destinadas a la cobertura de servicios de salud. El autor distingue cuatro grupos: las obras sociales nacionales, que ofrecen cobertura a los trabajadores formales del sector privado y a su grupo familiar y a los trabajadores del sector público nacional y están reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud; las provinciales, que dan cobertura a los trabajadores del sector público provincial y a su grupo familiar, se estructuran como organizaciones provinciales autárquicas que no conforman un grupo articulado (ni entre ellas ni entre el subsector público provincial) y no están reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud; las obras sociales creadas por leyes especiales (universitarias, fuerzas armadas y seguridad); y el Instituto de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados, que cubre a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión social. La seguridad social se financia con los aportes y contribuciones de los trabajadores activos y pasivos del mercado de trabajo formal, siendo del 9%, de la masa salarial en el caso de las obras sociales nacionales; de entre el 8 y el 10% para las provinciales; en el caso del INSSJP, el 5% proviene de aportes de trabajadores activos, y entre un 3 y un 6%, de los haberes jubilatorios de pasivos (Cetrángolo, 2014). La afiliación a una obra social es obligatoria para todos los trabajadores formales de la economía (incluyendo a los monotributistas<sup>1</sup>) y son agrupados por rama de actividad con el objetivo de construir esquemas de financiamiento solidarios “hacia adentro”.

El subsector privado está compuesto por diversas entidades con diferentes formas jurídicas entre las que se incluyen a los prestadores de servicios asistenciales, financiadores o empresas de medicina prepaga, laboratorios, empresas de equipamiento e insumos, farmacias e instituciones privadas encargadas de la formación de recursos humanos (Cetrángolo, 2014). El subsector privado se financia a través de la provisión de servicios hospitalarios a las obras sociales, con los gastos de bolsillo erogados por las familias y los aportes que los afiliados realizan a las empresas de medicina prepaga. A partir de la década del noventa, una serie de

---

<sup>1</sup>Trabajadores autónomos que pertenecen a una categoría impositiva de régimen simplificado en la que se abonan, en un único tributo, aportes de la seguridad social (jubilación y obra social) e impuesto a las ganancias.

decretos regulatorios del poder Ejecutivo nacional permitieron a los trabajadores formales desregular sus aportes y derivarlos desde la seguridad social hacia las empresas de medicina prepaga, desregulaciones que contribuyeron al crecimiento del sector privado.

### *1.1. Delimitación del problema*

La cobertura de servicios hospitalarios de la población en Argentina se distribuye entre los tres sectores descriptos. De acuerdo con los últimos datos disponibles a nivel nacional, correspondientes al Censo 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), un 37,9% de la población contaba con cobertura pública exclusiva, un 46,4% se encontraba cubierto por la seguridad social y un 15,7% por el subsector privado (porcentaje dentro del cual un 10,6% corresponde a quienes derivan sus aportes desde la seguridad social a empresas de medicina prepaga).

En esta distribución teórica de coberturas, sería esperable que las personas que acuden a la red de servicios hospitalarios públicos no posean otra cobertura más que la estatal. No obstante, en los hechos esa distribución ideal no se verifica de modo tan tajante, sino que se produce superposición de coberturas, ya que toda la población cuenta con los servicios estatales y, adicionalmente, según su situación económica y laboral, puede tener alguna cobertura adicional. En este sentido, Maceira (2009) señala que un 40% de los usuarios de la red pública posee algún tipo de cobertura.

Los motivos por los que las personas con cobertura de la seguridad social o privada acuden a la red de efectores públicos son variados según la jurisdicción y el tipo de establecimiento y obedecen a factores subjetivos y objetivos. Entre los primeros, pueden incidir cuestiones vinculadas con la cercanía, la comodidad o la tradición; entre los segundos, el hecho de que en algunos casos el hospital público es el lugar de derivación de referencia para alguna práctica o especialidad y que a veces las aseguradoras no brindan cobertura específica para algún tipo de prestación o ponen barreras explícitas al acceso. Con respecto a esto último, cabe señalar que el mercado de trabajo, su estructura y dinámica, el nivel de salarios reales y el porcentaje de aportes y contribuciones inciden sobre los flujos de fondos destinados a la seguridad social. Pues toda vez que ocurren *shocks* macroeconómicos que afectan el nivel de empleo se generan desequilibrios financieros en las obras sociales y la respuesta que encuentra el sector para subsanar estos desequilibrios es el desarrollo de barreras de atención tales como el aumento de los costos de espera (demora en otorgamiento de turnos)

o la aparición de *pluses* o copagos que expulsan a los afiliados hacia el subsector público en su rol de prestador universal.

Esta situación compleja, en la que una misma persona cuenta formalmente con una cobertura –para la que aporta directa o indirectamente– pero utiliza los servicios financiados por otra fuente, produce una serie de tensiones, tanto para la administración de los servicios de salud como para los propios usuarios. Dado su rol de prestador de última instancia, estas tensiones afectan especialmente al sector público y a los usuarios de sus servicios, ya que el aumento en la demanda de prestaciones con un presupuesto fijo puede devenir en la saturación de los efectores, problemas de accesibilidad (como demoras en la atención), la disminución de la calidad de las prestaciones y el desgaste de los trabajadores. En consecuencia, la afluencia de pacientes con cobertura a la red pública en un contexto de oferta constante de servicios puede influir negativamente en el estado de salud de las personas. El sector público también es afectado particularmente por la superposición de coberturas desde el punto de vista del financiamiento, dado que, al no existir una barrera de acceso, brinda prestaciones a personas que poseen cobertura de la seguridad social o del sector privado, y, si no las recupera, sobrecarga sus presupuestos hasta el punto de volverse expulsivo con quienes solo poseen la estatal. En cambio, la seguridad social y el sector privado se benefician económicamente, puesto que perciben ingresos por prestaciones que no realizan, situación que opera negativamente sobre la equidad.

Como forma de sortear esas tensiones y mitigar esas transferencias, el Estado ha impulsado que los efectores públicos cobren a las entidades financiadoras por las prestaciones brindadas a los pacientes con cobertura, mediante un sistema denominado “recupero de gastos”. Sin embargo, como se expondrá en el desarrollo de este trabajo, según el momento histórico y el ámbito de aplicación (municipal, provincial o nacional), este sistema de recupero ha tenido distintos grados de éxito, formalidad y reconocimiento legal. En este sentido, la bibliografía refiere que, en los últimos años de la década de 1990, el recupero de gastos en los efectores públicos fue insignificante: el financiamiento continuó descansando fundamentalmente en recursos fiscales a la vez que empeoraron las condiciones de accesibilidad a los servicios debido a la expulsión de pacientes con cobertura o al viraje de recursos hacia especialidades con recupero (cirugías plásticas) en detrimento de la población sin alternativas de cuidado (Panadeiros, 2001). Además, ha sido señalado que los mecanismos de facturación de servicios a los seguros de salud enfrentan serias dificultades desde el punto

de vista operativo y organizacional; de ahí que un porcentaje significativo de estas prestaciones no logre ser recuperado, lo cual afecta adversamente sus presupuestos (Maceira, 2009).

En este trabajo se estudian las tensiones entre cobertura y financiamiento de prestaciones sanitarias en una dimensión histórica –mediante la cual se intenta demostrar que la configuración actual de la provisión de salud es el resultado de la lucha de diversos agentes– y en una dimensión cuantitativa, en la que se analizan datos sobre financiamiento y cobertura de servicios hospitalarios. Con respecto a esto último, se ha decidido establecer un recorte que haga viable la investigación, seleccionando una región específica como objeto de interés. Se abordan, entonces, las tensiones existentes entre las coberturas de servicios hospitalarios y su financiamiento en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 2005-2018, a partir de información proveniente de los Ministerios de Salud y Hacienda locales.

Con el objetivo de describir las superposiciones de cobertura existentes, determinar si existen patrones en la superposición y estudiar sus implicancias en el financiamiento y la accesibilidad a los servicios hospitalarios, se analizan: los indicadores de cobertura de la población residente en la Ciudad entre 2005 y 2018; su relación con la proporción de población con cobertura que ha concurrido a los hospitales públicos de la Ciudad en esos años; los créditos presupuestarios ejecutados por el Ministerio de Salud local destinados a la provisión de servicios hospitalarios en el período bajo análisis; y los procesos relacionados con el recupero de gastos de prestaciones brindadas por el sector público de salud de la Ciudad a pacientes con cobertura. Para comprender el devenir y el funcionamiento del proceso de recupero, se consideran sus cambios normativos y operativos. Y, para medir su efectividad como mecanismo de fortalecimiento financiero, se analiza su contribución al financiamiento de la red pública de efectores de salud de la Ciudad; específicamente, se evalúan las variaciones en la contribución del recupero de gastos al presupuesto sancionado en salud mediante el análisis de información disponible del Ministerio de Hacienda de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, considerando que la configuración actual del campo de la salud es resultado de la fragmentación estructural histórica –producto a su vez de las pujas entre los diferentes actores y lógicas de administración que se han impuesto a lo largo del tiempo– se presenta una reconstrucción de sus distintas etapas de conformación.

## *1.2. Justificación*

### **1.2.1. Justificación social**

El gasto en salud en Argentina representa entre el 8% y el 10% del Producto Interno Bruto (PIB). Según datos de 2012, la participación del sector público en el total del gasto fue del 28,1% –siendo el 70% erogado por las provincias–, un 41,8% le corresponde a la seguridad social y un 30,1% al sector privado. La participación del sector público y la seguridad social se ubica por debajo del 70%, lo que hace que el gasto sea regresivo e inequitativo (Cetrángolo, 2014). Al respecto, estudios realizados por organismos internacionales sobre el funcionamiento del sector sanitario argentino concluyen que es desarticulado, su regulación es pobre, la cobertura es parcial y el financiamiento inequitativo (Banco Mundial, 2002; OPS, 2011).

En ese sentido, cabe señalar algunas particularidades de los tres sectores. En relación con las obras sociales, como se compone de instituciones heterogéneas cuyo nivel de cobertura y de provisión de servicios hospitalarios depende del nivel de ingresos medio de sus aportantes, el esquema es solidario “hacia adentro” de cada institución, pero replica entre instituciones las diferencias salariales entre ramas de actividad, clasificando a las obras sociales como “ricas” o “pobres” según la cantidad de afiliados y el nivel medio de ingresos (Arce, 2012; Acuña y Chudnovsky, 2002). En cuanto al sector privado, las personas de mayor nivel de ingresos, tienen la posibilidad de comprar salud en función de sus preferencias –ya sea por pago directo o a través de la afiliación directa o derivación de aportes hacia la medicina prepaga–; pero el gasto de bolsillo muestra un componente regresivo cuando se asocia a las erogaciones directas que realizan los sectores de menores recursos (generalmente, compra de medicamentos) (Arce, 2012). Y el sector público, por su parte, asegura el acceso a un nivel básico de cobertura. El Estado se hace cargo casi exclusivamente de prevención, atención de enfermedades crónicas, infectocontagiosas, internaciones psiquiátricas, quemados y servicios de urgencias; cubre geográficamente todo el país y es en muchos lugares el único servicio accesible para la población, aunque no está exento de diferencias regionales debido a la alta participación de las provincias en el gasto (Cetrángolo y Devoto, 2002). En añadidura, si bien brinda cobertura a toda la población, no existe una definición explícita acerca de las prestaciones brindadas por cada establecimiento, sino que varían de acuerdo con la capacidad productiva, material y de gestión de cada provincia o municipio, y el acceso a los efectores públicos depende de la



localización de cada individuo dentro del territorio. Asimismo, como se ha señalado, este sector también cubre a la población asociada a otros esquemas, dando lugar a casos de múltiple cobertura, con consecuencias negativas en materia de eficiencia (Cetrángolo y Devoto, 2002).

Para que una red de prestaciones sanitarias sea considerada solidaria y progresiva, la cobertura y la provisión de servicios no deben depender de los ingresos de las personas, ubicación en el mercado laboral o pertenencia a un territorio, sino que deberían relacionarse con su necesidad de atención (Isuani & Mercer, 1988). Es decir, los recursos deben distribuirse uniformemente de acuerdo con las necesidades regionales, y –en cuanto a los presupuestos– deben garantizarse los fondos para cubrir esas necesidades, independientemente de que el esquema de provisión de servicios se organice en torno a la oferta pública o a un modelo de seguros (Cetrángolo, 2014). En el campo sociosanitario, el mercado encuentra serias dificultades para regular la actividad de los agentes; por ende, la sociedad necesita recurrir a normas que organicen el funcionamiento de los servicios asistenciales con el objetivo de alcanzar una asignación de recursos socialmente aceptable en términos de equidad distributiva y eficiencia operativa (Katz y Muñoz, 1988).

Las heterogeneidades en el interior de cada subsector se agravan con la superposición de coberturas y la inequidad empeora con el redireccionamiento de recursos desde el Estado hacia la seguridad social y desde la seguridad social hacia el sector privado. De manera que el modo en que se articulan y coordinan los tres subsectores en la provisión de servicios de salud afecta las dinámicas de cobertura, equidad y eficiencia del sector. En la medida en que las formas de organización de los servicios de salud determinan las condiciones efectivas de acceso, y siendo la inequidad una constante que define al proceso de salud-enfermedad-atención, el estudio de esta organización aporta tanto a la comprensión de los mecanismos que operan en el funcionamiento del sector como a la búsqueda de alternativas que mejoren el acceso y los indicadores sanitarios.

La teoría de las finanzas públicas define a los bienes públicos como un tipo de falla de mercado, es decir, una situación en el que las fuerzas de mercado no pueden alcanzar equilibrios óptimos mediante la competencia entre oferentes y demandantes (es decir, un óptimo de Pareto). Un bien público es un bien que no puede ser individualizados ni excluidos, como por ejemplo el alumbrado público. Este tipo de bienes, si se dejan a provisión exclusiva del mercado, terminarán siendo subprestados, ya que es difícil apropiarse de beneficios individuales. También se consideran fallas de mercado las externalidades, situaciones en las

que existen beneficios o perjuicios ocultos en los precios de mercado. Así, en el campo socio-sanitario, la atención a la enfermedad no sólo beneficia individualmente a los agentes cuyo estado de salud se restituye, sino que existen beneficios adicionales para la sociedad. En cambio, un ejemplo de perjuicio ocurre cuando un individuo realiza una actividad nociva para su salud que afecta también la salud de terceros (el consumo de tabaco en lugares públicos) (Varian, 1987).

La contribución de este trabajo será a la visibilización de problemáticas inherentes al financiamiento desigual del sector con el consiguiente perjuicio para sus usuarios y trabajadores.

### **1.2.2. Justificación académica**

En términos académicos, este trabajo se propone como un aporte a las discusiones en torno a la organización del gasto en salud. En particular, desde una perspectiva que intenta articular el análisis económico como resultado de un proceso social e histórico más complejo, pretendemos contribuir a las discusiones en las que diversos autores han abordado las consecuencias negativas que la fragmentación de la cobertura y financiamiento en la prestación de servicios sanitarios genera sobre el acceso y la equidad en Argentina. Estos trabajos se han encarado desde distintas perspectivas teóricas.

Con respecto a los trabajos aportados por el campo de la economía, este trabajo intenta trascender el punto de vista estrictamente económico, y por lo tanto, se aleja de los criterios y argumentos puramente eficientistas, generalmente apoyados sobre el paradigma neoclásico, dominante en la ciencia económica, que escinde los comportamientos de los agentes de los contextos socio-históricos en los que se desarrollan y reduce estos contextos a la teoría del agente económico racional (un individuo que maximiza su beneficio de acuerdo a un arreglo de preferencias y una restricción presupuestaria).

Este trabajo busca superar las limitaciones de esos abordajes estrictamente económico-financieros, y reconciliar a la teoría económica con un enfoque crítico, en el que se puedan cuantificar empíricamente los niveles de subsidios cruzados y evaluar sus consecuencias negativas para la equidad en la prestación de servicios sanitarios sin dejar de lado el análisis de las relaciones sociales que han devenido en la mencionada construcción e institucionalización de esos subsidios cruzados.

### **1.2.3. Justificación personal**

Mi interés en el campo sociosanitario está enmarcado en la visión de que la salud es un aspecto imprescindible del proceso de desarrollo de un país. En mi formación como economista, tuve la posibilidad de discutir cuáles son las implicancias en materia de equidad y accesibilidad de un sector sanitario tan fragmentado como el argentino. Si bien la resolución de esta problemática requiere de acuerdos políticos e institucionales que exceden este trabajo, mi contribución desde mi espacio profesional será a la visibilización de problemáticas inherentes al financiamiento desigualitario y de los perjuicios que conllevan a los trabajadores y usuarios. Mis convicciones personales están del lado de un modelo de provisión pública de atención financiado solidariamente.

## 2. ESTADO DEL ARTE

El modo en que se establecen y se desarrollan los mecanismos de financiamiento de los servicios sanitarios y cómo esto afecta a la cobertura y equidad del sector sanitario argentino ha sido objeto de análisis de diversos autores, desde distintas disciplinas y perspectivas de análisis. Así, desde la economía se abordan las ineficiencias en la asignación de recursos producto de la fragmentación de la cobertura y el financiamiento; desde la historia y la sociología se explica cómo estas ineficiencias fueron el resultado de un proceso social histórico; y desde la ciencia política se estudian las diferentes políticas públicas orientadas a corregir dichas ineficiencias y sus resultados.

En el campo de la economía, la preocupación central ha estado en comprender el funcionamiento económico del sector. Diversos análisis han descrito las relaciones contractuales entre prestadores y financiadores y el rol del Estado como regulador de un mercado imperfecto. Uno de los principales aportes en este sentido han sido los trabajos de Katz y Muñoz (1988), para quienes el mercado de servicios de salud es un mercado imperfecto debido a diferentes factores: la presencia de “externalidades”, un fenómeno descrito en la literatura económica según el cual el precio de mercado no iguala al costo marginal debido a la presencia de factores externos ocultos; la complejidad del vínculo médico paciente, relación en que la información asimétrica lleva a confundir demanda real con la decisión de gasto efectuada por un oferente (prestador, médico); y la existencia de un tercer pagador, que favorece la posibilidad de un sobreconsumo. Estos tres fenómenos requieren de intervenciones gubernamentales que normaticen los servicios asistenciales según el nivel de cobertura que se desee otorgar, regulen la acreditación de proveedores y controlen la gestión de los agentes para alcanzar una asignación de recursos socialmente aceptable en términos de equidad distributiva y eficiencia operativa. Como han mostrado estos autores, los precios vigentes en el mercado de servicios hospitalarios suelen obedecer a los resultados de las luchas de poder de los distintos agentes, ya que los prestadores están organizados en colegios profesionales y cámaras empresariales que negocian –debido a un complejo proceso históricoevolutivo– precios y condiciones de prestación de servicios con los financiadores –públicos y privados–, conformando así monopolios y oligopolios. En este contexto, los prestadores públicos se convirtieron en receptores de las patologías y tecnologías de menor rentabilidad (Katz y Muñoz, 1988).

Los autores identifican tres etapas diferenciadas en el rol del Estado como prestador: en la primera, como institución destinada a atender a los pobres de solemnidad; en la segunda, el hospital público es el eje del proyecto de solidaridad y previsión social; y en la tercera, el Estado pierde terreno relativo y se dedica a patologías o prestaciones no rentables para el sector privado.

Otro aporte importante dentro del campo de la economía es el de Bisang y Cetrángolo (1997), que analizan el proceso de descentralización del gasto público en salud desde la Nación a las provincias y su impacto en la eficiencia y equidad del sector en general. Los autores distinguen cuatro etapas de conformación del sector: el modelo descentralizado anárquico (hasta 1945), caracterizado por un conjunto de esfuerzos descoordinados con poca participación política; el modelo centralizado (1945-1955), en que la salud es una responsabilidad estatal y el Estado nacional participa activamente en la construcción y administración de efectores y el delineamiento de políticas; la descentralización desorganizada (1955-1978), cuando el gobierno nacional comienza con la descentralización de las funciones sanitarias hacia las provincias; y la descentralización fiscal motivada por objetivos financieros de corto plazo (desde 1978), cuando, con motivo de la crisis de la deuda durante la década del ochenta, se profundizaron las transferencias de efectores desde la Nación hacia las provincias. Durante esta etapa se sancionaron dos leyes (23660 y 23661) para reglamentar el funcionamiento de la seguridad social y su vinculación con el subsector público. Posteriormente, en la década del noventa, se terminó con la transferencia de los últimos hospitales nacionales a las provincias y se auspició la descentralización microeconómica de los efectores en la figura del hospital público de autogestión. En la Ciudad de Buenos Aires, la descentralización estuvo atravesada por el cambio en la organización política de la Ciudad en el año 1994 (de municipio a ciudad autónoma), que, entre muchas otras cuestiones, implicó la creación de una cuenta escritural donde se depositaban los pagos de las obras sociales por el uso de los efectores públicos e incluyó un arreglo financiero entre la Nación y la Ciudad, lo que se constituyó en el origen del sistema de recupero de gastos.

Los autores señalan que la descentralización del gasto en salud ocurrió únicamente hacia el interior del sector público, ya que el subsector de la seguridad social se compone de instituciones centralizadas (obras sociales) que impulsaron el desarrollo del sector privado como prestador. También manifestaban que los intentos de regulación en el subsector de la seguridad social no habían resuelto el sistema de centralización y reparto de los aportes, los

mecanismos de competencia entre obras sociales y empresas de medicina prepaga, la inequidad inherente al tamaño de las instituciones de cobertura y el control sobre el conjunto prestacional. Así mismo, Bisang y Centrángolo (1997) sostienen que la implementación de las políticas de descentralización del gasto obedeció a la necesidad de aliviar las cuentas públicas nacionales y no resultaron en una mejora en materia de eficiencia y equidad el acceso a los servicios hospitalarios, que continúa dependiendo de los niveles de ingreso y la ubicación territorial de las personas.

Desde el campo de la economía también se han realizado estudios empíricos para medir la eficiencia del sector, entre los que se destacan los estudios de Panadeiros (2001), quien observa que alrededor de un 40% de los servicios asistenciales del sector público se brindan gratuitamente a población con cobertura formal y ubica al recupero efectivo del gasto en un 30%, producto de trabas y dificultades burocráticas a la hora de la facturación y de la disminución de los recursos de las obras sociales con respecto al pago de prestaciones. Esta autora describe que en algunos casos los hospitales públicos integraron redes de servicios destinados a la contratación con obras sociales sindicales o con el PAMI, pero la mayoría de los convenios fueron infructuosos: al analizar la producción de servicios hospitalarios en términos de eficiencia, considera que con un 27% menos de camas podrían generarse los mismos egresos hospitalarios, o bien, con la infraestructura disponible se podrían aumentar los egresos en un 35%. De ese modo, si un prestador ineficiente genera mayores costos para el ente asegurador, probablemente este último rescinda el contrato. En el caso de los hospitales públicos, al no haber una barrera de acceso, los beneficiarios acuden a la red pública y trasladan la obligación de pago al ente asegurador.

Desde la economía también se ha estudiado el impacto en la eficiencia generado por las configuraciones en las relaciones de poder entre los diferentes actores. Por ejemplo, Báscolo (2008) analiza los cambios que operaron en las relaciones entre compradores y proveedores de servicios hospitalarios en el marco de las reformas en la seguridad social de la década del noventa que culminaron con un cambio en el modelo de distribución de la renta en el mercado de servicios hospitalarios, con una menor presencia del Estado en la regulación del sector y la emergencia de nuevos actores y formas de organización de los servicios.

El autor define tres etapas analíticas y para cada una describe el modelo de financiamiento, las funciones de aseguramiento y el mercado de servicios. En la primera etapa (pre reformas), durante las décadas del setenta y ochenta, los profesionales y las organizaciones

sanatoriales proveían servicios hospitalarios en forma privada a los entes aseguradores (obras sociales). La forma más común de pago era el pago por prestación, y las prestaciones se valorizaban siguiendo el nomenclador nacional, que era el único instrumento de regulación estatal. Las obras sociales se desempeñaron a lo largo de esta etapa como pagadores pasivos. La tendencia a los costos crecientes, de la mano de la introducción de mejoras tecnológicas, y las inestabilidades macroeconómicas y del mercado formal de trabajo (gran parte de la década del ochenta convivió con crisis de financiamiento) provocaron el agotamiento del modelo. El sector de la seguridad social buscó mecanismos compensatorios formales (aumentos de los aportes y contribuciones) e informales (caída de calidad y barreras de acceso en los servicios). Los proveedores de servicios se caracterizaban por la ineficiencia sistémica, la falta de economías de escala y de estructuras de incentivos adecuadas para generar innovaciones y la escasez de mecanismos de coordinación entre los distintos niveles de atención. Desde finales de los ochenta, algunas obras sociales iniciaron una estrategia de delegación del riesgo financiero y de las funciones de aseguramiento y compra de servicios hacia otros actores. (Báscolo, 2008).

