

Dr. Testa

~~Dr. Jovard~~
[Signature]

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS
MEDICOS PRIVADOS EN LA ARGENTINA

PATRICIO V. MARQUEZ
RESIDENTE PROGRAMA DE SALUD INTERNACIONAL

UNIDAD DE POLITICAS DE SALUD

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

INFORME DE VIAJE A ARGENTINA

30 DE MAYO - 3 DE JUNIO 1988

1- Copia p/ Tafari / Hugo Marquez / Testa / Lema.
2- Original en la
caja de Mt-Salud Argentina.

10 de junio de 1988

A: César Vieira, Coordinador HSP

De: P. V. Márquez, Residente, Programa de Salud Internacional, HSP

Asunto: Entrevista con Eduardo Bustelo, Asesor Planificación y Evaluación de Proyectos UNICEF y Argentina,

Buenos Aires, Argentina, mayo 31 de 1988

1.1 La Junta Directiva de UNICEF aprobó el documento Debt Relief for Child Survival, con el objeto de iniciar un proceso en los países miembros de este organismo tendiente a: i) lograr la condonación de una fracción del monto total de la deuda externa comercial; y ii) utilizar esa fracción condonada de deuda comercial para financiar programas de desarrollo infantil. Copias de este documento serán obtenidas a través del Sr. Orlando Lugo, Oficial de Proyectos de UNICEF, en la sede de esa institución en Nueva York.

1.2 La Representación de UNICEF en el Perú, trabajando conjuntamente con las autoridades nacionales de ese país, está tratando de avanzar en estos esquemas. Con este fin, se han iniciado una serie de estudios para conocer las características de la deuda comercial del Perú con diferentes bancos, y la factibilidad política y técnica de esta propuesta. También se ha estado conversando con representantes de algunos de los bancos deudores. Todo esto se está haciendo debido al convencimiento que se tiene de que esta propuesta requiere llevar a cabo negociaciones con cada uno de los bancos en una forma individual a nivel de cada uno de los países. El Sr. Bustelo ha estado colaborando en este esfuerzo.

1.3 Considera que la