Siguiendo a Báscolo, en una segunda etapa, durante la década del noventa, se formalizaron los cambios en los modelos de contratación basados en la transferencia del riesgo desde el financiador hacia el proveedor, siendo el ejemplo principal el pago capitado y la aparición de terceros actores como las gerencadoras. La liberalización de los contratos entre financiadores y prestadores privados provocaron el abandono del nomenclador nacional como fijador de precios, y los precios finales y el riesgo económico que asumen los proveedores pasan a definirse entre proveedores y financiadores. Los nuevos contratos requirieron nuevos modelos de gestión que incluyen limitaciones en la prescripción de prácticas, la autorización del consumo de prestaciones, la programación de cirugías y la contratación selectiva de proveedores en función de los recursos disponibles y las características de la población beneficiaria. Este último punto adquiere importancia porque determina condiciones de accesibilidad, en cuanto al número y calidad de los proveedores incluidos en la cartilla de proveedores. Respecto de los resultados obtenidos, si bien se produjeron cambios sustantivos en la trama institucional, no se lograron mejoras relevantes en cuanto a eficiencia y equidad. Se llevaron a cabo estrategias de contención del gasto, pero en un contexto de subprestación, restricciones al acceso y a la calidad de los servicios. (Báscolo, 2008)

En una tercera etapa, a partir de la recuperación posterior a la crisis de 2001, se observan procesos de integración y concentración entre proveedores y financiadores. Las formas más comunes de integración vertical se dan “hacia abajo”, cuando el financiador (obra social o asegurador privado) se integra hacia la provisión de servicios, o “hacia arriba”, cuando un proveedor (federación de profesionales o clínicas y sanatorios) adquiere la función de compra y o aseguramiento. Emergen y se fortalecen como actores las empresas de medicina prepaga, que mediante convenios con obras sociales utilizan los aportes de beneficiarios de altos ingresos como clientes de sus planes de cobertura y utilizan las ganancias para integrarse con sanatorios y clínicas privadas. Por último, se observa en esta etapa una caída de las gerenciadoras como actores y vuelta a la contratación directa, aunque permanecen modelos variados de pago (Báscolo, 2008).

Desde el punto de vista del estudio de la organización industrial –una rama de la economía– Maceira (2008) analiza la sustentabilidad financiera de la seguridad social y su relación con el sector público, a partir de la construcción de un indicador de cobertura y uno de financiamiento. El autor define como cobertura a un mecanismo de aseguramiento en el que se financian servicios hospitalarios a un grupo de personas con características socio-epidemiológicas determinadas y cuyo aporte se basa en la capacidad contributiva y no en la necesidad de uso. De este modo, según este planteo, las entidades de aseguramiento son instituciones heterogéneas manejadas por los gobiernos provinciales (obras sociales provinciales) o por los sindicatos (obras sociales nacionales) con amplias brechas de financiamiento y cobertura, producto de las discrepancias en la disponibilidad de recursos (Maceira, 2008). Y al mismo tiempo, las diferencias de ingresos entre entidades de aseguramiento se deben al número de afiliados y sus niveles medios de ingreso.

Siguiendo el planteo de Maceira, al financiarse con recursos impositivos provenientes de la población, los prestadores públicos de servicios asistenciales también constituyen mecanismos de aseguramiento, con un fuerte componente progresivo, ya que los recursos están destinados a aquellos grupos más pobres y con más necesidades (Maceira, 2008).

Al mismo tiempo, este análisis muestra que el mercado de la seguridad social se encuentra altamente concentrado, puesto que tres obras sociales concentran un 25% de los beneficiarios. El 51% del total de la población se encuentra cubierta por 20 instituciones, distribuyéndose el 49% restante entre aproximadamente 240 seguros. Los indicadores de



financiamiento suponen que a mayor concentración de fondos más eficiente es el mecanismo financiero de riesgo compartido y mayor es la cobertura.

Maceira (2008) concluye que el sector posee una fuerte fragmentación, pues si bien gran parte de la población –cercana al 90%– contribuye a algún mecanismo de aseguramiento, el número de instituciones que lo constituyen supera las 500, de modo que es dificultoso establecer pautas de conducta homogéneas en términos de servicios ofrecidos, calidad y oportunidad. La conclusión del autor es que la fragmentación atenta contra la sustentabilidad financiera del sector, derramando sobre la equidad en el acceso y la eficiencia en el uso de recursos. Así, al no haber un esquema de protección financiera eficiente y equitativa, existen transferencias de riesgos sanitarios y económicos entre fondos, con subsidios cruzados y potenciales brechas de equidad y calidad (Maceira, 2008).

Dentro de las instituciones de la seguridad social, la contratación de servicios es el mecanismo más habitual (aunque algunas instituciones se han integrado verticalmente y poseen prestadores propios), por lo tanto, contrata servicios hospitalarios de instituciones privadas para dar cobertura a sus beneficiarios. En consecuencia, si bien desde la perspectiva del financiamiento del sector salud, el peso público y de la seguridad social supera el 60% del total, la estructura de prestación de servicios observa una perspectiva opuesta. Como producto de este proceso, los prestadores privados superan a los públicos en un 30%, y la utilización de su capacidad de atención depende de los contratos generados con los seguros sociales y privados (Maceira, 2008).

Con respecto al subsector público, el autor observa que la relación entre el gasto provincial en salud y la demanda de servicios es poco significativa, aunque sí se encuentra una correlación entre el gasto y la oferta de servicios hospitalarios (Maceira, 2008). Esto último sugiere que el gasto provincial en salud se orienta principalmente al mantenimiento de los efectores existentes, no necesariamente vinculados con las necesidades sanitarias de la población, al no identificar nominalmente a la población objetivo ni establecer explícitamente los servicios garantizados. Sin embargo, de la población asistida en instituciones públicas, un porcentaje cercano al 60% reporta no contar con mecanismos formales de cobertura, correspondiendo a la población objetivo de los servicios hospitalarios. Es decir, un 40% de la población concurrente al prestador público aporta a algún tipo de aseguramiento, social o privado (Maceira, 2008).

El especialista en finanzas públicas Oscar Cetrángolo (2014), por su lado, manifiesta que la distribución de la cobertura y el acceso a los servicios son inequitativos. El autor compara el gasto que Argentina realiza en salud (8% del PIB) con el resto de los países de la región y con países europeos (6% del PIB), y encuentra que, si bien el gasto es mayor, tiene un componente distributivo regresivo debido a la mayor participación del gasto privado (30,1% del total), lo cual explicaría que el desempeño sanitario de Argentina se ubique por debajo del resto de los países.

El trabajo de Cetrángolo muestra que los problemas de financiamiento del sector sanitario se derivan de niveles elevados de gasto de bolsillo, fragmentación en el mercado de trabajo entre sectores formales (con cobertura) y sectores informales (sin cobertura) y fragmentación territorial (el sector público se organiza en niveles subnacionales con presencia y cobertura dispar de acuerdo con las condiciones socioeconómicas del lugar) (Cetrángolo, 2014).

Por otro lado, para Cetrángolo, hay una falta de coordinación política que podría resolver la fragmentación: la provisión de servicios está a cargo de instituciones públicas, de la seguridad social y del sector privado, y, según el momento histórico, cambian las relaciones de poder entre los distintos subsectores, de modo tal que la forma en que se articulan y coordinan estos tres subsectores termina afectando a las dinámicas de cobertura, equidad y eficiencia del sector sanitario. Al ser el Estado el prestador universal, existen en la práctica superposiciones de cobertura, de modo que toda la población recibe una “cobertura básica” (infiriendo que no cubre todas las prestaciones), los trabajadores formales además cuentan con cobertura de la seguridad social y la población con mayores niveles de ingresos cuenta también con algún seguro privado (Cetrángolo, 2014).

Cetrángolo muestra que una de las consecuencias de esta fragmentación es la existencia de una doble institucionalidad asociada a la provisión pública y a la seguridad social, que ha tenido efectos negativos sobre el financiamiento y la provisión de servicios: se ha afectado adversamente la equidad del sector, y además de promover la duplicación de funciones y el desperdicio de recursos se generan sistemas de acceso a servicios hospitalarios diferenciados entre estratos sociales, con las dificultades adicionales de regular al sector privado (Cetrángolo, 2014).

De este modo, el autor clasifica al sector sanitario argentino como un sistema de seguro divergente en el que las coberturas varían en función de los ingresos del hogar, lo cual lo

transforma en un sector profundamente inequitativo. Para que un sistema de prestación de servicios hospitalarios sea considerado solidario y progresivo, los recursos deben distribuirse uniformemente de acuerdo con las necesidades regionales y presupuestariamente deben garantizarse los fondos fiscales para cubrir estas necesidades, independientemente de que el esquema de provisión de servicios se organice en torno a la oferta pública o a un modelo de seguros. (Cetrángolo, 2014)

Desde la historia, los trabajos más importantes son los de Susana Belmartino, que ofrecen una reconstrucción histórica de las dinámicas que articularon el campo de la salud, a partir de un recorrido por las relaciones entre los principales actores, fundamentalmente la corporación médica, el Estado y los prestadores privados.

En un trabajo de 2005, en el que recoge sus análisis previos y realiza un análisis de conjunto de la evolución del sistema de servicios de salud, Belmartino analiza las reformas llevadas a cabo en la seguridad social, a partir de una serie de decretos sancionados durante la década del noventa (Belmartino, 2005). Estas modificaciones regulatorias apuntaron a permitir la libre elección de obra social por parte de los beneficiarios (antes cautivos) con el objetivo de estimular a estas organizaciones a mejorar la calidad de su cobertura y concentrar a los afiliados en un número menor de obras sociales. De todos modos, como muestra la autora, si bien se reconoce que hubo una reducción de la cantidad de obras sociales, el número sigue siendo muy grande, hecho que expone los límites de la solidaridad grupal (Belmartino, 2005).

Al mismo tiempo, Belmartino muestra que las reformas también permitieron el crecimiento del sector privado: las empresas de medicina prepaga realizaron acuerdos con algunas obras sociales a partir de los cuales estas últimas les transfieren a aquellas las contribuciones obligatorias de sus beneficiarios, con la consecuente destrucción del componente solidario hacia el interior de una misma obra social. Entre financiadores y proveedores se ha generado un mercado de competencia oligopólica: la oferta de contratos es múltiple, y los más atractivos son aquellos con mejor capacidad de pago por beneficiario o aquellos que ofrecen un número de cápitas importante capaces de dispersar el riesgo económico. Financiadores y proveedores compiten por la obtención de esos contratos, lo que resulta en la concentración de recursos económicos donde se encuentran los mejores riesgos y deja sin cobertura (o con coberturas más pobres) a la población más necesitada de atención (Belmartino, 2005).

En cuanto a la interacción entre prestadores públicos y privados, una consecuencia de la desregulación fue que las entidades aseguradoras estuvieran obligadas a pagar los servicios que sus beneficiarios demanden en los hospitales del subsector público. Y al mismo tiempo se autorizaba a estos últimos a buscar fuentes adicionales de financiamiento cobrando los servicios asistenciales a las personas con capacidad de pago y a celebrar contratos con entes aseguradores, y a que los ingresos percibidos fueran administrados directamente por el efector (Belmartino, 2005). Otro proyecto respaldado por los organismos de crédito internacionales, y aquejado por reiterados fracasos, fue la creación de seguros públicos provinciales en algunas provincias, en este caso formando parte de las condicionalidades vinculadas a créditos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), más tarde retomados por el Banco Mundial (SUMAR/NACER).

### 3. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

El marco conceptual de esta tesis articula los aportes de dos campos: la economía y la sociología. Dentro de la economía, las finanzas públicas y la organización industrial conciben a la provisión de servicios hospitalarios como un mercado imperfecto donde la asignación óptima y la equidad están en juego y aportan modelos de contratos entre agentes económicos a través de los cuales pretenden resolver dichas imperfecciones. De la sociología, se rescata la noción de que la realidad es producto de las disputas entre distintos actores –con intereses específicos– que se legitiman en cada momento histórico.

#### 3.1. *Conceptos de economía*

Considerando que este trabajo analiza las consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios de la superposición de cobertura y el financiamiento cruzado del sistema de prestación de servicios hospitalarios, es necesario introducir brevemente el alcance del concepto de equidad. Dentro de la teoría económica, nos interesa discutir las visiones de tres corrientes representativas: el utilitarismo, el *rawlsianismo* (llamada así debido a su autor, el filósofo John Rawls) y el enfoque de las capacidades del economista Amartya Sen.

Para el utilitarismo, una distribución de ingresos equitativa es aquella que se obtiene como resultado de maximizar la función de utilidad social. La función de utilidad social es la sumatoria de las funciones de utilidad individual, y, por lo tanto, el resultado de dicho problema de maximización alcanzaría un óptimo de Pareto y se obtendría el máximo beneficio para toda la sociedad, ya que cada miembro estaría alcanzando su máximo nivel de utilidad (Varian, 1987). Un óptimo de Pareto es una asignación de recursos que no puede modificarse sin empeorar la situación de alguno de los agentes. Se alcanza un óptimo de Pareto cuando la asignación de recursos como resultado del problema de maximización es la mejor posible para todos los agentes y cuando no puede mejorarse la situación de ningún agente sin empeorar la situación de otros (Varian, 1987).

Por su parte, la equidad *rawlsiana* toma su nombre del trabajo de John Rawls de 1971 “Teoría de la Justicia”, en el que se opone al utilitarismo argumentando que, bajo ese enfoque, sería racional imponer sacrificios individuales con el objetivo de maximizar el bienestar social mediante el uso extensivo de elección individual. Es decir, bajo el enfoque utilitarista, podría ocurrir que la utilidad de algunos agentes se viera severamente afectada, pero compensada por

el aumento del beneficio de otros agentes. Rawls plantea que existen bienes básicos que deben garantizarse a toda la población y que los que más deben recibir son los que menos tienen (Caballero García, 2007). En economía, la equidad rawlsiana es aquella que maximiza el beneficio del individuo que se encuentra en la posición más desfavorable (Mas-Colell, Whinston & Green 1995).

Por último, el enfoque del economista Amartya Sen refiere a las capacidades de las personas de alcanzar sus máximos niveles de beneficio social; por ende, busca garantizar que estas capacidades sean alcanzables para toda la población (Musgrave, 1989).

El concepto de equidad trasladado desde la teoría económica al campo de la salud, también encuentra diferentes significados. Por un lado, según el *Plan de Acción* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la equidad se entiende y se mide al nivel de la provisión de servicios (no según el estado de salud de la población), y la equidad perfecta es la igualdad de esa provisión para toda la población, encuadrando este enfoque en una visión en la que equidad es similar a igualdad. Por el otro, Philip Musgrove (1983) desarrolla indicadores probabilísticos con el objetivo de medir la equidad de los servicios hospitalarios. Para el autor, los servicios son equitativos cuando la probabilidad de recuperarse o curarse una vez enfermo y la probabilidad de gozar de buena salud están uniformemente distribuidas en la población. Este concepto se acerca más a la equidad *rawlsiana*.

Como no existe consenso dentro del campo de la economía con respecto al significado de equidad, este trabajo lo utilizará en su definición *rawlsiana*, debido a la característica distributiva subyacente a la provisión de servicios de salud.

El debate sobre la equidad nos lleva a discutir la importancia de la salud como derecho fundamental del ser humano y condición necesaria para el desarrollo económico de las naciones. En este sentido, la teoría económica caracteriza a la salud como un bien público.

Para analizar el financiamiento cruzado del sistema de prestación de servicios hospitalarios que ocurre entre los tres subsectores de salud, se utilizaron conceptos de la organización industrial, entre ellos, la teoría de los costos transaccionales de Ronald Coase (1937). De acuerdo con el autor, la existencia de costos transaccionales puede alterar los precios de equilibrio de los mercados, a la vez que genera niveles de producción subóptimos. En la problemática bajo análisis, los costos transaccionales ocurren toda vez que se incrementan los procesos burocráticos asociados con la atención. Un indicador de eficiencia mencionado en la bibliografía para los sistemas de prestaciones sanitarias es la participación

relativa de los gastos administrativos en la estructura total de costos de la organización. El proceso de recupero de gastos insume recursos humanos y materiales que deben medirse en función de los ingresos obtenidos para analizar su efectividad. El aumento de los costos transaccionales es lo que explicaría a priori la tercerización de la facturación y cobranza de prestaciones en manos de una gerenciadora (*outsourcing*) en lugar de asumir esas actividades dentro de la estructura de la organización (*vertical integration*).

Por otra parte, para el abordaje de las relaciones económicas entre financiadores y prestadores, la teoría de contratos reconoce y modela los conflictos potenciales de interés entre diferentes actores ante la existencia de información asimétrica que obstaculiza el monitoreo de esfuerzos en una relación contractual. George Akerlof (1970) describió la dinámica contractual en contextos de incertidumbre, en la que uno de los agentes posee información preferencial sobre el resto. Esta teoría, aplicada a los agentes de seguros de salud, implica que los pacientes con más necesidades estarían dispuestos a pagar primas superiores por un seguro de salud que aquellos que no le darán tanto uso. A su vez, los agentes aseguradores buscarán maximizar sus ganancias, asegurando únicamente a aquellos que presenten las mejores condiciones de salud con el objetivo de evitar la selección adversa de riesgos, dejando afuera a la población más vulnerable (Mas-Colell, Whinston & Green, 1995).

Finalmente, la teoría de la organización industrial plantea la existencia de un problema de agencia cuando un actor denominado “el principal” contrata a otro actor, “el agente”, para que realice una tarea por él, no pudiendo controlarlo. Los motivos detrás del comportamiento del agente están vinculados a la maximización de su beneficio individual y su comportamiento puede incurrir en un “riesgo moral”. Llevado a la teoría de contratos de seguros de salud, aplica a los incentivos que existen entre los profesionales de la salud contratados por seguros (Mas-Colell, Whinston & Green, 1995). Las dificultades a la hora de implementar políticas de salud pueden explicarse como la presencia de fuerzas sectoriales de dirección e intensidad diferente que no necesariamente se alinean con los objetivos del Estado. El problema del principal y el agente describe los casos en que un actor denominado principal (en este caso, el Estado) encarga a otro –el agente– (por ejemplo, el empleado del hospital público) la realización de una tarea o la prestación de un servicio que aquel no puede observar, y que implica la delegación de cierto poder de decisión (Mas-Colell, Whinston & Green, 1995).

### 3.2. *Conceptos de sociología*

Debido a que el eje de este trabajo está en la provisión de servicios asistenciales y que a su vez estos se brindan en organizaciones hospitalarias, resulta oportuno caracterizar la estructura burocrática y organizacional de las instituciones donde se producen dichos servicios. Siguiendo a la sociología de las organizaciones, la bibliografía caracteriza a los hospitales como burocracias profesionales (Mintzberg, 1979) en las que no se observa la clásica estructura piramidal de mando, sino que las bases productivas corresponden a profesionales altamente entrenados con mucho control sobre su trabajo. Con respecto a la problemática que se analizó en este trabajo, existen decisiones que los trabajadores pueden tomar para generar barreras al proceso de recupero de gastos sin que la institución pueda controlarlos eficientemente, porque tal como se explicó anteriormente, existen relaciones de agencia entre el Estado y los trabajadores de los hospitales. La misión organizacional del hospital público es el cumplimiento de los objetivos sanitarios establecidos por las políticas públicas. Los empleados de los hospitales son clasificados como burócratas de calle; un tipo de empleado público que concentra en su persona el cumplimiento de las políticas públicas, variando el grado y la fuerza con la que hace cumplir las políticas y leyes asignadas a su cargo (Lipsky, 1969).

Para describir y analizar cómo se relacionan los actores y cómo estas relaciones determinan los procesos que se dan históricamente en el sector salud, nos basamos en algunos conceptos de la sociología que nos permiten entender la estructura y las tensiones propias del objeto analizado. En un nivel de análisis general, este trabajo concibe al espacio dedicado a promover, gestionar y prestar servicios de salud a partir del concepto de campo desarrollado por Pierre Bourdieu (1992). En Bourdieu y Wacquant (1995), los autores definen *campo* como una red de relaciones o configuración de relaciones objetivas entre posiciones donde los individuos y los grupos que lo conforman toman posiciones que también están definidas objetivamente según su situación actual o potencial en la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital). Esto implica, en nuestro caso, entender que el campo de la salud tiene una estructura y dinámica propia, resultado de las relaciones mantenidas a lo largo de la historia por los diferentes actores que lo componen (administradores, prestadores, profesionales, Estado, entre otros), en los que cada uno defiende –y lucha por imponer– sus intereses, saberes y creencias sobre el modo legítimo de funcionamiento del campo.



En este sentido, de acuerdo con Bourdieu, existe una relación entre el lugar que las personas ocupan en el mundo y las ideas que tienen sobre él. Estas ideas son también determinantes de las relaciones (de dominación, subordinación, homologación) entre los individuos y los grupos. En el campo los agentes y las instituciones luchan, como resultado de una construcción histórica de dominación y de resistencia a la dominación, para mantener o apropiarse de ganancias, motivados por una *illusio*, es decir, la creencia (*doxa*) en la importancia del juego social. Cada jugador dispone de diversos capitales y su fuerza relativa en el juego y sus movimientos dependen del volumen y de la estructura de su capital (económico, cultural, social y simbólico). El *habitus* es un sistema abierto de disposiciones estructuradas y estructurantes, que perdura a lo largo del tiempo pero que también es producto de una construcción sociohistórica. La relación entre el *habitus* y el campo es de condicionamiento recíproco: el campo estructura el *habitus*, y este genera las condiciones de reproducción hacia adentro del campo. El autor realiza un análisis de la relación entre las posiciones sociales, las disposiciones o *habitus* y las tomas de posición (elecciones que los agentes llevan a cabo en los diferentes ámbitos de la práctica), y concluye que los agentes o los grupos se distribuyen en el espacio social de acuerdo con el volumen global de capital que poseen bajo sus diferentes especies y la estructura de su capital (según las ponderaciones de capital económico y cultural). De esta forma, el espacio de las posiciones sociales se retraduce en un espacio de tomas de posición a través de los *habitus*: a cada clase de posición le corresponde una clase de *habitus*. La posición ocupada en el espacio social ordena las representaciones en ese espacio y las tomas de posición en las luchas para conservarlo o transformarlo.

Una de las ideas centrales de la noción de campo es la importancia que tiene la dimensión histórica. En nuestro caso, esto nos permite pensar en la conformación de la propia estructura del campo de la salud como el resultado de un proceso histórico, en el que los distintos agentes imponen, negocian y legitiman ciertas reglas de juego, que condiciona tanto la forma presente como futura del campo. De este modo, resulta difícil entender la situación actual de la provisión de servicios hospitalarios sin evaluar su evolución histórica desde el punto de vista de los actores involucrados. Esta mirada difiere de las categorías analíticas económicas apoyadas en el paradigma neoclásico, en las que domina la lógica de agentes económicos racionales que maximizan beneficios tomando las señales de una entidad abstracta que es el mercado y en el que este último y aquellos se encuentran exentos de relaciones

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

sociales de poder y dominación. La teoría de campos de Bourdieu permite compensar este vacío, poniendo en el centro del análisis el peso de la acumulación y sedimentación histórica en las relaciones entre individuos o grupos de individuos.

## **4. PREGUNTA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### *4.1. Preguntas de investigación*

¿Cómo se dieron las relaciones entre financiamiento y cobertura de prestaciones hospitalarias en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre 2005-2018, entendidas como un resultado de las dinámicas y tensiones en el campo de la salud que se consolidaron a lo largo de la historia en este territorio?

De esta pregunta principal se desprenden varias preguntas secundarias, tales como: ¿Cuáles fueron las transformaciones históricas que llevaron a la conformación de la actual provisión de servicios de salud en Argentina? ¿Cómo se distribuyó la cobertura de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el período 2005-2018? ¿Cuál fue la trayectoria del gasto destinado a la provisión de servicios hospitalarios en la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2005-2018? ¿Cuál fue la trayectoria de la producción de servicios hospitalarios en la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2005-2018? ¿Cómo se dieron los cambios en el proceso de recupero de prestaciones a pacientes beneficiarios de entes de cobertura y con qué resultados? ¿Cuál fue la contribución al financiamiento del sector público de salud aportada por el recupero aplicado a los entes de cobertura en el período considerado?

### *4.2. Objetivos*

#### **4.2.1. Objetivo principal**

Analizar cómo se construyó históricamente la relación entre financiamiento, cobertura y recupero de gastos y describir cuantitativamente cómo esta relación se dio en la Ciudad de Buenos Aires en el período 2005-2018.

#### **4.2.2. Objetivos secundarios**

Describir el porcentaje de pacientes con cobertura de la Ciudad de Buenos Aires para el período 2005-2018.

Describir el porcentaje de pacientes con cobertura del INSSJP en la Ciudad de Buenos Aires para el período 2005-2018.

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

Describir el financiamiento de la provisión de servicios hospitalarios en la Ciudad de Buenos Aires a partir de la evaluación de los créditos presupuestarios ejecutados y su composición para el período 2005-2018.

Analizar la trayectoria temporal del financiamiento medida en pesos corrientes, constantes y dólares estadounidenses.

Describir la producción de servicios hospitalarios en la Ciudad de Buenos Aires a través del análisis de egresos hospitalarios y consultas en consultorios externos.

Evaluar cuál fue la contribución del recupero de gastos antes de cobertura al financiamiento del sector público de la Ciudad.

Describir la composición del gasto de bolsillo en salud para afiliados y no afiliados a entes de cobertura.

#### *4.3. Hipótesis*

El subsector público de salud, en su rol de prestador de última instancia, actúa como financiador de los subsectores privado y de la seguridad social, dado que una proporción importante de la población que acude a la red de efectores públicos posee algún tipo de cobertura. Si bien se contempla el recupero de gastos sobre las prestaciones brindadas a pacientes con cobertura, el proceso es ineficiente y se incurre en transferencias netas de recursos desde el sector público hacia el privado/seguridad social afectando adversamente la equidad del sector.

## 5. METODOLOGÍA

La metodología utilizada triangula el uso de métodos cualitativos y cuantitativos. En su primera parte, de reconstrucción de la historia y el marco regulatorio del campo, se apela a una metodología cualitativa basada en el análisis documental. En estas secciones se utilizan como fuentes la bibliografía secundaria de sociología, historia y economía sobre la historia y principales dinámicas de funcionamiento del campo de la salud. En la segunda parte se realiza un estudio cuantitativo descriptivo que utiliza fuentes de datos secundarias publicadas por los ministerios de Salud y de Economía y Finanzas de la Ciudad de Buenos Aires. El trabajo está organizado de la siguiente manera:

En primer lugar, se realiza una reconstrucción histórica del problema, describiendo las etapas de conformación del campo de la salud en Argentina, sus actores y procesos. Se analizan las tensiones entre los subsectores público, de la seguridad social y privado debidas a las superposiciones de cobertura y la crisis de financiamiento de las aseguradoras y diferentes herramientas administrativas desarrolladas en consecuencia: copago, esquemas de autogestión, gerenciamiento, contratos de transferencia de riesgo, etc., a la vez que se plantea una recopilación de la evolución del marco regulatorio, a través de las principales leyes, decretos y resoluciones que regulan la superposición de coberturas en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular.

En segundo lugar, se describen indicadores específicos de cobertura, servicios hospitalarios, financiamiento y gasto de bolsillo en salud en la Ciudad de Buenos Aires en el período 2005-2018.

Finalmente, como resultado del análisis, se discuten los hallazgos más relevantes con el Estado del arte y se elaboran conclusiones partiendo del marco conceptual de referencia.

### *5.1. Operacionalización de variables*

En el análisis cuantitativo se utilizaron una serie de indicadores de cobertura, financiamiento, producción de servicios, recupero de gastos y gasto de bolsillo. Algunos de estos indicadores son construcciones teóricas que requieren un pasaje de operacionalización para transformarse en indicadores medibles. A continuación, se detalla el proceso de operacionalización de variables utilizadas en este trabajo con el objetivo de explicitar sus

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

características y presentar sus ventajas y limitaciones (Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH, 1994).

**Tabla 1: Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR
Cobertura	Aseguramiento sobre prestaciones de salud	Cualitativa Nominal	Pública Privada Seguridad Social	Frecuencia Porcentaje
Sexo	Sexo asignado al nacer	Cualitativa Nominal Dicotómica	Mujer Varón	Frecuencia Porcentaje
Edad	Años de vida	Cuantitativa Nominal	Nominal	Frecuencia Porcentaje Dispersión
Egresos hospitalarios	Cantidad de altas hospitalarias generadas en la red de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires	Cuantitativa Ordinal	Nominal	Porcentaje
Consultas externas	Cantidad de consultas en consultorios externos generadas en la red de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires	Cuantitativa Ordinal	Nominal	Porcentaje
Financiamiento de los servicios hospitalarios del sector público	Créditos presupuestarios ejecutados por la jurisdicción	Cuantitativa Ordinal	Nominal	Proporción Valor absoluto
Financiamiento con recursos públicos	Fuente de financiamiento 11- recursos del tesoro	Cuantitativa Ordinal	Nominal	Proporción Valor absoluto
Recupero de gastos	Fuente de financiamiento 13 - recursos con afectación específica	Cuantitativa Ordinal	Nominal	Proporción Valor absoluto
Deflactor de precios	Índice construido a partir del Índice de Precios Mayoristas del INDEC	Cuantitativa	Nominal	Porcentaje
Gasto de bolsillo	Gasto directo en servicios de salud promedio mensual	Cuantitativa Ordinal	Nominal	Proporción

Fuente: elaboración propia en base al modelo presentado en Pineda EB, Alvarado EL, Canales FH (1994)

Al hablar de financiamiento de los servicios hospitalarios del sector público, es importante introducir el concepto de presupuesto público. El presupuesto es la planificación anual de los ingresos que recibirá el sector público y cómo se aplicarán para satisfacer las necesidades de la población (o para cumplir con los lineamientos de la política pública). Las clasificaciones presupuestarias son instrumentos normativos que agrupan los recursos y gastos de acuerdo con ciertos criterios. El presupuesto del sector público en Argentina es de base cero y las etapas del ciclo presupuestario son: formulación presupuestaria, se planifica con anticipación anual las metas físicas a cumplir y los recursos necesarios para su cumplimiento; discusión y aprobación, se realiza en el parlamento; ejecución, es la etapa ejecutiva en la que se materializan las metas físicas a través de la ejecución del gasto; seguimiento y evaluación, es la etapa de control.

El clasificador institucional ordena a las transacciones públicas de acuerdo con la estructura organizativa del Sector Público y refleja las instituciones y áreas responsables a las que se asignan créditos los y recursos presupuestarios y que serán responsables de su ejecución. Las jurisdicciones son unidades organizacionales de la Administración Central que no tienen personería jurídica. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, La jurisdicción 40 representa al Ministerio de Salud.

Los clasificadores de los gastos públicos, ordenan, resumen y presentan los gastos programados en el presupuesto. De acuerdo con su finalidad y función, los gastos se clasifican en: gastos en personal (Inciso 1), bienes de consumo (Inciso 2), servicios no personales (Inciso 3), bienes de uso (Inciso 4), transferencias (Inciso 5), compra de acciones y participaciones de capital, concesiones de préstamos, intereses, comisiones y otros gastos, intereses por préstamos recibidos. El gasto también se clasifica por categoría programática, asignando el presupuesto a categorías programáticas mínimas (actividad y obra). En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, los hospitales son un programa dentro de la Jurisdicción Ministerio de Salud. De acuerdo con la fuente de financiamiento, se clasifican los gastos según tipos genéricos de recursos, estos son: tesoro (fuente 11), recursos propios (fuente 12), recursos con afectación específica (fuente 13), transferencias internas (fuente 14), crédito interno (fuente 15), transferencias externas (fuente 21) y crédito externo (fuente 22). En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, la fuente 13 representa los ingresos por recupero de gastos de prestaciones brindadas a pacientes con cobertura.

## 6. RESULTADOS

### *6.1.Reconstrucción histórica del problema*

La fragmentación en el financiamiento y la cobertura de servicios asistenciales son un rasgo distintivo del campo de la salud en Argentina. Y en este punto coinciden todos los análisis sociológicos, económicos e históricos. El objetivo de la siguiente reconstrucción histórica es evidenciar las raíces y la profundidad de esa fragmentación, para comprender el origen y las limitaciones de los mecanismos compensatorios que intentan superar el funcionamiento superpuesto de la cobertura de servicios.

Resulta difícil entender la situación actual de la provisión de servicios hospitalarios – con sus superposiciones de cobertura, las tensiones que generan los subsidios cruzados y el desarrollo de los mecanismos de compensación– sin evaluar la evolución histórica de la conformación del sector en Argentina desde el punto de vista de los actores que se disputaron el control del campo de la salud; entendiendo al campo como el espacio donde se cristalizan las luchas de intereses contrapuestos por la acumulación de capitales en juego, definido así según la lógica de campos de Bourdieu (Bourdieu & Wacquant, 1995).

Los trabajos de Belmartino (1996 y 2005) y de Bisang y Centrángolo (1997) señalan la conformación de etapas distintivas según ciertos momentos disruptivos en la historia del sector sanitario. Estas etapas varían en número según el autor consultado, pero existe coincidencia en cuanto al momento histórico de ruptura con la etapa anterior. Este trabajo sigue las etapas delineadas por Bisang y Cetrángolo (1997), quienes distinguieron cuatro momentos de inflexión: una primera etapa, anterior a 1945, con escasa o nula presencia estatal. Una segunda etapa, que se inicia con el gobierno de Perón, donde se observa, por un lado, un aumento en la participación del Estado nacional bajo las ideas de Ramón Carrillo y, por otro lado, el desarrollo y la conformación de las obras sociales. Una tercera etapa, a partir del derrocamiento de Perón en 1955, en la que comienza el proceso de descentralización de las funciones del Estado nacional, con la transferencia de responsabilidades técnicas y administrativas a las provincias, Y marcada esencialmente por la consolidación del sistema de la seguridad social y los intentos de regulación de la actividad de las obras sociales. Y, finalmente, una cuarta etapa, donde dicho proceso de descentralización se combina con el paquete de reformas del Estado promulgado durante la década del 90. Se trata de la reforma del subsector público de salud,



que incluye la transferencia a las provincias de hospitales nacionales y la creación del Hospital Público de Autogestión (HPA); la reforma del subsector de obras sociales, que incluye la libre elección de obra social; y la implementación del Plan Médico Obligatorio (PMO).

Cada etapa de conformación del campo de salud argentino está caracterizada por un cambio en el paradigma epidemiológico dominante en la definición del proceso salud-enfermedad-atención y el lugar que dicho proceso ocupa en la agenda estatal. Esto último, a su vez, es una consecuencia directa del grado de desarrollo del tejido institucional del Estado y de los resultados de las luchas de poder entre los actores que conforman al campo de la salud en cada una de sus etapas constitutivas: la corporación médica –representada por asociaciones de profesionales y sanatorios-clínicas privadas–, organizaciones civiles (mutuales luego devenidas en obras sociales) y el Estado.

La revisión del proceso histórico de conformación del sector de salud evidencia la institucionalización de un sistema desarticulado. El campo de la salud opera con su propia lógica producto de una historia de acuerdos, de alianzas y de confrontaciones. Los actores y las instituciones compitieron desde sus lugares con el objetivo de apropiarse de las ganancias específicas en juego. El dominio por el espacio de juego está siendo constantemente negociado entre intereses contrapuestos sustentados en la baja capacidad de rectoría del Estado nacional en materia de salud. Son estos intereses dominantes los que determinan la agenda estatal de regulación en salud. La agenda estatal representa el espacio problemático de una sociedad que afecta a uno o más de sus sectores y que constituyen el objeto de acción del Estado. Las políticas adoptadas por el Estado son las tomas de posición de sus representantes e instituciones frente a las distintas opciones de resolución de los problemas planteados (Oszlak, 1997). Estas tomas de posición están atravesadas por ideologías, por la construcción de consensos con los adversarios políticos y por la necesidad de apoyo de grupos de interés. Los cambios sistémicos que afectaron al sector salud modificaron las reglas del juego al afectar las relaciones de poder entre los diferentes actores presentes en el campo.

### **6.1.1. Primera etapa de conformación del sector, hasta 1945**

Siguiendo a Isuani y Mercer (1985), antes de la década de 1940, el sector sanitario argentino se caracterizaba por una amplia y diversa cantidad de instituciones que operaban como respuestas a demandas puntuales y de corto plazo. La función del Estado en esta primera etapa era de carácter subsidiaria y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a

la actividad sanitaria y a la prestación asistencial. La atención y el cuidado de la salud eran objeto de la caridad o el resultado de una sumatoria de esfuerzos individuales y comunitarios, relacionados con ciertos grupos de inmigrantes o trabajadores. Como ejemplos, los autores señalan la creación de la Facultad Médica Quirúrgica por Cosme Argerich en 1813 o la prestación de servicios asistenciales a soldados que participaron en la campaña del desierto de Juan Manuel de Rosas (1830).

La creación del Departamento Nacional de Higiene en 1880 implicó la delegación de algunas atribuciones locales hacia la Nación y sus tareas incluían la limpieza de municipios, desinfección del aire y las aguas y la propagación de vacunas con el objetivo de controlar epidemias. Aunque señala limitaciones financieras para desarrollar actividades por fuera del puerto de Buenos Aires, con la consecuencia directa de la descentralización de funciones en provincias y municipios. El Departamento contaba con las áreas de Higiene General, destinada al estudio etiológico de las enfermedades a partir de las condiciones de vida y Geografía Médica, de corte más biologicista, orientado a la identificación de agentes causales de patologías específicas.

El crecimiento urbano de principios de Siglo XX y las corrientes migratorias ampliaron las acciones del Estado de la gestión de la salud del puerto hacia la sanidad interna que culminaron en la reestructuración del Departamento Nacional en 1913 en un agregado de programas de corte verticalista y respuesta puntual a diferentes problemáticas, aunque estas acciones no contaban con un marco normativo (código sanitario) que las sustentara.

Con respecto a los servicios de prestaciones hospitalarias, los autores sostienen que estas se encontraban distribuidas entre las autoridades nacionales, provinciales y municipales.

El sector de salud público se conformaba por instituciones hospitalarias administradas por las damas de la Sociedad de Beneficencia (como por ejemplo, el Hospital Rivadavia, que fue una donación de la familia Pereyra Lucena) y otras instituciones públicas de carácter nacional o municipal que brindaban atención hospitalaria a las personas sin capacidad de pago o que fueron transformándose en el lugar de atención de distintos profesionales que montaron sus consultorios aprovechando la tecnología existente –como rayos X. Las modalidades de uso de los hospitales podían incluir un canon por uso de las instalaciones y los médicos atendían a sus clientes particulares ahí. La gratuidad de los servicios prestados en dichos hospitales estaba supeditada a la declaración de “pobre de solemnidad” (De Fazio, 2013) por parte de un comisario o párroco, aunque se habría abandonado posteriormente.

En este sentido, las mutuales tenían un rol central en la provisión de atención médica a la población. Belmartino (1996) realiza un estudio sobre la práctica del mutualismo a comienzos del siglo XX, y señala a este movimiento como antecedente de lo que luego serían las obras sociales. El mutualismo estaba asociado a la actividad de grupos de inmigrantes que construyeron vínculos de ayuda mutua connacionales, pero se extendía también a prácticas de apoyo mutuo entre trabajadores identificadas con alguna vertiente política o incluso religiosa, por ejemplo, del pensamiento socialista o católicos. Las mutuales eran heterogéneas en beneficios y carecían de objetivos sanitarios a largo plazo.

Entre los años 1930 y 1940, diversos factores llevaron a una crisis de estas asociaciones, como la tecnificación de la práctica médica junto con el encarecimiento en la provisión de medicamentos, presionaban el aumento del costo de la atención. Para hacerle frente al incremento del gasto, las mutuales proceden a integrarse vertical y horizontalmente, desarrollando servicios propios o uniéndose con otras mutuales. Las dificultades de financiamiento hicieron que comenzaran a estrecharse los vínculos entre estas entidades y el Estado.

De los párrafos anteriores se desprenden las primeras evidencias de fragmentación en las respuestas a las demandas de provisión de servicios asistenciales. En el contexto de conformación de un gran centro urbano con una población obrera y migrante, el Estado aparece como un actor más pero no se posiciona como un regulador de relaciones ni prácticas (por fuera de la formación académica, provee algunos servicios en sociedad con organizaciones de beneficencia o la infraestructura sobre la cual los profesionales montan sus prácticas aprovechando la capacidad instalada).

### **6.1.2. Segunda etapa: el gobierno de Perón y el carrillismo (1945-1955)**

Durante esta etapa, en línea con la expansión del modelo de Estado de bienestar que prevaleció en la posguerra, se da una expansión estatal de la cobertura sanitaria combinada con la existencia de sistemas mutualistas con fuerte predominio sindical: la salud es una responsabilidad del Estado en el marco de una acción colectiva.

En 1943, el Departamento Nacional se convierte en la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social. En 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública y en 1949 el Ministerio de Salud. En sus diferentes formas, el organismo se orientaba a ampliar la cobertura de prestaciones hospitalarias a la población (Isuani & Mercer, 1988). La designación de Ramón

Carrillo como Secretario significó la concentración y jerarquización de la salud en la agenda del Estado (De Fazio, 2013) y significó un crecimiento de los servicios prestados por el sector público que convirtieron a los servicios estatales de salud en centros formadores de profesionales (Isuani & Mercer, 1988).

Con respecto a la práctica del mutualismo, la llegada de Perón al gobierno imprimió una nueva dinámica a las prácticas organizadas al rededor del movimiento obrero, que, de acuerdo con Isuani y Mercer (1988), se debía a la voluntad estatal de fortalecer a las estructuras sindicales como pilares centrales del proyecto político peronista a la vez que consolidaba la legitimidad y poder económico de los líderes sindicales frente a sus bases (Isuani & Mercer, 1988).

De Fazio señala que en el año 1944 se da el primer reconocimiento legal a una caja de salud sindical a través del Decreto 168, que crea la Dirección General de Asistencia y Previsión Social para ferroviarios estableciendo además la obligatoriedad de las contribuciones patronales y aportes laborales, y que este Decreto es el puntapié inicial para la creación de instituciones similares en las distintas actividades económicas que devendrían en las obras sociales modernas. Aunque su consolidación se daría más adelante, durante el gobierno de facto de Onganía.

Durante las décadas siguientes, el crecimiento de la cantidad de instituciones destinadas al financiamiento de prestaciones hospitalarias trajo aparejadas las siguientes consecuencias: profundizó la heterogeneidad en la administración y distribución de los recursos destinados a la salud; al establecer la obligatoriedad en los aportes y contribuciones, reforzó una fuente de financiamiento muy importante para el crecimiento burocrático-administrativo de los sindicatos por rama de actividad; y consolidó la institucionalización de un sistema de prestación de servicios asistenciales basado en la figura del trabajador contributivo.

El resultado de este proceso es la fragmentación y heterogeneidad que caracterizará al sector de salud argentino hasta la actualidad. La gran dispersión de instituciones y las significativas diferencias en cuanto a objetivos y formas organizativas –responsable de la limitada capacidad del sector para dar respuesta a las necesidades sociales a su cargo y la relativa ineficiencia en la utilización de recursos disponibles– da como resultado la introducción de racionalidades o lógicas organizativas extrañas a sus fines (Belmartino, 1997).

Los desequilibrios entre los ingresos por cuotas y los gastos por enfermedad fundamentan la necesidad de implementar cálculos actuariales, los cuales consideran que los

grupos más vulnerables deberían pagar cuotas más altas, para diferenciarse de prácticas caritativas o asistencialistas. Las obras sociales continuarán expandiéndose en la década de los 50 y 60, en las mismas condiciones de fragmentación y diferente capacidad de respuesta a las necesidades de los beneficiarios. El impulso al desarrollo de la capacidad instalada propia, característico de los 40 y 50 se agotará paulatinamente y será parcialmente reemplazado por una modalidad de contratación de servicios con el sector privado. Se agotará también la débil capacidad regulatoria del Estado, construyéndose un escenario en el que cada médico o equipo de atención será el que decida qué recibirá cada paciente a su cargo (Belmartino, 2005).

### **6.1.3. Tercera etapa: descentralización, inestabilidad política y “pacto corporativo” (1955-1983)**

Luego del derrocamiento de Perón, se inicia un proceso de descentralización de las funciones del Estado nacional a las provincias, medida que exacerbó la fragmentación evidenciada en las etapas anteriores, sumándole una arista territorial. En materia sanitaria, el proceso de descentralización implicó la transferencia de funciones técnicas y administrativas de los establecimientos públicos, a la vez que se desarrollaron instrumentos institucionales para su integración como el Comité Federal de Salud y el Consejo Federal de Salud.

Este proceso de descentralización se profundiza bajo la dictadura cívico militar autodenominada Proceso de Reorganización Nacional, y la Ciudad de Buenos Aires inicia el arancelamiento de prestaciones brindadas en los efectores públicos, con el objetivo de recuperar las prestaciones brindadas a personas con cobertura o usuarios con capacidad de pago (Isuani & Mercer, 1988).

La descentralización del Estado facilita la consolidación de las obras sociales como eje del sistema prestacional. Cada sindicato desarrolló o subcontrató su esquema prestacional circunscrito a las necesidades de sus afiliados en el marco de una escasa o nula reglamentación de las autoridades sanitarias. El sindicalismo, en el período de exilio de Perón, actuó como fuerza opositora a las medidas de los gobiernos. En este contexto de conflicto, las obras sociales se transformaron en la “variable de negociación con los sindicatos” (De Fazio, 2013) y cambiaron el direccionamiento de sus recursos desde la construcción de efectores propios hacia la contratación de servicios privados, que también se expandieron durante esta etapa.

La consolidación del sector de las obras sociales como actor social con influencia decisiva en la agenda estatal se da con la sanción de la Ley 18610 de Obras Sociales de 1970,

que establecía: por un lado, la obligatoriedad de la afiliación de los trabajadores por rama de actividad, medida tendiente a fortalecer la capacidad administrativa de las Obras Sociales brindando recursos financieros; y por el otro, la creación del INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales), el escenario de negociación corporativa entre las organizaciones obreras y médicas.

De acuerdo con Isuani y Mercer (1988), la Ley es una concesión otorgada a los sindicatos en el marco de la serie de conflictos sociales conocidos como “Cordobazo”. De esta manera, el gobierno de facto del General Onganía, debilitado por el conflicto social, compensa al movimiento obrero por haberlos excluido del manejo de las cajas previsionales tres años antes de la sanción de la Ley.

En 1970, la ley 19032 introduce la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, y a su Programa de Atención Médica Integral (PAMI) para brindar cobertura de servicios asistenciales a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión social y a su grupo familiar. Hasta la creación del PAMI, solamente contaban con cobertura los trabajadores pasivos que hubieran mantenido la afiliación a la obra social en su época de trabajadores activos.

La consecuente pérdida de poder del Estado trae aparejado un debilitamiento en su fuerza como agente regulador, y las relaciones entre prestadores y pagadores se rigieron mediante un “pacto corporativo” (Belmartino, 1997) entre los sindicatos y la corporación médica y se reservó la llamada al Estado para acordar pagos y honorarios, aunque se rechazaron las medidas que intentaran superar la fragmentación, la superposición de recursos, la irracionalidad en la administración y el acceso a las prestaciones (Belmartino, 1997). De acuerdo con Isuani y Mercer (1988), los prestadores –individuales o nucleados en organizaciones– encontraron que el nuevo esquema de financiamiento a través de las obras sociales permitía una inesperada y bienvenida expansión económica.

Las corporaciones médica y sindical –los agentes que luchan en el campo para apoderarse de los capitales en juego (Bourdieu & Wacquant, 1995)– defendieron la perpetuación del sistema. La central obrera proclamaba sus derechos sobre un sistema asistencial construido por trabajadores y los médicos defendieron la modalidad de contratación de prestaciones para los beneficiarios. Ambas partes reconocen que la fragmentación es la mejor defensa de sus intereses.

La obligatoriedad en la afiliación a una obra social trajo aparejado un aumento de la población bajo cobertura, que alcanzaron a cubrir al 75% de la población. Para proveer

servicios a esta cantidad de usuarios, las obras sociales contratan servicios en el sector privado, constituyéndose en el principal impulsor financiero de su desarrollo. La oportunidad de apropiación de rentas produjo la expansión de la capacidad instalada privada asociada con los incentivos generados por la paga por acto médico y la presencia de un tercer pagador. El avance tecnológico trajo sus propios conflictos, ya que la creciente especialización y tecnificación diagnóstica sumada a la escasa o inexistencia de normas que regularan la introducción y utilización de nuevas tecnologías implicó el aumento progresivo de costos con el subsiguiente desequilibrio financiero en las obras sociales.

La crisis financiera conducirá a determinados proveedores a abandonar el mercado corporativo resultante de los contratos con las obras sociales. Las nuevas formas contractuales, los contratos de riesgo, introductores de nuevas formas de regulación de las relaciones entre financiadores y proveedores, constituyen el fundamento de la aparición del nuevo régimen (actualidad).

#### **6.1.4. Cuarta etapa: las reformas del Estado y la lógica de mercado (1983-actualidad)**

El retorno de la democracia en 1983 estuvo signado por la crisis de la deuda. El nuevo gobierno electo asume la conducción en un escenario de fuerte endeudamiento con el sector externo, un desorden generalizado de las deudas públicas y un clima social tenso, producto de muchos años de dictadura violenta en la que se prohibió la actividad política y gremial, por lo tanto, las leyes sancionadas durante este período deben interpretarse como un intento de aliviar el gasto público sin llegar a ser disruptivo con ningún sector interesado.

La Ley 23660 de 1989, define en su artículo primero al universo comprendido en la denominación “obras sociales”, estas incluyen: obras sociales sindicales, institutos de administración mixta o creadas por leyes específicas, obras sociales de empresas y sociedades del Estado, obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios, obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas, obras sociales del personal civil y militar de las fuerzas armadas, seguridad, policía y servicio penitenciario nacional y sus respectivos trabajadores pasivos. De acuerdo con el artículo tercero de la Ley, las obras sociales definidas anteriormente formarán parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud y serán reguladas prestacional, presupuestaria y financieramente por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), que a su vez llevará un registro de obras sociales.

En los artículos octavo, noveno y décimo, la Ley de obras sociales define al universo de beneficiarios como los trabajadores en relación de dependencia y su grupo familiar primario, regula la inclusión de beneficiarios adicionales y establece la duración de la cobertura hasta un período de tiempo posterior a la finalización de la relación laboral conforme a las leyes que regulan las relaciones formales de empleo.

En los artículos decimosexto a decimonoveno se establecen los aportes personales y contribuciones patronales obligatorios para el sostenimiento de las acciones de las obras sociales, así como también el aporte al Fondo Solidario de Redistribución.

La ley 23661, sancionada en 1989 junto con la Ley 23660, establece en su artículo primero “Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna”.

En su artículo segundo, la Ley establece como objetivo del Sistema Nacional del Seguro de Salud “proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva”, adicionalmente, [...] “Se consideran agentes del seguro a las obras sociales nacionales, cualquiera sea su naturaleza o denominación, las obras sociales de otras jurisdicciones y demás entidades que adhieran al sistema que se constituye, las que deberán adecuar sus prestaciones de salud a las normas que se dicten y se regirán por lo establecido en la presente ley, su reglamentación y la ley de Obras Sociales, en lo pertinente”.

La Ley establece al ANSSAL como ámbito de aplicación del Sistema Nacional del Seguro otorgándole competencias para: dictar resoluciones que dirijan el accionar de los agentes del seguro de salud, establecer y actualizar un registro de agentes del seguro de salud, aprobar los presupuestos y programas prestacionales de los agentes del seguro y administrar el Fondo Solidario de Redistribución.



Sobre las prestaciones del seguro, en su capítulo sexto, la Ley establece que los agentes deberán desarrollar un programa de prestaciones que deberán otorgarse en forma obligatoria a los beneficiarios. Este esquema prestacional será mantenido y actualizado por el ANSSAL. Adicionalmente, establece que los prestadores que contraten con los agentes del seguro de salud, deberán estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente del ANSSAL pero que paulatinamente se irá descentralizando por jurisdicción. La inscripción en dicho registro implicará respetar los valores retributivos que rijan las contrataciones de los agentes del seguro.

Finalmente, en su capítulo octavo, la Ley establece la posibilidad de que las jurisdicciones provinciales adhieran al Sistema Nacional del Seguro de Salud e instrumenta la operatoria relacionada con dicha adhesión.

Durante la década del 90 se llevaron a cabo una serie de reformas en el sector estatal tendientes a garantizar la apertura de la economía, reducir el rol productor del Estado, generar condiciones para la radicación de capitales y transferir la ejecución de las políticas sociales a las provincias, reduciendo así notablemente la administración central con su consecuente impacto en el gasto público. Estas medidas fueron impulsadas y financiadas por diversos organismos multilaterales de crédito, entre los que se encontraban el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, y estuvieron dirigidas a promover la competencia y la eficiencia en la asignación de recursos.

El sector salud también fue blanco de estas reformas y el impacto final tendió a profundizar las desigualdades en el acceso y en la calidad de la atención recibida por los distintos grupos dependiendo de su ubicación geográfica y su nivel de ingresos. En el subsector estatal el objetivo fue completar el traspaso de los efectores nacionales a manos de las provincias; proceso que había comenzado después del derrocamiento de Perón y que terminó de consolidarse en esta década.

Como los traspasos se realizaron sin la transferencia de recursos coparticipables (Bisang & Centrángolo, 1997), el desafío consistía en tornar rentables a los hospitales públicos y, aplicando racionalidades económicas, se promovió la competencia en el mercado por la captación de recursos. Así surgieron los Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). Bajo este modelo, los hospitales públicos buscan cobrar por las prestaciones brindadas a aquellos que tienen capacidad de pago, quedando la atención gratuita únicamente dirigida a los sectores más necesitados. El modelo se llegó a aplicar muy limitadamente debido a la falta de pago por parte

de las obras sociales, la baja capacidad de contribución de los usuarios y la ausencia de un adecuado gerenciamiento.

El Decreto 9 de 1993 establece en sus considerandos que los sistemas relacionados con el cuidado y la atención de la salud deben producir resultados óptimos, y que para tal fin, la libertad para elegir la obra social contribuirá a la eficiencia del sistema de obras sociales mediante la generación de mayor competencia y que esta libertad de elección implica un novedoso mecanismo de control sobre la administración de los recursos a cargo de los propios beneficiarios, ya que las obras sociales deberán garantizar buenos servicios para no perderlos; y que esto, a su vez, liberará al Estado para concentrar su capacidad de fiscalización en aspectos del sistema que no pueden ser vigilados por los propios usuarios. Adicionalmente, con el objetivo de optimizar la asignación de recursos hacia adentro de las obras sociales, es necesaria la desregulación de la contratación de los prestatarios de los servicios relacionados al cuidado de la salud.

A partir de la sanción de este decreto, el nomenclador pierde efecto como instrumento público de regulación. El Estado permanece limitado en cuanto a la producción y control de normas sobre los modelos de provisión de servicios que garanticen condiciones de accesibilidad y calidad; de esta forma, se pasa de un modelo en el que la regulación sobre el modelo de provisión de servicios quedaba en la órbita de la autonomía profesional a un modelo en el cual la regulación queda en manos de los grupos privados de proveedores (desde organizaciones de profesionales hasta corporaciones económicas).

Finalmente, el decreto 1615 de 1996 fusiona al ANSSAL con el INOS y a la Dirección de Obras Sociales (DINOS) en la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

La creación del Hospital Público de Autogestión con el Decreto 578/1993 establece la obligatoriedad del pago de servicios por aquellas personas que tengan cobertura. La medida busca fuentes genuinas de financiamiento para los hospitales públicos, permitiéndoles establecer convenios con financiadores y cobrar por los servicios prestados a las personas con capacidad de pago. El Decreto estableció que los ingresos percibidos por este modo fueran administrados directamente por el hospital.

El subsector público se consolidó en su rol de prestador universal, principalmente debido a la gran capacidad instalada y al grado de adherencia de la figura del hospital público en la sociedad. Con el viraje desde una economía industrial a una economía de servicios, se exacerbaban las dificultades financieras del subsector público; la flexibilización laboral

condujo al estancamiento de los salarios del personal profesional y técnico y a la precarización de las condiciones de contratación. A la vez que la demanda de atención sanitaria gratuita aumentó producto de la caída del empleo.

El subsector de las obras sociales se encontraba atomizado en un sinnúmero de entidades, la gran mayoría con serios problemas económicos, que afectaban la capacidad de brindar prestaciones a sus afiliados. Las medidas de intervención gubernamental, siempre pro-mercado, tendían a fomentar la competencia entre agentes con el objetivo de lograr una eficiente asignación de recursos. El esquema de desregulación propuesto por el gobierno y el Banco Mundial proponía que cada afiliado eligiera libremente afiliarse a una obra social de su elección o a un plan de medicina prepaga. Esta medida atentaba seriamente contra el esquema de financiamiento solidario de las obras sociales al mismo tiempo que suponía aumentar los problemas financieros de las obras sociales con pocos aportantes. La propuesta de desregulación encontró mucha resistencia en los sindicatos, ya que atentaba contra su principal fuente de financiamiento. La desregulación se sancionó por decreto y nunca llegó a implementarse totalmente, sino que fue el producto de negociaciones entre el gobierno y los sindicatos.

El sindicalismo, por su parte, iba perdiendo poder como actor corporativo, producto, por un lado, del exterminio de la militancia de base durante el gobierno de facto autodenominado Proceso de Reorganización Nacional; y, por el otro, del cambio en el patrón productivo del país con la subsiguiente caída en el nivel de empleo. Ante este escenario desfavorable, adhieren a la libre opción a cambio de recibir ayuda financiera del Banco Mundial. Las obras sociales que adhirieron al convenio de desregulación quedaron bajo la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud. El resultado fue el aumento de la inequidad y la concentración. Algunas obras sociales realizaron convenios con los seguros privados y se dedicaron exclusivamente a la desviación de los aportes de sus afiliados a los planes de medicina prepaga, otras a captar los fondos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución.

Las diferencias entre las prestaciones brindadas por cada obra social pasaron de estar reguladas por los recursos económicos con los que contaba cada obra social a estar reguladas por el denominado Plan Médico Obligatorio (PMO) –una canasta de prestaciones definida por el Ministerio de Salud de la Nación– que todas las obras sociales deben brindar a sus afiliados.

Esta canasta de prestaciones fue y sigue siendo objeto de muchas controversias, debido a la trayectoria creciente que presentan los costos de prestación de servicios hospitalarios.

El subsector privado creció exponencialmente con las reformas de los 90, beneficiado por la orientación pro-mercado de dichas reformas. En el subsector se observó un aumento de la participación extranjera, ya que la apertura y el régimen de convertibilidad tornaron rentable en dólares las inversiones financieras y la creciente tecnificación de la industria biomédica requiere inversiones grandes que solo pueden ser llevadas a cabo por grandes corporaciones. El mercado de seguros de salud se posicionó en el quintil de ingresos más altos intensificando las diferencias de acceso y calidad de atención según los ingresos percibidos. La regulación estatal de las empresas de medicina prepaga consistió en acuerdos de control de precios por sus servicios y la obligatoriedad de aplicar el PMO.

La crisis del año 2001 significó la materialización del fracaso de las reformas impulsadas por el Banco Mundial. La flexibilización laboral condujo a la precarización del empleo, al estancamiento de los salarios y al aumento del desempleo. La demanda de atención sanitaria subió por el aumento de la pobreza. Y, por otra parte, el Estado, en situación de *default*, negocia con las obras sociales la implementación del Plan Médico Obligatorio de Emergencia (PMOe), con menos prestaciones que el PMO original, con el objetivo de aliviar las cargas financieras de las entidades. Pasado el impacto inicial de la crisis, las obras sociales se fortalecieron con la recuperación del empleo, pero la recuperación económica trajo aparejado un aumento en el nivel general de precios junto con la reintegración al sector de seguridad social de poblaciones excluidas durante la crisis. Este hecho muestra que los subsectores público y de las obras sociales se encuentran profundamente vinculados, ya que una parte móvil de la población se traslada de un sector a otro según la coyuntura macroeconómica.

Las tensiones entre el Estado y las obras sociales se materializaron en la puja por el valor del PMO, el porcentaje de aporte sobre el salario y las contribuciones patronales a las obras sociales, y el valor del Fondo Solidario de Redistribución, que otorga subsidios a las obras sociales para el tratamiento de enfermedades específicas (alto costo y baja prevalencia), demostrando los intereses opuestos de cada uno de los actores del campo en la ampliación del PMOe: para las obras sociales, una ampliación implica un aumento de los costos; para los hospitales públicos, implica una descongestión en los efectores. El aumento de la cobertura del PMO no implica un aumento en el subsidio otorgado a las obras sociales más pobres por parte

de la Superintendencia de Servicios de Salud, dado que los aportes dependen de las contribuciones de la masa salarial.

El subsector de las obras sociales está apoyado en la noción de pleno empleo y, por lo tanto, es altamente sensible a las fluctuaciones macroeconómicas. Adicionalmente, la atomización de las entidades no permite la concentración necesaria para cubrir los riesgos que asume. Estas debilidades fragilizan al esquema de seguro al mismo tiempo que minimizan las coberturas ofrecidas debido a los desequilibrios y la variabilidad entre los aportantes y sus ingresos y el número de beneficiarios. Las obras sociales se relacionan profundamente con el sector privado, ya sea comprando servicios o derivando aportes hacia planes de medicina prepaga, siendo las obras sociales los impulsores del desarrollo del sector.

Para Belmartino (1999), las reformas ocurridas en la década del 90 son una consecuencia de la crisis de la deuda de la década de 80. La autora afirma que la proporción de beneficiarios de obras sociales que deben acudir para su atención a los servicios del subsector público aumenta a la par de las dificultades financieras de las instituciones, que a su vez establecen coseguros para el acceso a las diferentes prácticas, mientras que, paralelamente, los profesionales, insatisfechos con las remuneraciones percibidas, exigen a sus pacientes un pago adicional al momento de recibir atención. Estos gastos adicionales limitan el acceso a la cobertura por parte de los beneficiarios de menores recursos, quienes se ven obligados a acudir a los efectores públicos, dado que el Estado es el prestador de última instancia. El reconocimiento generalizado de esta circunstancia, que coloca al Estado como prestador universal, da fundamento a la idea de poner en práctica mecanismos que habiliten el cobro de prestaciones a beneficiarios de obras sociales por parte de los hospitales y centros de salud, de manera de hacerse de recursos genuinos que alivien su condición de deterioro y desfinanciamiento.

En cuanto al proyecto de reforma respaldado por el Banco Mundial, este contemplaba la elaboración de padrones de beneficiarios de obras sociales, a partir de la información existente en la Dirección General Impositiva, con el objetivo de precisar el número y condición de riesgo de los integrantes del grupo familiar y sus adherentes. Esta información sería indispensable para la focalización de subsidios y la posibilidad de cobro para las prestaciones brindadas en hospitales públicos. Sin embargo, lo que ocurrió en los hechos, es que la heterogeneidad de los agentes aseguradores se trasladó en la construcción de los padrones, por lo tanto, nunca se pudo contar con un padrón unificado.

### **6.1.5. Consideraciones sobre la reconstrucción histórica del problema**

El resultado de la lucha de intereses se evidencia en la concentración de los recursos estructurales del sector y en el modo en que se distribuyen en la población: del total de establecimientos de salud, un 60% es privado, el 38% es público y el resto pertenece a obras sociales o empresas de medicina prepaga (Maceira, 2009). Pese a que la mayor cantidad de camas pertenece al subsector estatal, en términos de atención médica y facturación, los servicios privados concentran las dos terceras partes del movimiento económico (Arce, 2012).

El sector privado, consolidado como prestador del sector de obras sociales, ha evidenciado un rápido crecimiento en los últimos años, asociado a la valoración de la salud como bien de mercado y como responsabilidad individual. El comportamiento de las prepagas, que tratan de captar recursos disponibles en mercados saturados, se vincula con los vaivenes de los mecanismos de financiación del sector público y de las obras sociales. Muchas de estas organizaciones tienen escasa o nula capacidad prestacional instalada y operan como redes, ya que, por un lado, captan demandas a través de cápitas mensuales y, por el otro, subcontratan paquetes o servicios de prestación. Finalmente, los cambios operados en las condiciones económicas internas han favorecido el ingreso de capitales extranjeros en el campo de la salud privada a través de la venta de empresas nacionales.

El subsector de las obras sociales está caracterizado por el aporte obligatorio de los afiliados, los fondos están generalmente manejados por los sindicatos y prestan servicios de manera exclusiva a sus afiliados y su entorno familiar. Poseen autonomía funcional y escasa regulación gubernamental, lo que fue generando inequidades entre usuarios, mala asignación interna de recursos y la imposibilidad de articularse con los subsectores restantes. Cualquier programa de reformas en este subsector generará situaciones de conflictos cuyo análisis excede el ámbito exclusivo de la salud, explicado por la estrecha relación entre las obras sociales, el movimiento sindical y el poder político. A su vez, estos problemas se agudizan ante shocks macroeconómicos que inciden en el empleo y la masa salarial, afectando los recursos financieros de las obras sociales, al sector privado como contratado por las obras sociales y al sector público como prestador de última instancia (Bisang & Centrángolo, 1997).

El subsector público, en su rol de prestador universal, actúa como reaseguro de los subsectores privado y de las obras sociales, enfrentando las cargas financieras que esto significa. En momentos de crisis, el aumento del desempleo trae aparejado un aumento en la

demanda de provisión pública, pero como no existen esquemas de presupuesto anti cíclicos que contemplen estas necesidades, se agudizan las barreras de entrada al subsector.

Frente a este escenario de fragmentación, la creación de un único sistema de prestación de servicios hospitalarios parecería ser la solución más eficaz, pero carece de viabilidad y realismo, puesto que la conformación actual del sistema prestacional no es más que la materialización de los intereses de los distintos actores que se disputaron el control del campo de la salud.

Tobar (2002) plantea, para sortear la fragmentación del sector, la necesidad de un esfuerzo articulado y federal, rescatando la función rectora del Ministerio de Salud en la elaboración de un Plan Nacional de Salud que integre todos los subsectores y establezca una adecuada división de responsabilidades, buscando que el todo sea más que la suma de las partes y no una dispersión de esfuerzos y recursos. También propone mayor participación estatal en la regulación del mercado de seguros privados, en la revisión sistemática y periódica del PMO y en la constitución y fortalecimiento de un Seguro Nacional para enfermedades de baja prevalencia y alto costo. El nuevo sistema de prestación de servicios hospitalarios debe estar desarrollado alrededor de una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) localizada, organizada según redes de complejidad. (Tobar, 2002).

El resultado de las luchas entre los actores que se disputan el control en el campo de la salud es lo que terminará definiendo un nuevo paradigma para la acción pública. Por lo tanto, cualquier intento de cambio tendrá que estar antecedido por la construcción de un sujeto social y colectivo con capacidad de imponer sus intereses en la agenda del Estado.

## *6.2. Marco regulatorio sobre la superposición de coberturas*

En esta sección se analiza el conjunto de normas sancionadas por el Estado a partir de la década de 1990 con el objetivo de recomponer o reparar las superposiciones de cobertura, especialmente aquellas destinadas a corregir la inequidad entre los prestadores públicos y los prestadores privados.

En el marco normativo a nivel nacional, las principales iniciativas estuvieron dadas por los decretos 9 y 578 del año 1993 y 939 del año 2000.

El Decreto 9 de 1993 establece en sus considerandos que el hospital público necesita garantizar su financiamiento y que resulta indispensable que éste reciba un trato igualitario cuando brinda prestaciones a beneficiarios que cuentan con cobertura social, por lo tanto, en

su artículo noveno establece que “Los agentes del Sistema Nacional de Seguro de Salud estarán obligados a pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden de los hospitales públicos que cumplan con la normativa que oportunamente dicte el PODER EJECUTIVO NACIONAL”.

La norma oportunamente dictada por el Poder Ejecutivo Nacional fue el Decreto 578 de 1993 de Creación del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), cuyo objetivo fue establecer mecanismos de financiamiento para los hospitales públicos que contribuyeran a su transformación y que garantizaran la equidad, eficiencia y eficacia de la atención médica extendiendo la cobertura a toda la población. A la vez que se enfatizaba la optimización en el uso de los recursos disponibles, el decreto establece la obligatoriedad del pago por parte de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud<sup>2</sup> por las prestaciones demandadas por sus beneficiarios en los hospitales públicos inscriptos en dicho registro.

El Decreto establecía que los hospitales que se inscriban en el registro actuarían como organismos descentralizados de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción y que tendrán, entre otras, capacidad para realizar convenios con entidades de la seguridad social y cobrar por los servicios brindados a personas con capacidad de pago o a sus coberturas.

El Decreto garantizaba la atención para personas sin cobertura en su artículo séptimo: “El Hospital Público de Autogestión (HPA) brindará atención médica en forma igualitaria e indiferenciada a toda la población estando obligado a prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos, en forma gratuita en todos sus servicios”.

Con respecto al financiamiento, en su artículo décimo, el Decreto garantizaba que el hospital continuaría recibiendo los aportes presupuestarios asignados por la jurisdicción pero que tenderá a reemplazar el “subsidio a la oferta” por el “subsidio a la demanda”.

Con respecto a los ingresos percibidos por el cobro de prestaciones a entes de cobertura o población con capacidad de pago se establece que el hospital dispondrá de los recursos para su administración y que la autoridad sanitaria jurisdiccional deberá establecer el porcentaje a distribuir entre distintos fondos: un fondo de distribución solidario cuyo objetivo es financiar acciones estratégicas en salud, un fondo para inversiones, funcionamiento y mantenimiento del

---

<sup>2</sup>Forman parte del Sistema Nacional del Seguro de Salud las obras sociales alcanzadas por las leyes 23660 y 23661.



hospital y, finalmente, otro para distribución mensual entre todo el personal sin distinción de categorías o funciones.

El Decreto habilita a los Hospitales de Autogestión a firmar convenios con los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud para brindar atención a sus beneficiarios preferentemente en base a contratos de riesgo bajo pago capitado. Sin embargo, establece que cuando no mediare convenio alguno, el hospital podría facturar igual las prestaciones brindadas a pacientes con cobertura y los agentes están obligados a pagar a los 30 días de recibida la factura. Si por algún motivo, los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud no saldaran sus deudas con los Hospitales Públicos de Autogestión, los últimos podrían reclamar el pago al ANSSAL (actual Superintendencia de Servicios de Salud), que se encuentra habilitado para descontar el pago a los hospitales de la cuenta del agente del Seguro de Salud.

El Decreto 939 de 2000 de creación del régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) busca complementar y actualizar la norma de 1993 con el objetivo de incrementar los presupuestos hospitalarios a través del cobro de prestaciones a beneficiarios de otros subsectores, fomentar una gestión racional y eficiente, mejorar los niveles de acceso de la población sin cobertura y aumentar el compromiso del personal de los establecimientos hospitalarios a través de la distribución de recursos entre el personal de los hospitales.

En su artículo quinto, el Decreto garantiza la gratuidad de las prestaciones del acceso a la atención, eliminando todo tipo de arancelamiento a la demanda de atención. Se garantiza la recepción de las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente a la vez que agrega la disponibilidad de recursos generados por el régimen de gestión descentralizada.

Incorpora la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y la figura del médico de cabecera como forma de organización de los servicios de salud.

Extiende el plazo de 30 a 60 días para el pago de prestaciones por parte de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud y reemplaza al ANSSAL como organismo regulador del pago de prestaciones por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, esta ha avanzado en normalizar operativamente la estructura de recupero a través del modelo de gerenciadora. Con esta decisión, busca escindir la gestión del recupero de la gestión de prestaciones hospitalarias, asumiendo las debilidades en los perfiles técnicos y de gestión disponibles en los hospitales y asumiendo también que estas debilidades no van a replicarse en la gerenciadora.

La Ley 153 de 1999 es la Ley básica de salud que rige en el territorio de la Ciudad y aplica para residentes y no residentes. El objeto de esta ley es garantizar el derecho a la salud integral en torno a una serie de ejes temáticos organizados en su artículo tercero, entre los que se destacan la organización y el desarrollo del área estatal conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención jerarquizando el primer nivel, y el acceso de la población a la información vinculada a la salud colectiva e individual. Y finalmente, la gratuidad de las acciones de salud, entendida como la exención de cualquier forma de pago directo en el área estatal; rigiendo la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades o jurisdicciones”.

La Ley promueve la descentralización del subsector estatal de salud incluyendo el desarrollo de las competencias locales y de la capacidad de gestión de los servicios. Establece la organización del subsector público en base a la estrategia de atención primaria sobre tres niveles de atención categorizados por capacidades de resolución, con la constitución de redes y niveles de atención y la descentralización progresiva de la gestión. Para los tres niveles de atención establece la identificación de cobertura de las personas y la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.

Para el financiamiento del sector, la Ley establece como recursos del presupuesto de salud: los créditos asignados por el nivel central para cada ejercicio; los ingresos procedentes de la recaudación por prestaciones de servicios y venta de productos; los ingresos resultantes de convenios de docencia e investigación, préstamos o aportes nacionales o internacionales; y los provenientes de donaciones o disposiciones testamentarias. Además, establece la creación de un fondo solidario de redistribución para compensar las diferencias de ingresos entre los efectores provenientes de los convenios de docencia y del recupero de gastos.

Con respecto a la regulación y fiscalización, la Ley formula distinciones entre los financiadores privados y de la seguridad social. Para los entes financiadores de prestaciones de salud privados afirma que deben abonar a los efectores públicos por las prestaciones brindadas a sus adherentes en los plazos y mecanismos que establezcan la reglamentación, y que dicha obligación se extiende a las prestaciones de urgencia. Para los entes de la seguridad social, habilita el reclamo ante el organismo nacional correspondiente (SSS).

En su artículo 47, establece que la autoridad de aplicación de la Ley (el Ministerio de Salud de la Ciudad) debe arbitrar los medios para mantener actualizado el padrón de

beneficiarios y adherentes de los entes financiadores públicos, privados y de la seguridad social.

Por otra parte, la Ley 2808 de 2008 establece el procedimiento especial administrativo y el proceso judicial aplicable al cobro ejecutivo de prestaciones brindadas a personas con cobertura social o privada por la red de efectores de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires. Los efectores deben facturar a los entes de cobertura las prestaciones que realicen a sus beneficiarios o adherentes (haya existido o no derivación) conforme al arancelamiento vigente al momento de brindar la prestación. Establece que la tarea de identificación de cobertura, facturación y cobro de prestaciones estará a cargo de la Agrupación Salud Integral (ASI) –un consorcio público privado que oficiaba como gerenciadora para la facturación y cobranza de prestaciones brindadas a entes de cobertura–, que realizará la tarea con los recursos humanos de los hospitales y los recursos propios que requiera para la centralización del proceso. La tarea debe ser realizada por cuenta y orden de los efectores.

Los entes de cobertura deben satisfacer el pago total de lo facturado dentro de los 30 días corridos de presentada la liquidación mensual. Cuando el ente financiador obligado al pago sea un agente de la seguridad social inscripto en el Registro Nacional de Obras Sociales, se podrá impulsar el cobro automático establecido por el Decreto 939/00. La Ley establece la posibilidad de reclamo ante un seguro cuando la prestación se origine en el accionar de un tercero.

Por su parte, la Ley 5622 de 2016 plantea: Art. 1 “Créase la Sociedad del Estado ‘FACTURACIÓN Y COBRANZA DE LOS EFECTORES PUBLICOS S.E.’ (FACOEP SE)”. [...]Art. 2 b) “Gestionar y administrar la facturación y cobranza de las prestaciones brindadas a personas con cobertura pública, social o privada, por los efectores de la Red Integral de Cuidados Progresivos del Subsector Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. La Ley establece que existe cobertura cuando la prestación es brindada a personas beneficiarias de obras sociales inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales u obras sociales o institutos provinciales, o entidades de medicina prepaga o de seguros o aseguradoras de riesgos de trabajo (ART) o de medicina laboral o mutuales o entidades análogas a tal fin, de cualquier naturaleza –público o privada– que tengan a su cargo la cobertura de salud de personas físicas.

FACOEP se conforma como una empresa pública y es alcanzada por las leyes de Sistema de Gestión, Administración Financiera y Control del Sector Público de la Ciudad (Ley

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

70) y de Compras y Contrataciones de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 2095) y absorbe al personal de la ASI manteniendo su régimen laboral, sindical, previsional y de cobertura social.

Con respecto al financiamiento, la Ley establece que sus recursos provienen de asignaciones presupuestarias del Tesoro de la Ciudad, un adicional del 5% de lo cobrado como resultado de su gestión administrativa, y subsidios o herencias legadas.

Establece en su artículo séptimo que los ingresos generados por FACOEP serán transferidos al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que el Ministerio asignará dicho saldo en los siguientes destinos: incentivo al personal de la red, fortalecimiento y mejoras del servicio de la red y gastos operativos descentralizados de los efectores.

Hasta la creación de FACOEP en el año 2016, la facturación y cobranza en efectores públicos estaba tercerizada en la empresa privada Agrupación Salud Integral (ASI), cuyas funciones eran la identificación, facturación y cobranza de las prestaciones realizadas por la red de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 2808 de 2008 derogada por la Ley 5622 de 2016).

FACOEP, a diferencia de la ASI, es una sociedad del Estado, y por lo tanto sus fondos se rigen por las mismas leyes presupuestarias y de compras y contrataciones que cualquier entidad gubernamental. FACOEP cuenta con personal propio, que cumple funciones en los efectores realizando las tareas de identificación de cobertura y recopilación de documentación, así como también autorización de prestaciones y derivaciones para afiliados a PAMI/ Incluir Salud.

Del análisis de la evolución del marco normativo en el subsector público se desprende que las normas impulsadas a nivel nacional buscan corregir las superposiciones de cobertura a través de mecanismos de mercado, como, por ejemplo, el cobro de prestaciones, el convenio con financiadores y el recupero de gastos a través del mecanismo de la Superintendencia de Servicios de Salud.

El subsector privado está compuesto por agentes muy diversos: desde profesionales de la salud cuentapropistas hasta grandes empresas aseguradoras. El marco normativo –por fuera de lo que es la ley de ejercicio profesional que atañe a los profesionales de la salud matriculados– es escaso cuando no inexistente. A continuación, se rescatan los aspectos más importantes de la Ley 26682, que busca regular a las empresas que venden seguros de salud, particularmente, aquellos apartados que mencionan su relación con los prestadores públicos.

La Ley 26682 de 2011 tiene como objetivo establecer un régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, e incluye a los planes de adhesión voluntaria y a los planes superadores, pero excluye a las cooperativas, mutuales, asociaciones civiles y fundaciones y a las obras sociales sindicales.

La Ley considera empresas de medicina prepaga a:

“[...] toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión [...]”.

Se establece en su artículo quinto, la creación de un Registro Nacional de Empresas de Medicina Prepaga y un Padrón Nacional de Usuarios con el objetivo de ser utilizado por el sector público de salud, y “[...] fiscalizar el pago de las prestaciones realizadas y facturadas por Hospitales Públicos u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, de acuerdo a los valores establecidos por la normativa vigente”, entre otras.

Además, establece en su artículo veinte que “Aunque no mediare convenio previo, las empresas de Medicina Prepaga deben abonar al hospital público u otros efectores del sector público nacional, provincial o municipal, y las de la Seguridad Social, las prestaciones efectuadas y facturadas, de acuerdo a los valores establecidos por la Superintendencia de Servicios de Salud para los Agentes del Seguro de Salud”.

### *6.3. Cobertura, financiamiento, prestación de servicios hospitalarios y recupero de gastos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

#### **6.3.1. Oferta y organización de servicios hospitalarios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

En esta sección nos concentraremos en el análisis de los indicadores de cobertura de la población residente en la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2005-2018, su relación con la proporción de población con cobertura que concurre a los hospitales públicos de la Ciudad en el mismo período, y las variaciones en la contribución del recupero de gastos al presupuesto sancionado, para dar cuenta de nuestro problema de investigación.

La Ciudad de Buenos Aires es la capital de la Nación, es el mayor centro urbano del país, concentra una gran parte de los recursos económicos y la oferta de servicios de salud. Según datos de OPS (2011), la Ciudad ocupa el segundo lugar en nivel de gasto provincial en salud (por detrás de la provincia de Buenos Aires) y el cuarto lugar en gasto en salud per cápita anual (superado por las provincias patagónicas, con menor densidad de población). En cuanto a la oferta de servicios, sus indicadores son: 132 habitantes por cama, 94 habitantes por médico y 1,4 médicos por cama. La población de la Ciudad se encuentra en una transición epidemiológica superior en comparación con el resto de las provincias y cuenta con mejores condiciones socioeconómicas. La Ciudad y el denominado Conurbano bonaerense (barrios aledaños de la provincia de Buenos Aires) forman el Área Metropolitana de Buenos Aires, de modo que los habitantes de los municipios tienen un acceso preferencial a los servicios asistenciales de la Ciudad de Buenos Aires debido a su cercanía geográfica y a la gran red de transportes que la comunica con el interior (Cetrángolo, 2014).

De acuerdo con los datos que se desprenden de la Encuesta Anual de Hogares elaborada por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía y Finanzas de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2017 un 18,7% de la población de la Ciudad de Buenos Aires poseía cobertura pública exclusiva mientras que el 81,3% restante poseía algún tipo de cobertura formal. La red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires está conformada por 14 hospitales generales de agudos, 2 hospitales pediátricos, 19 hospitales monovalentes, 43 centros de salud y acción comunitaria (CESAC), 1 centro de especialidades ambulatorias de referencia (CEMAR), 33 centros médicos barriales (CMB), 2 centros de salud mental, 2 centros de salud odontológicos infantiles y el Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME). Según la Ley básica de salud de la Ciudad (Ley 153), la red pública de salud brinda atención gratuita en el territorio de la Ciudad para todas las personas, independientemente de su lugar de residencia o situación de cobertura. Para aquellos que cuenten con cobertura formal, la Ley habilita el recupero de gastos por las acciones brindadas ante los entes de cobertura.

El recupero de gastos en la red de efectores de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires reconoce las superposiciones de cobertura: formalmente, a través de convenios firmados con las obras sociales –como el caso del Programa de Atención Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), en que la red pública brinda atención sanitaria a beneficiarios de PAMI a cambio de dinero; o informalmente, cuando las personas eligen atenderse en el hospital público espontáneamente,

en vez de acudir a las opciones de atención correspondientes a sus entes de cobertura, o son derivadas al efector público por el SAME y posteriormente se intentan recuperar los gastos de las prestaciones brindadas. La diferencia entre la existencia o no del convenio es operativa y práctica: donde hay convenio, dos partes se comprometieron a brindar un conjunto de prestaciones cerradas a un grupo poblacional específico, valorizadas a un valor convenido por ambos; donde no hay convenio, rigen las leyes que reglamentan el recupero de gastos en la Ciudad (Ley 153 y Ley 5622), que dicen que los entes de cobertura deben pagar a los efectores de la Ciudad por las prestaciones brindadas (estén incluidas o no en sus planes de cobertura) al valor del nomenclador de prestaciones de salud de la Ciudad.

Al mantener los hospitales la obligación de prestar servicios a toda la población en función de su necesidad, los individuos tienen un doble incentivo para ocultar su cobertura: o bien por el ejercicio de sus derechos ciudadanos de acudir al prestador público estatal o bien por miedo a tener que incurrir en costos transaccionales (administrativos) o pagos de bolsillo por la utilización de prestaciones. En términos operativos, las superposiciones de coberturas traen aparejadas dificultades en la identificación de los usuarios, la cuantificación y valoración de los servicios prestados a personas con cobertura formal, y sobre todo la dificultad de los mecanismos de transferencia de recursos de un subsector a otro. A su vez, la inexistencia de padrones actualizados y confiables de cobertura, la ausencia de un proceso de recupero de gastos estandarizado y aceptado por todos los agentes y el bajo nivel de informatización de los efectores son un impedimento para que los establecimientos públicos sean exitosos en el recupero de gastos. A esta situación se le añaden la baja calificación de los recursos humanos –con la consiguiente burocratización– de los efectores, la falta de incentivos del personal hospitalario para realizar las tareas necesarias para contar con un adecuado sistema de facturación y cobranza y la ausencia de penalización a los entes de cobertura que no honran sus deudas por parte de un organismo estatal con poder de policía (Panadeiros, 2001).

Desde la creación del Hospital Público de Autogestión (1999) hasta el año 2008, existieron en los distintos efectores de la red pública de la Ciudad de Buenos Aires esfuerzos aislados por implementar y mejorar los procesos de recupero de gastos a pacientes con cobertura. Desde el punto de vista de la administración, los desafíos se encontraron en la identificación de cobertura, el bajo nivel de informatización de los efectores y la baja capacidad operativa de los recursos humanos, culminando en una burocratización excesiva de la atención. Desde el punto de vista de los usuarios, la superposición entre cobertura formal y el acceso a

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

los servicios de los efectores públicos derivan en trabas o limitaciones que imponen los cupos, las prioridades o los trámites necesarios para acceder al servicio.

En 2008, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires sancionó la Ley 2808 y creó la empresa Agrupación Salud Integral (ASI), un consorcio público-privado que centralizaba las funciones de facturación y cobranza de las prestaciones brindadas por la red de efectores públicos de la Ciudad a pacientes con cobertura formal, su seguimiento jurídico en caso de mora y el gerenciamiento de los convenios firmados entre el Gobierno de la Ciudad y PAMI y el Programa Federal Incluir Salud.

En el año 2016, se derogó la Ley 2808 por la Ley 5622, reemplazando a la ASI por “Facturación y Cobranza de Efectores Públicos Sociedad del Estado” (FACOEP SE, FACOEP), absorbiendo las funciones anteriores de la ASI y su personal.

El recupero de gastos a antes de cobertura encuentra sus antecedentes en la creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud (1988) y el Hospital Público de Gestión Descentralizada (1999) y su principal objetivo es contribuir al financiamiento del sector público de salud. En el año 2017, el presupuesto asignado al Ministerio de Salud fue de 29.260 millones de pesos mientras que la contribución al financiamiento provista por el recupero de gastos a antes de cobertura fue de 425 millones (1% del presupuesto). Durante el mismo período, el 38,51% de las personas que concurren a los establecimientos públicos de la Ciudad tenía algún tipo de cobertura.

Las discrepancias entre el porcentaje de población con cobertura que concurre a los efectores públicos y la participación en el presupuesto del recupero de gastos se debe a varios factores, entre ellos, las debilidades del proceso de facturación, la baja capacidad de pago de las coberturas y el carácter garantista del subsector público que debe prestar los servicios, aunque no pueda recuperarlos.

### **6.3.2. Convenio PAMI/Incluir Salud**

Una proporción importante de las personas que concurren a efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires pertenece al grupo de beneficiarios del Instituto de Servicios Sociales de Jubilados y Pensionados (INSSJP), que brinda cobertura de salud a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI). El PAMI, a su vez, tenía celebrado en el período bajo análisis un convenio con los efectores públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que se gestionaba a través de una gerenciadora.



No tan importante en proporción, pero descrito en este apartado debido a la naturaleza del convenio, se encuentra también la población beneficiaria del Programa Federal Incluir Salud (ex ProFe). Este programa constituye un seguro público de financiamiento solidario para beneficiarios de pensiones no contributivas.

Ambos programas se organizaban a través de un sistema de cápitas administradas por delegaciones regionales que firman convenios con prestadores públicos y privados. En un sistema de pago por cápitas, los prestadores reciben una suma fija por cada beneficiario que debe ser destinada a la atención. El sistema de pago por cápitas implica una transferencia de riesgos desde el financiador hacia el prestador. En este caso, desde el PAMI hacia la red de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires. En la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2018, 125.000 afiliados al PAMI capitaban en la red de efectores públicos.

FACOEP maneja el convenio con las delegaciones regionales de PAMI/Incluir y paga a los efectores por las prestaciones brindadas a valor nomenclador CABA. En los efectores hay oficinas de prestaciones/autorizaciones de PAMI/ Incluir Salud con personal de FACOEP que se encarga de autorizaciones y derivaciones y de tramitar los rechazos conformado / Órdenes de Prestaciones para aquellas prestaciones que no corresponden realizar en el efector público pero que de alguna forma se realizaron ahí (urgencia, rechazo del otro prestador, negativa del paciente, etc.).

El modelo de pago capitado implica una transferencia de riesgos desde el financiador hacia el prestador; en este caso, desde PAMI hacia la red pública de efectores de la Ciudad de Buenos Aires. En este contexto, la forma natural de contener la demanda de prestaciones es, a su vez, la de transferir la administración del convenio en una gerenciadora que hace de *gate keeper* del sistema a través de la gestión de autorizaciones ocupándose de toda la tarea operativa relacionada con el cobro hacia el financiador y de la gestión de las prestaciones a los pacientes en los hospitales de la red.

### **6.3.3. Programa SUMAR y Cobertura Porteña de Salud**

El programa SUMAR (ex NACER, actualmente PACES) es percibido dentro de los efectores públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como un financiador ante el cual se facturan prestaciones. La afiliación y reconocimiento de prestaciones de SUMAR sigue un procedimiento similar al de recupero de gastos de otros entes de cobertura.

En los hechos, es un programa de fortalecimiento de seguros provinciales de salud financiado por el Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF), estructurado alrededor de una serie de líneas de cuidado establecidas como prioritarias y realiza transferencias desde la administración central del programa –a nivel nacional– hacia las Unidades de Gestión Provincial (UGSP) y estas a su vez firman convenios con los prestadores –públicos o privados.

La administración nacional del programa paga a las UGSP cápitas ajustadas por desempeño por cada beneficiario afiliado al programa y las UGSP pagan a los efectores por cada prestación elegible brindada a los beneficiarios. Los pagos de cápitas que la administración nacional realiza a las provincias están ajustados al desempeño de indicadores sanitarios llamados “trazadoras”, que permiten medir la calidad de la atención, la equidad de la cobertura provista, la capacidad de detección de patologías específicas y la habilidad para captar población y promocionar derechos de salud.

El programa SUMAR cuenta con su propio nomenclador de prácticas elegibles y su valor está determinado por el Plan de Servicios de Salud.

Los pagos que las UGSP realizan a los efectores están sujetos a los convenios firmados entre estas y los prestadores, y suelen incluir cláusulas que regulan el destino de los fondos. En el caso particular de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los pagos de ingresos obtenidos por el programa SUMAR sólo pueden utilizarse para la adquisición de bienes de uso o consumo y no pueden ser utilizados para contratar recursos humanos ni para ofrecer incentivos monetarios al personal.

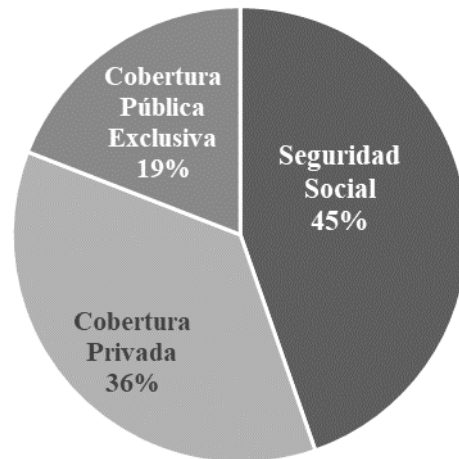
#### **6.3.4. Cobertura**

En la Figura 1. Proporción de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura. 2010, se describe la distribución de los distintos tipos de cobertura en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según datos del Censo 2010. Como se puede observar, el 81% de la población cuenta con alguna cobertura adicional a la del subsector público, mientras que solamente el 19% de la población cuenta con cobertura pública exclusiva. Es importante aclarar que dentro del 36% que posee cobertura privada, un 60% accede derivando sus aportes desde una obra social y sólo el 40% lo hace a través de afiliación voluntaria. Por lo tanto, si se quiere evaluar el tamaño del mercado de la cobertura privada exclusiva en la Ciudad de Buenos Aires, este sería del 14,4%. Dentro del 19% que tiene cobertura pública exclusiva,

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

un 7% cuenta adicionalmente con algún plan o programa estatal de cobertura (SUMAR, Incluir Salud, Cobertura Porteña de Salud, etc.). De los datos de cobertura se puede concluir que la proporción de población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que depende del sector público para la provisión de servicios hospitalarios es del 19%.

**Figura 1. Porcentaje de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura. 2010. N = 2.830.816**




---

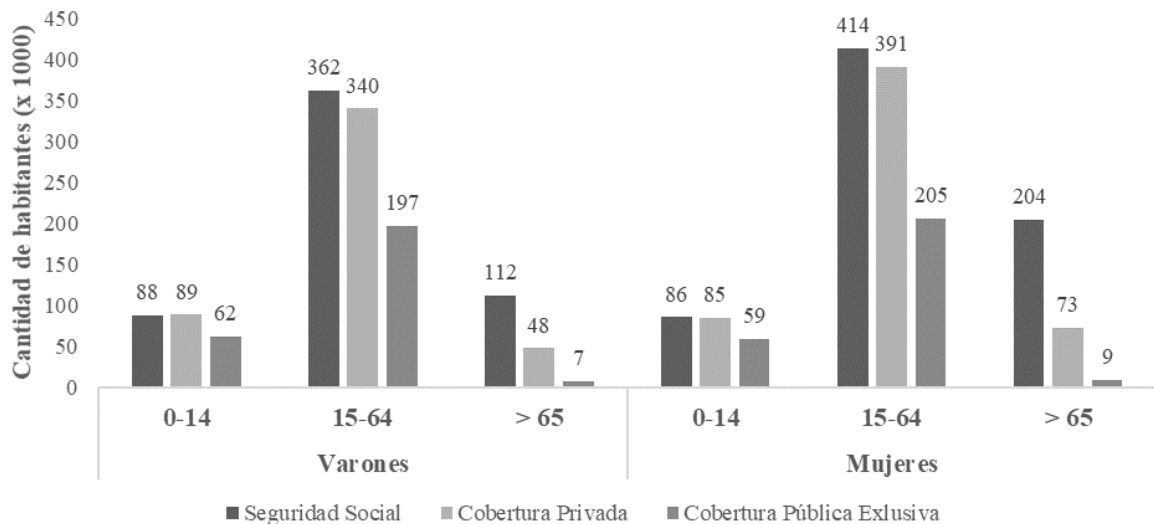
Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

---

A continuación, en la Figura 2. Distribución de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura, sexo y grupo de edad. 2010, se agrupan por sexo y edad los distintos tipos de cobertura con el objetivo de analizar cómo se componen los segmentos etarios y sexuales de cobertura (expresados en miles).

El 54% de la población de la Ciudad es mujer, y del total de la población, un 67% se ubica en el segmento etario de 15 a 64 años, un 16% es mayor de 65 y un 17% es menor de 14 años. De la figura se desprende que, en el segmento de 0 a 14 años, los tres tipos de cobertura se distribuyen de manera uniforme entre varones y mujeres. En el segmento de 15 a 64 años, la presencia del sector público es más fuerte en mujeres que en varones (75% contra 74%), y la seguridad social cubre a mayor proporción de varones que de mujeres (64% contra 59%), probablemente debido a la participación de los varones en el mercado laboral. Para el segmento mayor a 65 años, la proporción de cobertura pública es uniforme en ambos sexos, aunque poco frecuente (3%) para ambos sexos. La cobertura de la seguridad social se observa con mayor frecuencia en mujeres que en varones (29% contra 20%), posiblemente debido al alcance de la cobertura PAMI a una edad más temprana para las mujeres.

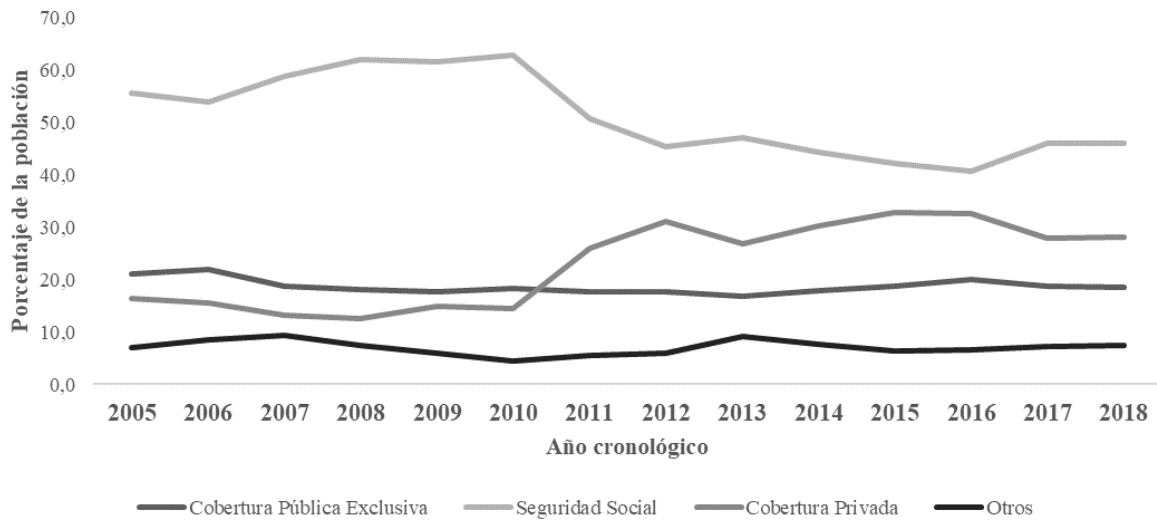
**Figura 2. Distribución de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura, sexo y grupo de edad. 2010. N = 2.830.826**



Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)

En la Figura 3. Distribución temporal del porcentaje de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura 2005-2018, se describe la trayectoria temporal de la proporción de los distintos tipos de cobertura en la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período bajo análisis.

**Figura 3. Distribución temporal del porcentaje de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según tipo de cobertura, 2005-2018.**



Fuente: elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA).

La población con cobertura pública exclusiva se ubicó durante el período en un valor medio de 18,7% alcanzando su mínimo valor en el año 2013, con 16,8%, y su máximo valor en el año 2006, con 21,9%. La variación entre los valores máximos y mínimos se ubica en los 5 puntos porcentuales, a partir de lo cual se permite concluir que los valores se mantienen relativamente estables durante el período bajo análisis.

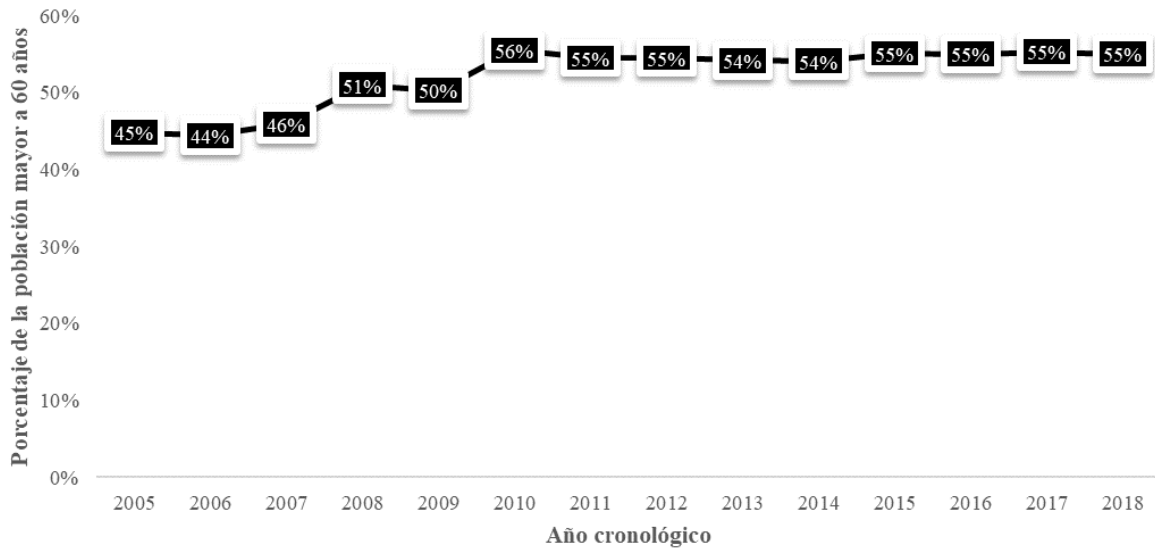
La población beneficiaria de la seguridad social se ubicó durante el período en un valor medio de 51,2%, registrando un valor mínimo de 40,6% durante el año 2016 y un valor máximo de 62,9% durante el año 2010.

La población con cobertura privada se ubicó en el rango 12,5% (año 2008); 32,8% (año 2016), con un valor medio de 23,0%.

Del análisis de las curvas de cobertura privada y de seguridad social se concluye que ambas curvas poseen comportamientos opuestos: mientras que a partir del año 2010 comienza a aumentar la proporción de cobertura privada, se observa una disminución casi en la misma magnitud. Esto se debe principalmente a que la población beneficiaria de la seguridad social deriva sus aportes hacia las empresas de medicina prepaga.

Finalmente, la población con otro tipo de cobertura se ubicó en un valor medio de 7,1%, alcanzando su máximo en 9,3% en el año 2007 y el mínimo en el año 2010.

**Figura 4. Distribución temporal de la proporción de la población mayor de 60 años afiliada a PAMI sobre el total de la población mayor de 60 años. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos de Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas G.C.B.A.).

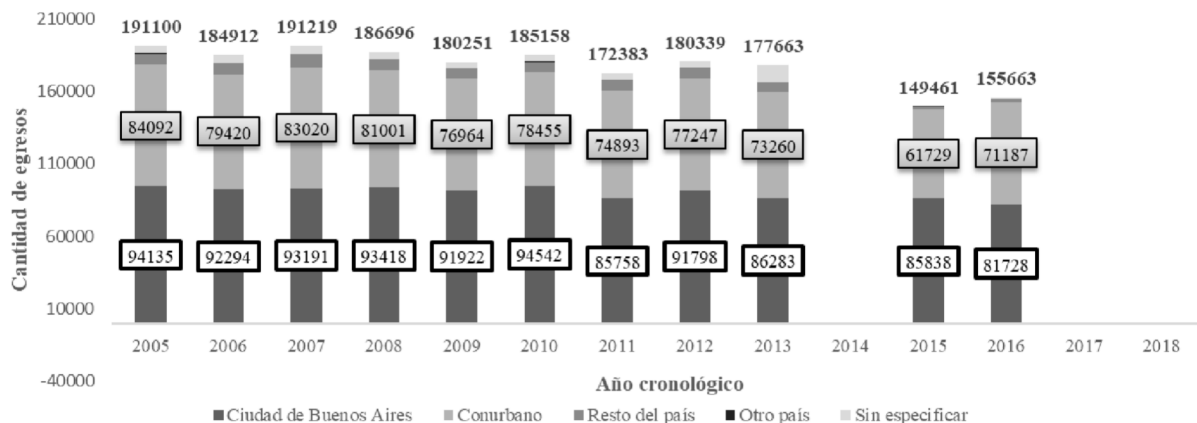
De la Figura 4. Distribución temporal de la proporción de la población mayor a 60 años afiliada al PAMI sobre el total de la población mayor de 60 años. Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2005-2018, se desprende que, durante el período bajo análisis, el porcentaje de adultos mayores de 60 años afiliados al PAMI en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires osciló entre un 44% y un 55%.

El valor mínimo del 44% observado corresponde al año 2006. Al analizar la serie de tiempo, se observan dos saltos discretos: uno ocurrido en 2008, en que el porcentaje de población afiliada pasó del 46% al 51%, y luego en 2010, en que subió 5 puntos porcentuales, pasando del 50 al 55%. Probablemente, estos saltos discretos estén asociados a diversas políticas públicas de inclusión de la población beneficiaria elegible, como por ejemplo: la inclusión en el régimen de amas de casa o el lanzamiento de moratorias para personas sin aportes completos.

### 6.3.5. Servicios hospitalarios

Existen diferentes indicadores de producción de servicios hospitalarios. A continuación, se describirá la trayectoria temporal de dos de ellos: los egresos hospitalarios, que permiten aproximar el uso de camas, la necesidad de recursos físicos y la capacidad resolutive del sector, entre otros; y las consultas externas, que cuantifica la producción de consultas ambulatorias para establecer la planificación del uso de consultorios y horas de profesionales.

**Figura 5. Distribución temporal de egresos hospitalarios en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según residencia habitual, 2005-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos de la Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud (GCBA).

La Figura 5. Distribución temporal de egresos hospitalarios en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según residencia habitual. Años 2005-2018 describe la cantidad de egresos hospitalarios en efectores del sector público de la Ciudad de Buenos Aires para el período 2005-2008 según residencia habitual.

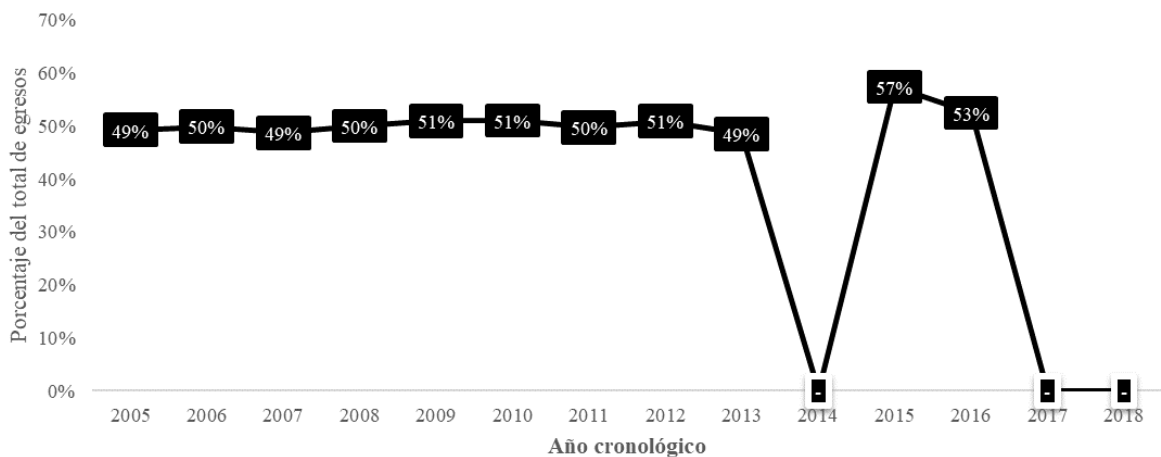
De la observación de la ilustración se desprende que el número de egresos se ubica en promedio para el período observado en 177.713 egresos anuales, con un máximo de 191.219 registrado en el año 2007 y un mínimo de 149.461 en el año 2015.

De la Figura también se desprende que, si observamos el lugar de residencia habitual de los egresos hospitalarios en orden de magnitud, parecen distribuirse entre residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires seguidos detrás por el Conurbano. Muy por detrás comienzan a aparecer egresos con residencia habitual en el resto del país, en otro país o sin especificar. Por lo tanto, podría concluirse que la afluencia de pacientes provenientes de países



límites o de otras provincias en los efectores públicos de la Ciudad es poco significativa. Finalmente, los datos de las últimas dos observaciones disponibles muestran un salto discreto hacia abajo en la cantidad de egresos.

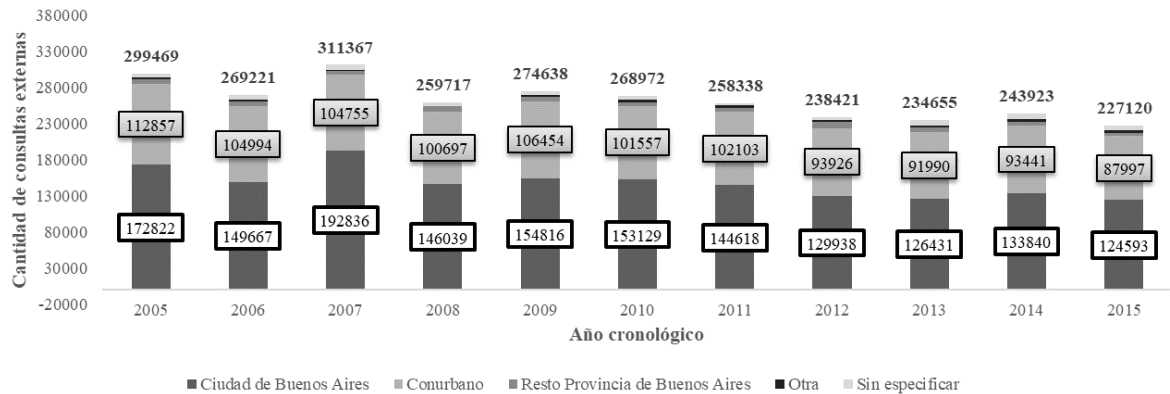
**Figura 6. Distribución temporal de la proporción de egresos hospitalarios de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre total de egresos hospitalarios en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos de la Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud (GCBA).

La Figura 6. Distribución temporal de la proporción de egresos hospitalarios de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre el total de egresos hospitalarios en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2005-2018, describe la proporción de egresos hospitalarios de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre el total de egresos. De la figura se desprende que el porcentaje de egresos de residentes de la Ciudad se ubica, en promedio, en el 51% para el período bajo análisis. Se registran los valores mínimos del 49% en los años 2005, 2008 y 2013, y el valor máximo del 57% en el año 2015.

**Figura 7. Distribución temporal de consultas externas en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según residencia habitual, 2005-2015.**

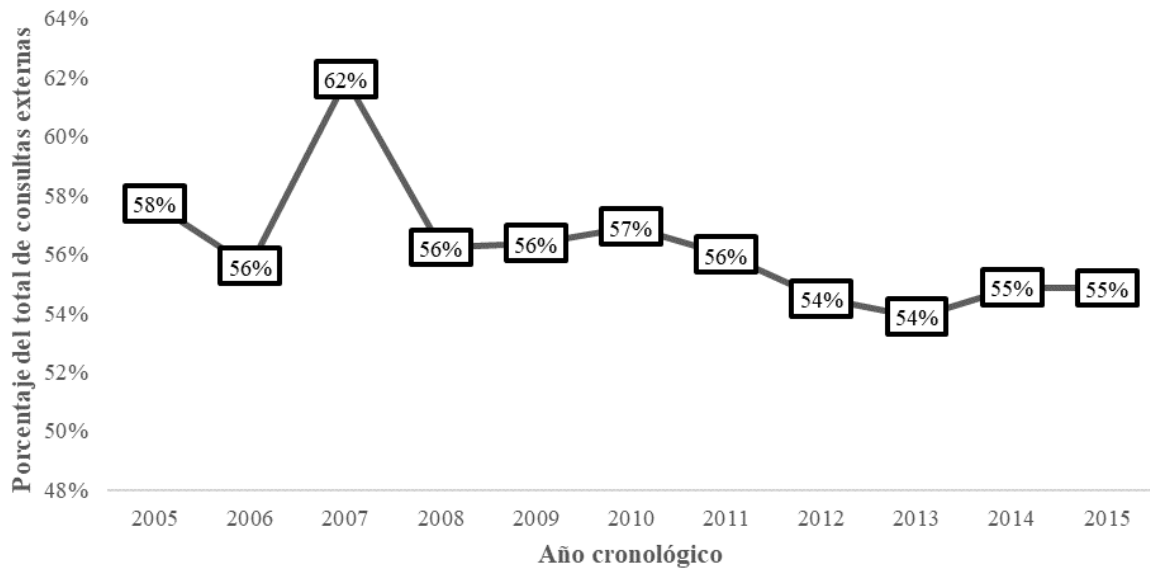


Fuente: Elaboración propia con datos de la Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud (GCBA).

La Figura 7. Distribución temporal de consultas externas en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires según residencia habitual 2005-2018, describe las consultas externas en efectores públicos de la Ciudad según lugar de residencia habitual para el período 2005-2015.

De la figura anterior se desprende que la cantidad de consultas externas en efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires se ubica, en promedio para el período observado, en 262.349 consultas anuales, registrándose un máximo en el año 2007 –con 311.367– y un mínimo en el año 2015 –con 227.120 consultas. Al igual de lo que ocurre con los egresos, se observa que en orden de magnitud son poco significativas las consultas de otras jurisdicciones que no sean la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano. Con el objetivo de cuantificar estas magnitudes, en la siguiente ilustración se analizará la proporción de consultas externas a residentes habituales de la Ciudad con respecto al resto de las jurisdicciones.

**Figura 8. Distribución temporal de la proporción de consultas externas de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre total de consultas externas en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2015.**



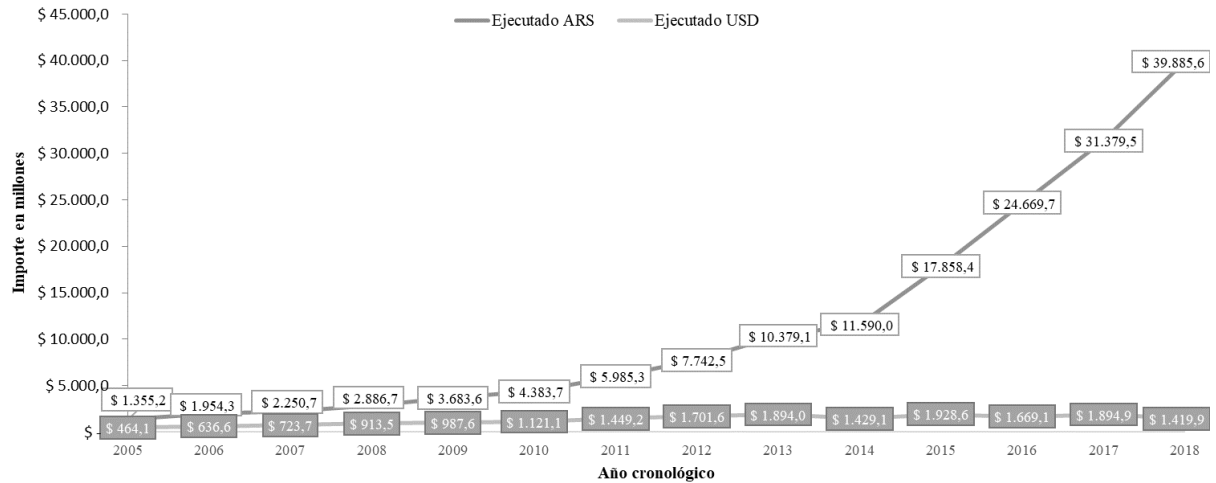
Fuente: Elaboración propia con datos de la Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud (GCBA).

De la Figura 8. Distribución temporal de la proporción de consultas externas de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre el total de consultas externas en efectores del sector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018, se desprende que el porcentaje de consultas externas de residencias de la Ciudad de Buenos Aires sobre el total de consultas en efectores públicos de la Ciudad Autónoma oscila entre el 54% y el 62%, con un promedio para el período observado del 56%. El valor máximo registrado del 62% fue para el año 2007 y el mínimo del 54% para el año 2013.

### 6.3.6. Financiamiento

La Figura 9. Distribución temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2005-2018, describe la trayectoria temporal de los créditos presupuestarios ejecutados por el Ministerio de Salud de la Ciudad durante el período bajo análisis.

**Figura 9. Distribución temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2005-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda y el BCRA.

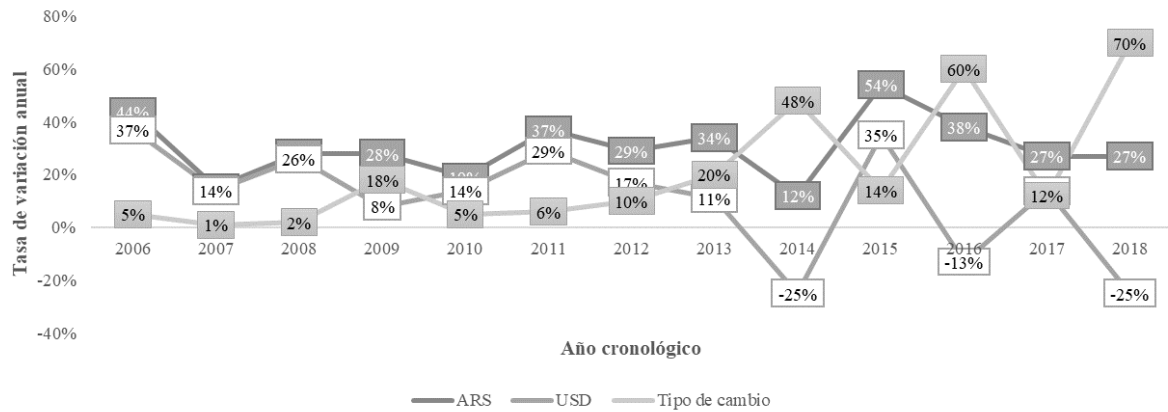
Al analizar la trayectoria del presupuesto ejecutado en pesos por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018, representados en la figura por la línea superior, se observa una tendencia ascendente con un aumento promedio del 30% y un acumulado para todo el período del 392%. Es decir, el presupuesto ejecutado se ha casi cuadruplicado en el período comprendido entre 2005 y 2018. De la figura se desprende que el período 2005 a 2010 presenta una tasa de crecimiento lineal, y que a partir del año 2011 se produce un despegue de la tendencia observada y el crecimiento del presupuesto en pesos comienza a progresar geométricamente. Este crecimiento geométrico se debe, por un lado, al crecimiento del tipo de cambio, y por el otro, al del nivel general de precios.

Con el objetivo de desprender los efectos del tipo de cambio en la distribución temporal del presupuesto ejecutado y facilitar su comparación internacional, se estimó su valor en dólares según el tipo de cambio promedio mensual informado por el Banco Central de la República Argentina (BCRA), representados en la ilustración por la línea inferior. La tendencia del presupuesto ejecutado medido en dólares también muestra una tendencia ascendente, aunque es más estable que su equivalente en pesos. Durante el período bajo análisis, el máximo aumento del presupuesto en dólares se observa en el período 2005-2006, con un 37% de aumento interanual. Se registran tres caídas abruptas en los períodos 2013-2014 (25%), 2015-2016 (13%) y 2017-2018 (25%), es decir, que en estos períodos el aumento del presupuesto en pesos no compensó los aumentos en el tipo de cambio. Para el período bajo análisis el aumento acumulado en dólares es del 142%, muy inferior al calculado en pesos, pero confirma la

tendencia expansiva. Por su parte, el tipo de cambio fue muy fluctuante durante el período, ya que presentó una devaluación acumulada del 271%.

Con el objetivo de representar gráficamente las tasas de crecimiento del presupuesto ejecutado en pesos, dólares y la trayectoria temporal del tipo de cambio, se construyó la Ilustración 10. Tasa de crecimiento interanual del presupuesto en ARS, USD y del tipo de cambio 2005-2018.

**Figura 10. Distribución temporal de la tasa de crecimiento interanual del presupuesto en ARS, USD y del tipo de cambio. Argentina, 2005-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda y el BCRA.

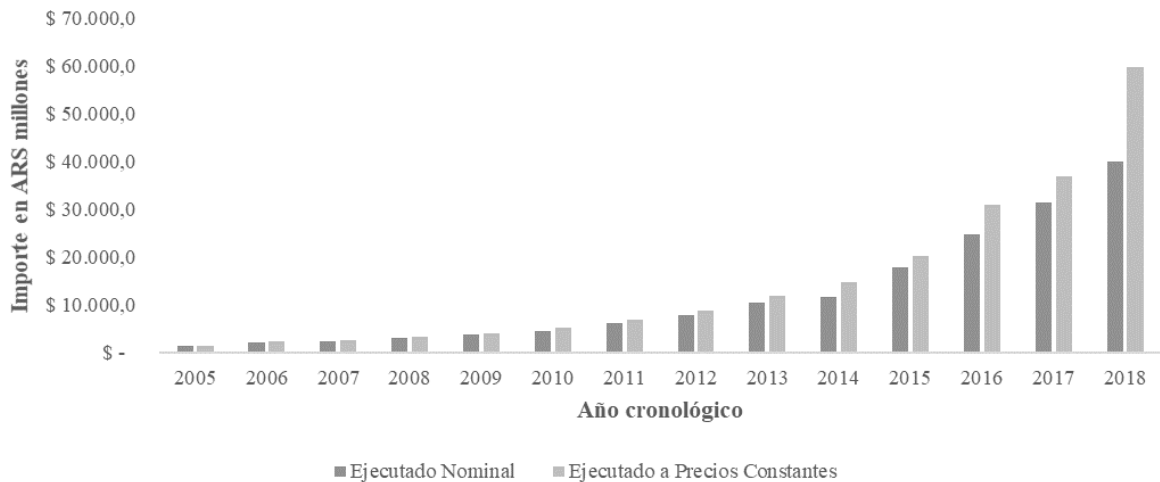
Argentina se inscribe en lo que la teoría económica denomina régimen de tipo de cambio flexible. La variación del tipo de cambio en la ilustración está representada por la línea gris con etiquetas negras. En el período bajo análisis podemos detectar una primera etapa, entre 2005-2008, en la cual el tipo de cambio fluctuó entre un 1% y un 5%, números que nos permiten hablar de una relativa estabilidad. En el año 2009, se produjo el primer salto discontinuo en la trayectoria del tipo de cambio, con una devaluación interanual del 18%, en parte debido a la caída de las bolsas del mundo ocasionada por la crisis de las hipotecas *subprime*. Para el período 2010-2011, se observa una leve recuperación, con variaciones del orden del 6%; finalmente, en 2012 se da inicio a un proceso de devaluaciones más bruscas con picos en 2014 (48%), 2016 (60%) y 2018 (70%).

Las otras dos líneas de la figura representan la tasa de crecimiento interanual del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires en pesos y su equivalente en dólares. Tal como se observa en la figura, la tasa de crecimiento del presupuesto en dólares, si bien se ubica por debajo de la tasa de crecimiento en pesos, mantiene una tendencia positiva, con excepción de los años 2014, 2016 y 2018, en que se observa una caída en dólares del 25%, 13% y 25% respectivamente.

La Figura 11. Distribución temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires a precios corrientes y constantes 2005-2018 describe la trayectoria temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires a precios corrientes y constantes para el período 2005 y 2018. Para construir la serie de tiempo a precios constantes, se utilizó un deflactor de precios construido a partir del

Índice de Precios Mayoristas (IPIM), cuya trayectoria temporal también se graficará más adelante en este trabajo.

**Figura 11. Distribución temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a precios corrientes y constantes, 2005-2018.**



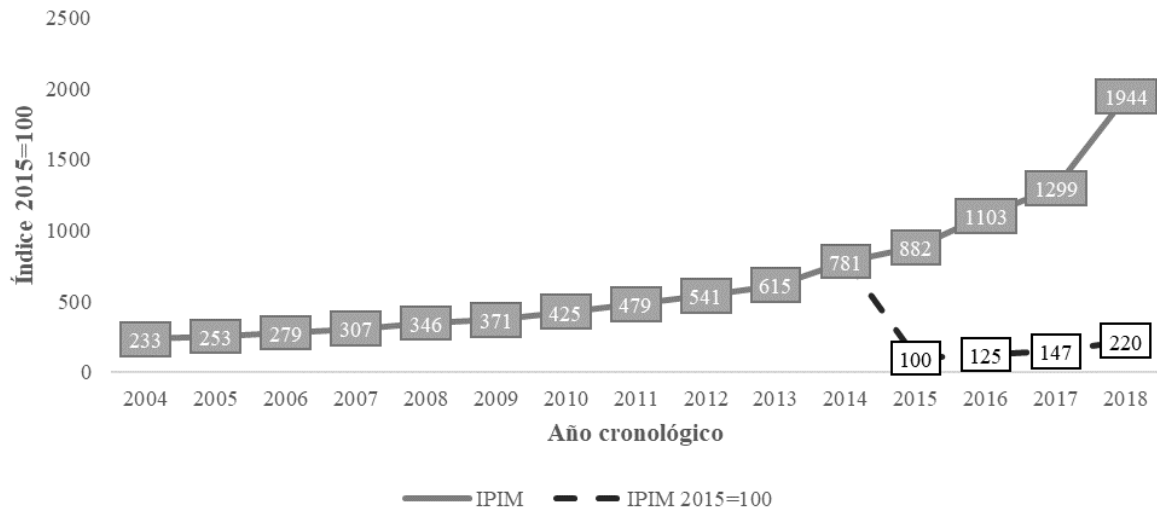

---

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda y el INDEC.

---

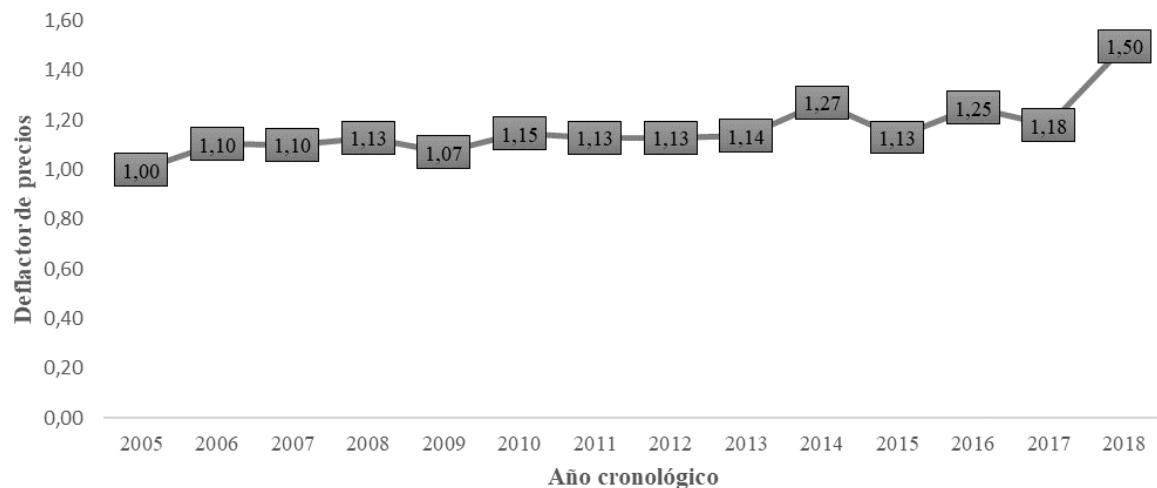
Del análisis de la Figura 11. Distribución temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a precios corrientes y constantes, 2005-2018 se desprende que la trayectoria del gasto en salud fue creciente para todo el período bajo análisis, independientemente de la evolución en el nivel de precios.

**Figura 12. Distribución temporal del Índice de Precios Mayoristas. Argentina, 2005-2015.**



Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC.

**Figura 13. Distribución temporal del deflactor de precios. Argentina, 2005-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos del INDEC.

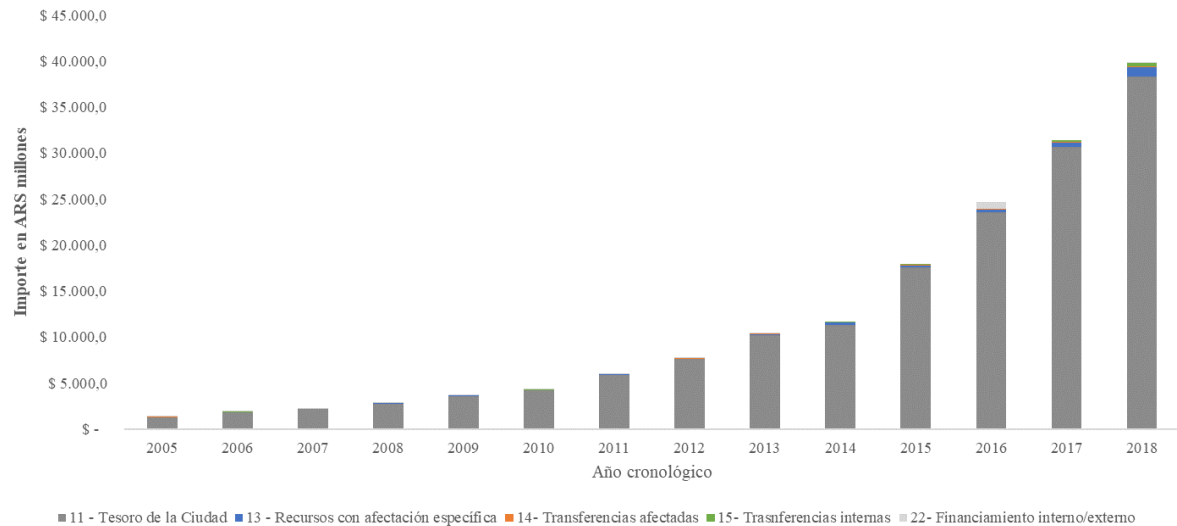
Del análisis de la Figura 13. Distribución temporal del deflactor de precios, se observa que la tendencia creciente del nivel de precios fue constante para todo el período bajo análisis. A excepción de 2009 y 2011, la tasa de crecimiento del deflactor fue siempre positiva y se observan tres saltos discretos en la serie: uno en 2014, otro en 2016 y otro en 2018. Estos tres saltos se corresponden a períodos donde ocurrieron saltos discretos en el tipo de cambio, lo



cual continúa evidenciando el componente cambiario del crecimiento en el nivel de precios de la economía argentina.

La Figura 14. Distribución temporal del presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018, describe la distribución temporal del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires para todos los subprogramas por fuente de financiamiento para el período 2005-2018. Como se puede observar en la ilustración, la fuente de financiamiento que cubre la mayor parte del presupuesto (97% para el acumulado del período 2005-2018) corresponde al Tesoro de la Ciudad. Ubicándose en un segundo lugar, aunque sólo acumulando un 2% en el período 2005-2018, se encuentran los recursos con afectación específica, que consisten en la asignación de los recursos provenientes del recupero de gastos a los entes de cobertura; finalmente, el financiamiento externo acumula el 1% de la contribución total al presupuesto.

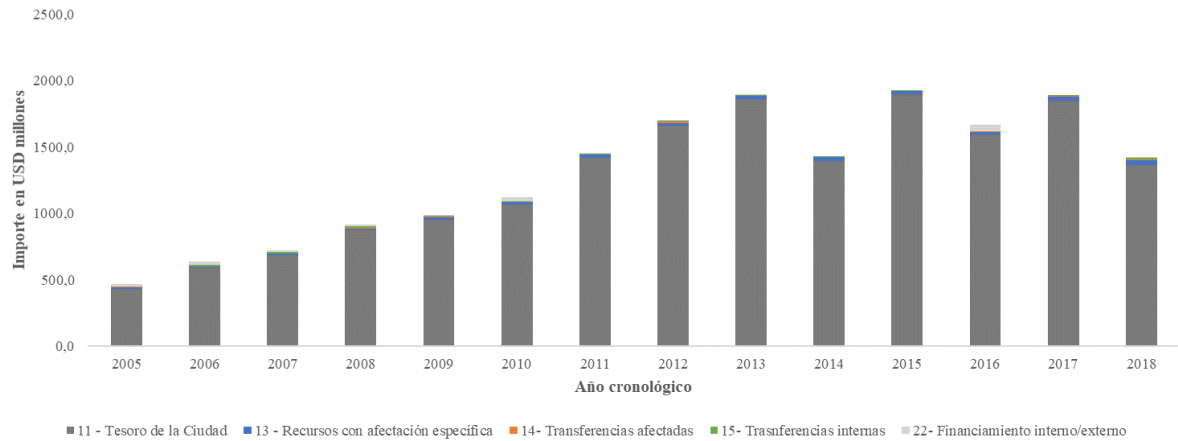
**Figura 14. Distribución temporal del presupuesto ejecutado según fuente de financiamiento por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda y el BCRA.

Con el objetivo de analizar la trayectoria temporal del presupuesto ejecutado para todos los subprogramas y por fuente de financiamiento, excluyendo los efectos de la distribución temporal del tipo de cambio, se construyó la Figura 15. Distribución temporal del presupuesto asignado al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018 en USD millones.

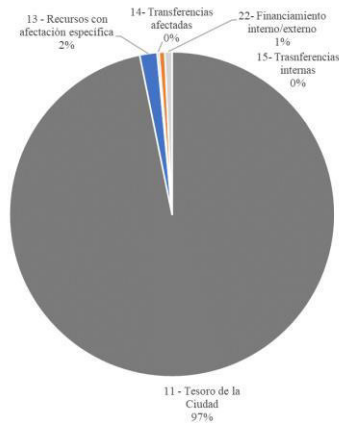
**Figura 15. Distribución temporal del presupuesto asignado al Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 2005-2018, según fuente de financiamiento.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda y el BCRA.

En la Figura 15. Distribución temporal del presupuesto asignado al Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018, según fuente de financiamiento en USD millones, se observa un crecimiento en dólares del presupuesto asignado al Ministerio de Salud en el período 2005-2013, tendencia creciente que termina en 2014, y en coincidencia con un salto discreto en el tipo de cambio. En 2015 los valores en dólares se recuperan para volver a caer en 2016, también en coincidencia con un salto discreto del tipo de cambio. En 2017 se vuelve a observar otra recuperación y en 2018 una nueva disminución producto de otro salto discreto en el tipo de cambio.

**Figura 16. Distribución porcentual del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2008, según fuente de financiamiento.**




---

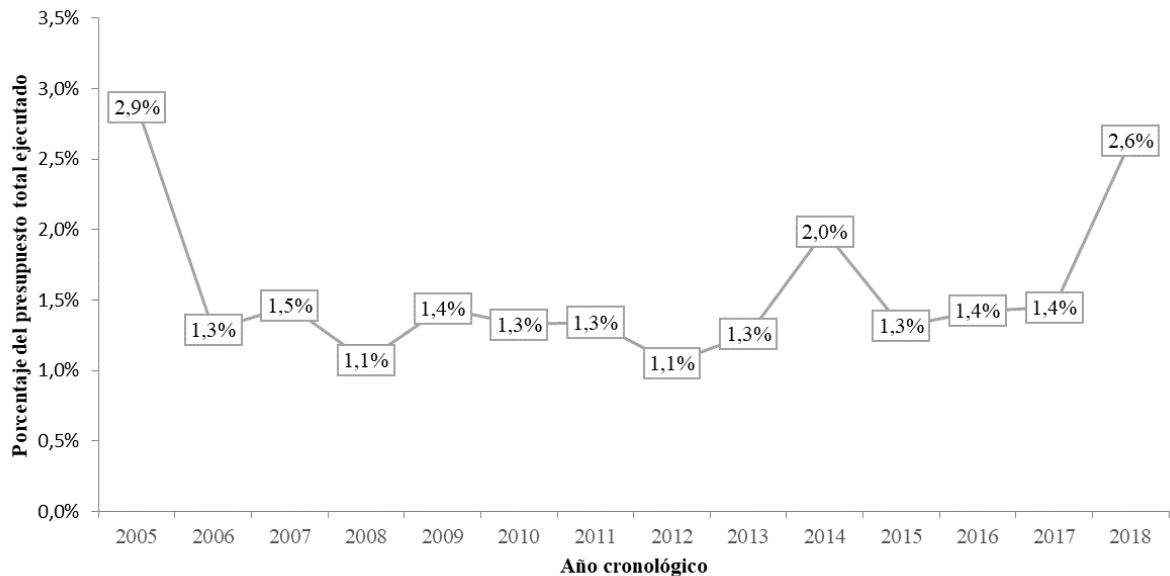
Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda y el BCRA.

---

De la Figura 16. Distribución porcentual del presupuesto ejecutado por el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018, según fuente de financiamiento, se desprende que el Tesoro de la Ciudad aporta el 97% de los fondos para el financiamiento de las prestaciones hospitalarias brindadas en efectores públicos. Los recursos con afectación específica aportan el 2% de los recursos y financiamiento interno/externo el 1%. Las transferencias específicas y las transferencias afectadas no aportan valores significativos al financiamiento de las prestaciones hospitalarias de los efectores públicos de la Ciudad.

La Figura 17. Distribución temporal de la participación en el total del presupuesto ejecutado por la fuente de financiamiento 13 –Recursos con afectación específica 2005-2018 describe la trayectoria temporal de la participación de los recursos con afectación específica en el total de la ejecución presupuestaria en el período bajo análisis.

**Figura 17. Distribución temporal de la participación en el total del presupuesto ejecutado por la fuente de financiamiento 13 –Recursos con afectación específica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2005-2018.**



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda.

Al analizar la trayectoria temporal de la contribución de la Fuente 13 –Recursos con afectación específica al financiamiento del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2005-2018, se observa que la contribución oscila entre el 1,1% y el 2,9%. Los máximos valores registrados fueron el 2,9% en 2005 y el 2,6% en 2018. Los valores mínimos se observan en los años 2008 y 2012.

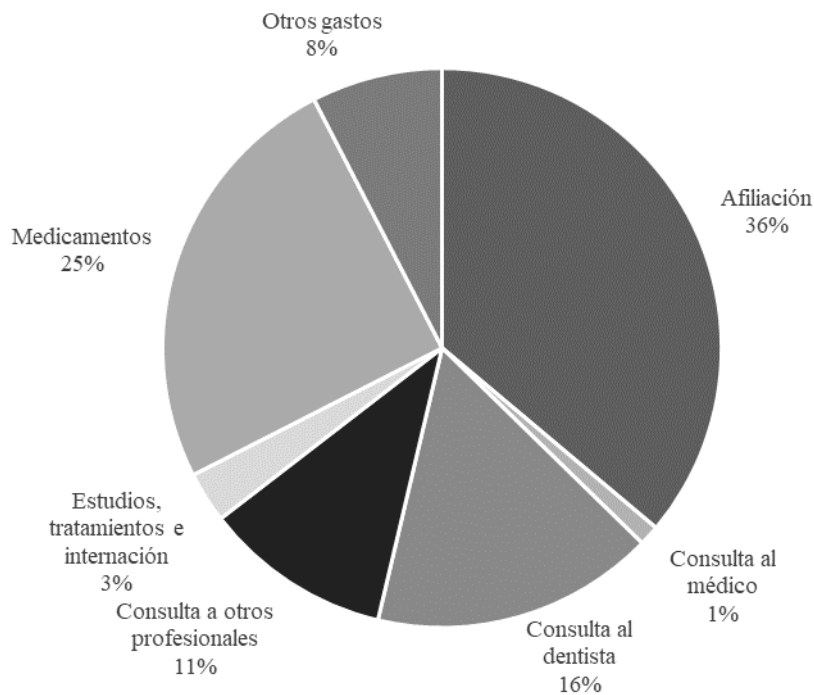
La Figura 18. Composición del gasto de bolsillo para afiliados. Ciudad de Buenos Aires. Año 2010 describe la composición del gasto de bolsillo para afiliados a algún ente de cobertura en la Ciudad de Buenos Aires según datos de 2010.

Para los afiliados a entes de cobertura, el principal componente del gasto de bolsillo es el gasto de afiliación, entendido como el pago de cuotas de afiliación o copagos, que representa para el año 2010 el 36% de los gastos totales, seguido del gasto en medicamentos, que representa el 25% de los gastos totales y el gasto en consultas a odontología, que representa el 16% de los gastos.

La proporción del gasto que los afiliados a algún ente de cobertura destinan a consultas odontológicas (16%) y a sus consultas a otros profesionales (11%) alcanza el 27% de los gastos totales de bolsillo. Esto significa que, adicionalmente de abonar una cuota de afiliación, existen prestaciones profesionales que no están cubiertas por los planes, típicamente odontología y

salud mental, aunque también se extiende a tratamientos de rehabilitación y estudios de alta complejidad.

**Figura 18. Distribución porcentual del gasto de bolsillo para afiliados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010.**



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (Ministerio de Salud de la Nación). Universidad de Buenos Aires. Instituto Gino Germani. Encuesta Nacional sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2010 (ENU y GSS 2010).

La Figura 19. Composición del gasto de bolsillo para no afiliados. Ciudad de Buenos Aires. Año 2010 analiza el gasto de bolsillo para no afiliados en el año 2010 en la Ciudad de Buenos Aires. De la ilustración se desprende que, excluyendo la afiliación, los gastos en medicamentos y odontología son los principales componentes del gasto, alcanzando para no afiliados un 49% el primero y un 32% el segundo, y ambos suman el 81% del gasto total de bolsillo.

Con respecto al gasto en medicamentos, las comparaciones entre el grupo de afiliados y no afiliados pueden obedecer no sólo a la diferencia entre los gastos destinados a la afiliación, sino que, adicionalmente, muchas coberturas ofrecen descuentos en medicamentos o distintos porcentajes de cobertura. También hay programas nacionales de acceso a medicamentos

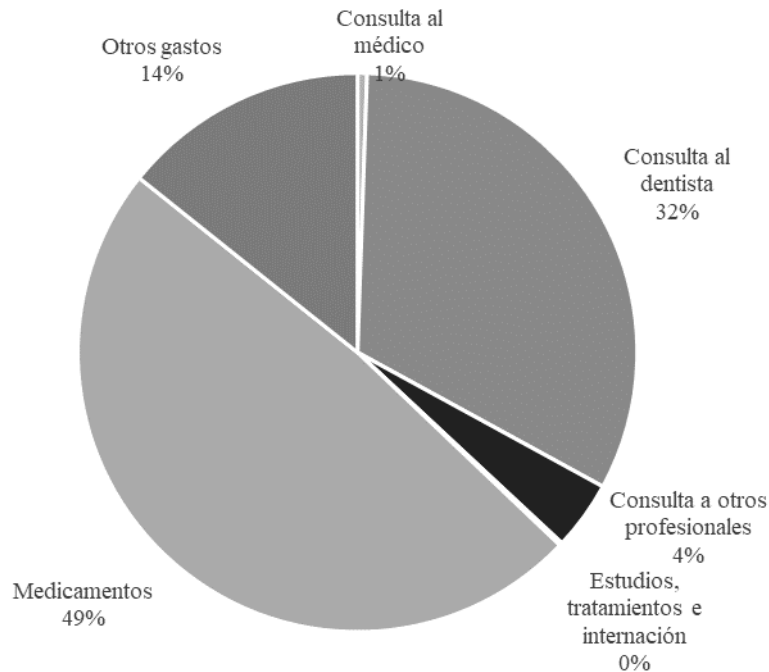
Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

específicos que se financian en forma centralizada y se distribuyen a través del subsector público o a través de las distintas coberturas.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup>Por ejemplo, los medicamentos de HIV son provistos por el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual.

**Figura 19. Distribución porcentual del gasto de bolsillo para no afiliados. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2010.**



---

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (Ministerio de Salud de la Nación). Universidad de Buenos Aires. Instituto Gino Germani. Encuesta Nacional sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2010 (ENUyGSS 2010).

---



## 7. DISCUSIÓN

En esta sección se discutirán los principales hallazgos de la investigación realizada sobre los datos de cobertura, financiamiento, recupero de gastos y producción de servicios hospitalarios en la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2005-2018.

En cuanto a los indicadores de cobertura, los resultados de la investigación demuestran que el 81% de la población de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con algún tipo de cobertura –ya sea privada o de obras sociales– y el 19% restante con cobertura pública exclusiva, muy por debajo del nivel nacional, que alcanzaba al momento del censo 2010 el 38%. El gasto público en provisión de servicios de salud en la Ciudad de Buenos Aires alcanzó un promedio anual durante el período bajo análisis \$5.246 medido en términos nominales (o USD 460 o \$4.189 a precios constantes) por habitante, y si se excluyera del denominador a personas con cobertura, el gasto anual por habitante habría alcanzado los \$29.649 en términos nominales (o USD 2.421 o \$22.046 a precios constantes). Es decir, la consecuencia más visible de la superposición de cobertura, es la reducción a una sexta parte del gasto por habitante, con su correspondiente impacto en la calidad de los servicios prestados. Estos hallazgos se condicen con lo observado por Cetrángolo (2014), que pone en evidencia el componente regresivo que contiene el gasto en salud, porque a pesar de estar en un nivel elevado para la región no logra llegar a su población objetivo.

Al analizar en profundidad la composición de las coberturas y su trayectoria temporal, se observa que las curvas de cobertura privada y de seguridad social en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el período bajo análisis muestran comportamientos opuestos, especialmente pronunciados a partir del año 2010, demostrando la participación que tiene la desregulación de aportes de obras sociales hacia empresas de medicina privada.

Las instituciones financiadoras son un grupo heterogéneo en el que conviven obras sociales sindicales de pocos afiliados, devenidas en cáscaras financieras cuyo objetivo es redireccionar aportes hacia las empresas de medicina prepaga y grandes obras sociales, concentradas verticalmente con prestadores propios o a través de convenios con prestadores privados. Las empresas de medicina prepaga han aprovechado la recepción de los aportes de los beneficiarios de obras sociales amparadas en el Decreto 9 de 1993 y se han convertido en grandes grupos económicos que se dedican a negocios financieros o se han integrado verticalmente con prestadores.

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, el 60% de las personas que tienen cobertura privada accede a través de la derivación de aportes de sus obras sociales, es decir, el crecimiento del mercado privado de prestación de servicios asistenciales se explica en su mayoría a través de la derivación de aportes desde la seguridad social, amparada por el Decreto 9 de 1993, que comenzó a ser efectiva a fines de esa década.

El redireccionamiento de recursos desde la seguridad social al sector privado acentúa las diferencias de financiamiento de la seguridad social, ya que los mayores aportes se van al sector privado y quiebran la solidaridad hacia adentro de las obras sociales, tal como fuera señalado por Maceira (2008) y Katz y Muñoz (1988).

El 16% de la población de la Ciudad de Buenos Aires es mayor a 65 años. Para el subgrupo mayor a 60, el nivel de cobertura de PAMI en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires osciló para el período bajo análisis entre el 44% y el 55% con dos saltos discretos impulsados por la ampliación de la cobertura del sistema previsional. Debido a que el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a través de su gerenciadora, ha firmado un convenio prestacional con el PAMI, por el que recibe una cápita equivalente a un tercio de los beneficiarios. Este convenio contractual merecería un estudio en sí mismo para determinar su impacto económico, ya que tal como señala Báscolo (2008), la aparición de modelos contractuales y organizacionales como lo son el pago capitado y la gestión a través de gerenciadoras implicaron una transferencia de riesgos desde los financiadores hacia los prestadores –en este caso la red de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Un estudio complementario que evalúe los beneficios económicos y prestacionales de los convenios sería de mucha utilidad para medir la equidad del sistema de prestación de servicios hospitalarios.

Con respecto a la producción de servicios hospitalarios en la red pública de efectores de la Ciudad, se observa una trayectoria decreciente en la cantidad de egresos hospitalarios y en las consultas externas, a pesar de que los niveles de cobertura pública se mantienen constantes. La disminución en la producción de servicios podría explicarse o por una caída en la demanda de atención o por una caída en la oferta de servicios, aunque ninguno de estos supuestos pudo contrastarse empíricamente.

Al analizar la situación de residencia de los egresos y consultas externas, se observa que los egresos de residentes y no residentes de la Ciudad se distribuyen en proporciones similares, en cambio, en las consultas externas, la prevalencia de residentes de la Ciudad es mayor que la de no residentes. Estos datos podrían estar relacionados con diversas cuestiones

que exceden a esta investigación, pero que vale la pena mencionar: como, por ejemplo, la utilización de los servicios de consultas externas puede estar más asociado a la cercanía que el uso de los servicios de internación. Estos últimos, a su vez, pueden estar condicionados por el tipo de ingreso a la institución, por ejemplo, a través del Sistema de Emergencias Médicas de la Ciudad (SAME).

Al analizar el financiamiento de los servicios hospitalarios en la Ciudad de Buenos Aires, se observa que los créditos presupuestarios ejecutados por el conjunto de efectores públicos muestran una trayectoria creciente para el período bajo análisis medido en pesos argentinos –tanto en términos nominales como a pesos constantes (utilizando el deflactor IPIM)– al medir esta trayectoria en dólares estadounidenses, se observa una evolución positiva hasta el año 2013, cuando revierte su tendencia debido a dos saltos discretos del tipo de cambio.

De estos hechos se desprende que el gasto en la provisión de servicios hospitalarios por parte del sector público es creciente y parecería no estar relacionado con los niveles de cobertura (demanda). Es importante destacar, que las instituciones hospitalarias son intensivas en recursos humanos, y que en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, el 80% del gasto en provisión de servicios hospitalarios corresponde al pago de sueldos, por lo tanto, puede deducirse que el aumento en el gasto se debe a la recomposición del ingreso de los trabajadores.

En cuanto a la contribución que el recupero de gastos hace al financiamiento de los servicios hospitalarios del sector público, se observa que los recursos con afectación específica representan el 1% de los créditos totales para el período observado con oscilaciones entre el 1,1% y 2,9% para el período 2005-2018. Los resultados empíricos con respecto al recupero de gastos acompañan los hallazgos de Panadeiros (2001) y Maceira (2009) en cuanto al fracaso de la política de recupero como elemento compensador de las inequidades originadas en la composición de coberturas. Si bien el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires no cuenta con estadísticas oficiales de población con cobertura que concurre a efectores públicos, esta se estima en la bibliografía alrededor del 30%. Si se asume que la distribución de personas con cobertura se comporta igual que la observada en la población, solamente el 19% de la personas que concurren a los efectores públicos no tienen cobertura, por lo tanto, se esperaría un nivel de recupero que acompañe dicho indicador.

La baja participación que tiene el recupero de prestaciones en el financiamiento del sector público puede deberse a varios motivos, entre ellos, a los costos transaccionales presentes en el proceso de recupero de gastos. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, la

existencia de una gerenciadora podría implicar un incentivo perverso para el recupero, ya que podría incurrir en prácticas de disminución de esfuerzos para aumentar sus beneficios. También podría explicarse como una debilidad en la organización institucional de los hospitales y en los vínculos que esta institución mantiene con la gerenciadora.

Los hallazgos de esta investigación con respecto a la relación entre las obras sociales y los hospitales públicos están en línea con lo planteado por Katz y Muñoz (1988), quienes afirman que la información referida al uso que el sector de obras sociales hace del hospital público es escasa y fragmentaria; no obstante, se puede afirmar que las obras sociales más pobres son las más subsidiadas indirectamente por el hospital público a través de este mecanismo de no facturación por la atención de sus afiliados. También la comunidad empresaria resulta subsidiada, en la medida en que el hospital público se hace cargo de accidentes de trabajo y de patologías que, según la legislación laboral, deberían estar cubiertos por las empresas pero que en los hechos terminan siendo atendidos gratuitamente en hospitales públicos.

Finalmente, desde el punto de vista del financiamiento, el análisis del gasto realizado por el subsector público en servicios hospitalarios se complementa con el análisis del gasto de bolsillo para afiliados y no afiliados antes de cobertura en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el caso de los afiliados, el componente principal del gasto es la afiliación (36%); el gasto en medicamentos representa el 25% para los afiliados y el 49% en los no afiliados, el gasto en consultas odontológicas representa el 16% en afiliados y el 32% y finalmente, las consultas a otros profesionales alcanzan el 11% del gasto en afiliados y el 4% en no afiliados.

Los hospitales públicos fueron clasificados como instituciones desorganizadas, con fallas en conocimiento y técnicas de administración hospitalaria (Banco Mundial, Panadeiros, 2001). Los caminos que los organismos internacionales de crédito propusieron para mejorar la eficiencia de las instituciones públicas fueron la descentralización administrativa y ejecutiva y el arancelamiento de servicios. Con respecto al segundo, se pensó como estrategia para enfrentar la crisis de financiamiento de los hospitales, y se concluye que, al no existir incentivos claros para que los hospitales públicos facturen las prestaciones brindadas a pacientes con cobertura, la contribución del recupero como mecanismo de fortalecimiento financiero ha sido escasa, debido a las dificultades para que el hospital público identifique a los pacientes según la obra social a la que pertenecen y le facture a esta última los costos de atención de sus afiliados (Katz y Muñoz, 1988).

## 8. CONCLUSIONES

La revisión del proceso histórico de conformación del campo de salud evidencia la institucionalización de un sistema de prestación de servicios hospitalarios desarticulado. El campo de la salud opera con su propia lógica, producto de una historia de acuerdos, de alianzas y de confrontaciones entre los actores y las instituciones que compitieron para apropiarse de las ganancias específicas en juego. Estos intereses dominantes son los que determinaron la agenda estatal de regulación en salud, y el dominio por el espacio de juego continúa siendo negociado entre intereses contrapuestos con los consecuentes impactos en los resultados sanitarios y la calidad y equidad del sistema de prestación de servicios hospitalarios.

La agenda estatal representa el espacio problemático de una sociedad, problemas que afectan a uno a más de sus sectores y que constituyen el objeto de acción del Estado. Las políticas del Estado no son más que la toma de posición de sus representantes e instituciones frente a las distintas opciones de resolución de los problemas planteados (Ozlak, 1997). Estas tomas de posición, a su vez, están atravesadas por ideologías, por la construcción de consensos con los adversarios políticos y por la necesidad de apoyo de grupos de interés.

Al analizar la evolución del marco regulatorio, se concluye que el Estado ha ido apartándose de la intervención en el funcionamiento del sector y se ha dedicado únicamente a regular la afiliación y el esquema prestacional de los beneficiarios de la seguridad social, estableciendo soluciones de mercado para resolver las ineficiencias de la superposición de cobertura y el financiamiento cruzado. En cuanto a la corrección de las superposiciones de cobertura, instrumenta los mecanismos para el recupero de gastos, pero solo aplicable a un subgrupo: los hospitales que se inscriban en el registro de Hospitales de Autogestión y las obras sociales que pertenezcan a la órbita de regulación de la Superintendencia de Servicios de Salud. Se excluyen las obras sociales provinciales y las empresas de medicina prepaga. Aunque la Ley de empresas de medicina prepaga establezca el cobro de prestaciones sin convenio mediante prestaciones brindadas por efectores públicos y la obligatoriedad de presentar padrones actualizados ante la Superintendencia, esta ley es de escasa aplicación, regulación y control.

Los mecanismos de compensación llevados a cabo en la Ciudad de Buenos Aires siguieron la línea de las soluciones de mercado, es decir, corregir los desequilibrios existentes a través de un sistema óptimo de incentivos al recupero. Estos sistemas de incentivos al recupero presentan dos problemas desde el punto de vista teórico.

Por un lado, instrumentar el recupero depende de un tercer actor, la gerenciadora (en un primer momento un consorcio público privado, luego devenido en sociedad del Estado), que opera con una lógica e interés propios. Siguiendo a la teoría de contratos referenciada en el marco conceptual, es deber del Estado diseñar un instrumento de monitoreo óptimo para maximizar los esfuerzos de la gerenciadora en función de los intereses del Estado y minimizar la apropiación de beneficios individuales. A su vez, sería importante determinar los costos transaccionales presentes en el contrato de gerenciamiento, es decir, los costos operativos de funcionamiento de la gerenciadora: ¿son mayores, menores o compensan los ingresos generados?

Por otro lado, la institución donde se generan los servicios hospitalarios que luego se pretenden recuperar es una organización compleja donde el *habitus* que caracteriza al espacio social hospitalario es el de la hegemonía de la biomedicina y el de las burocracias profesionales y administrativas. Los médicos se caracterizan por tener mayor acumulación de capital cultural y simbólico (aunque estas ponderaciones varían dentro de las especialidades médicas y dentro del equipo de salud) y la hegemonía de la biomedicina es una materialización del capital simbólico que detenta la profesión médica dentro del campo de la salud. La burocracia administrativa, característica de la administración pública, traza una distancia con el usuario, cimentada en la escasez de formación de equipos de trabajo y la falta de compromiso o vínculos estrechos con la función pública. En este contexto, resulta necesario acercar los intereses de los efectores y sus trabajadores con el objetivo de la política pública, tal como sugiere Spinelli (2010) con su modelo TOGG (trabajo, organización, gestión y gobierno) de modo tal que se inviertan los procesos de acumulación de fuerzas verticales características del industrialismo mercantilista.

Del análisis de los indicadores de cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la Ciudad de Buenos Aires para el período 2005-2018 se concluye que el subsector público de salud, en su rol de prestador de última instancia, actúa como financiador de los subsectores privado y de la seguridad social, dado que una proporción importante de la población que acude a la red de efectores públicos posee algún tipo de cobertura; y que, si bien se contempla el recupero de gastos sobre las prestaciones brindadas a pacientes con cobertura, el proceso es ineficiente y se incurre en transferencias netas de recursos desde el sector público hacia el privado/seguridad social afectando adversamente la equidad.

El crecimiento del sector de la seguridad social devino en el crecimiento del sector privado –en detrimento del sector público– debido al redireccionamiento de aportes desde las obras sociales hacia las empresas de medicina prepaga porque históricamente se identificó al hospital público como un lugar de inferior calidad destinado a la atención de los pobres, y la Ciudad no ha conseguido establecer convenios con otras obras sociales que no fueran el PAMI o con el Programa Federal Incluir Salud.

La contribución del recupero como mecanismo de fortalecimiento financiero ha sido escasa para todo el período observado. No se cuenta con información pública referida al uso que el sector de obras sociales hace del hospital, aunque se podría inferir que las obras sociales más pobres son indirectamente subsidiadas por el hospital público a través de este mecanismo de no facturación por la atención de sus afiliados. En este sentido, también la comunidad empresaria resulta subsidiada en la medida en que el hospital público se hace cargo de accidentes de trabajo y de patologías que según la legislación laboral deberían estar cubiertos por las empresas pero que en los hechos terminan siendo atendidos gratuitamente en hospitales públicos.

La relación entre cobertura y financiamiento de servicios hospitalarios es el producto de la institucionalización de un sistema desarticulado que se ha consolidado a través de un proceso histórico de alianzas y confrontaciones entre intereses contrapuestos bajo un marco regulatorio estatal que paulatinamente se ha ido retirando hasta su mínima expresión. Estos intereses dominantes son los que determinan la configuración actual de la provisión de servicios hospitalarios en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires en particular.

El resultado de las luchas entre los actores que se disputan el control en el campo de la salud es lo que terminará definiendo un nuevo paradigma para la acción pública; por lo tanto, cualquier intento de cambio en la configuración actual tendrá que estar antecedido por la construcción de un sujeto social y colectivo con capacidad de imponer sus intereses en la agenda del Estado.

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abuelafia E., Berlinski S., Chudnovsky M., Palanza V., Ronconi L., San Martín M.E., Tommasi M. (2002) El funcionamiento del sistema de salud argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento N°77. Banco Mundial.

Acuña C.H., Chudnovsky M. (2002) El sistema de salud en Argentina. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional – Fundación Gobierno y Sociedad. Universidad de San Andrés. [Internet] [Citado 6-jul-2022] Disponible en: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

Akerlof G. (1970) The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. The Quarterly Journal of Economics. Oxford University Press. 8(3): 488-500.

Arce H. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. (2012) Medicina (B. Aires) 72(5) [Internet] [Citado 6 jul 22] Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802012000600011](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802012000600011)

Banco Central de la República Argentina. Estadísticas. Tipo de Cambio. Tipo de Cambio Nominal Promedio Mensual (TCNPM) [Internet] [citado 6 jul 22] Disponible en: [http://www.bcra.gob.ar/PublicacionesEstadisticas/Tipos\\_de\\_cambios.asp](http://www.bcra.gob.ar/PublicacionesEstadisticas/Tipos_de_cambios.asp)

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

Belmartino S., Bloch C. (1994) El sector salud en Argentina. Actores, conflictos y modelos organizativos 1960-1985. Organización Panamericana de la Salud N°40. [Internet] [Citado 6-jul-2022] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6270>

Belmartino S. (1996) Las obras sociales: continuidad o ruptura en la Argentina de los años 40. En: LOBATO MZ, editor. Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina. Buenos Aires: Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata; 211-246.

Belmartino S. (2005) Una década de reforma de la atención médica en Argentina. Salud Colectiva; 1(2): 155-171.

Belmartino S. (2005) La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI.

Bisang R., Cetrángolo O. (1997) Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. Serie de Reformas de Política Pública, 47. Santiago de Chile: CEPAL.

Bourdieu P. y Wacquant L. (1995) Respuestas por una Antropología Reflexiva. México: Grijalbo.



Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

Bourdieu P. (1997) Razones y prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama.

Caballero García F. (2006) La teoría de la justicia de John Rawls. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad de Iberoamericana; 1 (2):1-22 Ciudad de México.

Cetrángolo O., Devoto F. (2002) Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Buenos Aires: CEPAL.

Cetrángolo O. (2014) Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. Revista de Economía Política de Buenos Aires; 8 (1).

Coase R. (1937) The Nature of the firm. *Economica*; (4): 386–405.

Dawson-Saunders B., Trapp R. (1997) Bioestadística Médica. México: Manual Moderno.

De Fazio F. (2013) Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 9 (3):301-315.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Estadísticas y Censos. Movimiento hospitalario GCBA. Consultas externas. Pacientes a consultas externas en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y distribución porcentual por residencia habitual. Ciudad de Buenos Aires. Años 1994/2018. [Internet] 17-sep [citado 8 sep 2021]. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=28896>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Estadísticas y Censos. Movimiento hospitalario GCBA. Egresos e indicadores de internación. Egresos de los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y distribución porcentual por residencia habitual. Años 1994/2018. [Internet] 17-sep [citado 8 sep 2021]. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=28906>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Hacienda y Finanzas. Subsecretaría de Hacienda. Dirección General Oficina de Gestión Pública y Presupuesto. Presupuesto ejecutado histórico 2013-2019. Distribución de los créditos ejecutados desde 2013 a 2019. [Internet] 17-sep [citado 8 sep 2021]. Disponible en: <https://data.buenosaires.gob.ar/dataset/presupuesto-ejecutado/resource/df17d1ba-2968-4ae5-9236-ebfb1ea594f5>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Hacienda y Finanzas. EAH. Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica. Ciudad de Buenos Aires. Años 2002/2021. [Internet] Buenos Aires [citado 6 jul 22] Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=28551>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Hacienda y Finanzas. EAH. Población de sesenta años y más, total y afiliada al Instituto Nacional de Servicios para Jubilados y

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

Pensionados. Ciudad de Buenos Aires. Años 1995/2021 [Internet] Buenos Aires [citado 6 jul 22] Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=29123>

Hernandez Alvarez M. (2008) El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Revista de salud pública. ciudad; 1(10):72-82.

Honorable Congreso de la Nación Ley 18912 (1970) Obras Sociales. Prestaciones de la Obra Social – Prestadores Médicos [Internet] 31-dic [citado 17 feb 2022]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-18912-301714>

Honorable Congreso de la Nación Ley 19710 (1972) Obras y Servicios Sociales. Régimen de Contratación [Internet] 30-jun [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=115670>

Honorable Congreso de la Nación Ley 21371 (1976) Obras y Servicios Sociales. [Internet] 30-jul [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/21371-nacional-Inn0025368-1976-07-30/123456789-0abc-defg-g86-35200ncanyel?&o=7&f=Total%7CFecha%7CEstado%20de%20Vigencia/Derogada%7CTema/Seguridad%20social/derecho%20de%20los%20beneficios%20de%20la%20seguridad%20social%7COrganismo/categoriavacia%7CAutor%5B5%2C1%5D%7CJurisdicci%F3n/Nacional%7CTribunal%5B5%2C1%5D%7CPublicaci%F3n%5B5%2C1%5D%7CColecci%F3n%20tem%E1tica%5B5%2C1%5D%7CTipo%20de%20Documento&t=41>

Honorable Congreso de la Nación Ley 22269 (1980) Obras Sociales [Internet] 30-jul [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/114909/norma.htm>

Honorable Congreso de la Nación Ley 18610 (1970) Obras Sociales [Internet] 23-feb [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=314B50FD4668760DC7FF5930BA00D34F?id=115615>

Honorable Congreso de la Nación Ley 23660 (1988) Obras Sociales [Internet] 29-dic [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/62/texact.htm>

Honorable Congreso de la Nación Ley 23661 (1988) Sistema Nacional del Seguro de Salud [Internet] 29-dic [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>

Honorable Congreso de la Nación Ley 23662 (1989) Declárase el estado de emergencia social, sanitaria y alimentaria en todo el territorio de la República [Internet] 31-may [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/64/norma.htm>

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

Honorable Congreso de la Nación Ley 26682 (2011) Marco regulatorio de la Medicina Prepaga [Internet] 4-may [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/norma.htm>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud según sexo y grupo de edad. Año 2010. [Internet] Buenos Aires: INDEC [citado 6 jul 22] Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Sistema de Índices de Precios Mayoristas. [Internet] Buenos Aires: INDEC [citado 6 jul 22] Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-3-5-32>

Isuani E.A, Mercer H. (1988) La fragmentación institucional del sector salud ¿Pluralismo o irracionalidad? Biblioteca Política Argentina N°241. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Katz J., Muñoz A. (1988) Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Buenos Aires: CEPAL.

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley 153 (1999) Ley básica de salud de la Ciudad de Buenos Aires [Internet] 28-may [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-153-123456789-0abc-defg-351-0000xvorpyel/actualizacion>

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Ley 2808 (2008) Obras sociales – Medicina Prepaga – Planes de cobertura médica – Prestaciones de la obra social - hospitales públicos – cobro de aranceles. [Internet] 24-jul [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-2808-123456789-0abc-defg-808-2000xvorpyel>

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Ley 5622 (2016) Prestaciones de la obra social – Ministerio de Salud – Ciudad de Buenos Aires. [Internet] 9-ago [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-5622-123456789-0abc-defg-226-5000xvorpyel>

Lipsky M. (1969) Towards a Theory of Street-Level Bureaucracy (IRP Discussion Papers No. 48-69) (p. 45). Madison, WI: Institute for Research on Poverty (IRP), University of Wisconsin.

Lloyd-Sherlock (2005) P. Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. SocSciMed; 60:1893-1903.

Mas-Colell A., Whinston M.D., Green J.R. (1995) Microeconomic Theory. New York: Oxford University Press.

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

Maceira D. (2008) Contratos, Monopolios e Incentivos en Salud. Nuevos Documentos Cedes N° 44. Buenos Aires. [Internet] [citado el 24 jun 2019] Disponible en: [http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Ndoc\\_c/44.pdf](http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Ndoc_c/44.pdf)

Maceira D. (2009) Financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud en Argentina. Buenos Aires: CEDES. [Internet] [citado el 24 jun 2019] Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/2344/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&authority=rp00042>

Ministerio de Economía. El sistema presupuestario de la Administración Nacional de la República Argentina. [Internet] [citado 6 jul 22] Disponible en: [https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/el\\_sistema\\_presupuestario\\_publico.pdf](https://www.economia.gob.ar/onp/documentos/manuales/el_sistema_presupuestario_publico.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Universidad de Buenos Aires. Instituto Gino Germani. Encuesta Nacional sobre Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2010 (ENUyGSS 2010). Gasto promedio mensual en servicios de salud (pesos) y distribución porcentual del gasto promedio por tipo de gasto según condición de afiliación. Ciudad de Buenos Aires. Año 2010. [Internet] [citado 6 jul 22] Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=27532>

Matus C. (1992) Política, Planificación y Gobierno. Caracas: Fundación Altadir.

Mintzberg H. (1978) The Structuring of Organizations. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Musgrave R, Musgrave P. (1989) Public Finance in theory and practice. New York: MC Graw Hill.

Norman G., Streiner D. (1996) Bioestadística. Madrid: Mosby. Doyma Libros

Novick M. (2006) Desafíos en la Gestión de Recursos Humanos en Salud 2005-2015. Washington DC: OPS.

Panadeiros M. (2001) El Seguro de Salud Universal. Aportes; (17): 47-55. [Internet] [citado 6 jul 2022] Disponible en: [http://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/17/a17\\_06.pdf](http://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/17/a17_06.pdf)

Pineda E.B., Alvarado E.L., Canales F.H. (1994) Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2da ed. Washington DC: OPS.

PNUD/OPS/CEPAL (2011) Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo. logros alcanzados y desafíos futuros. [Internet] [citado 6 jul 2022] Disponible en:

Crudo D.S. Cobertura, financiamiento y recupero de gastos en la red pública de salud de la Ciudad de Buenos Aires 2005-2018. Consecuencias sobre la equidad en el acceso a los servicios hospitalarios [Tesis de Maestría] Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2022.

<https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/ar/El-sistema-de-salud-argentino----pnud-ops-cepal-version-final.pdf>

Poder Ejecutivo Nacional (PEN) Decreto 9 (1993). Obras Sociales. [Internet] 07-ene [citado 17feb2022]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11554/texact.htm>

Poder Ejecutivo Nacional (PEN) Decreto 578 (1993). Registro de hospitales de autogestión [Internet] 01-abr [citado 28 ago2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=12550>

Poder Ejecutivo Nacional (PEN) Decreto 939 (2000). Hospitales públicos de gestión descentralizada [Internet] 19-oct [citado 28 ago 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-939-2000-64697>

Spinelli H. (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*; 6(3): 275-293.

Tobar F. (2002) ¿Cómo curar al sistema de salud argentino? *Revista Panamericana de Salud Pública*. 11 (4):277-282.

Varian H. (1987) *Microeconomía Intermedia*. Un enfoque actual. Quinta edición. Barcelona: Antoni Bosch.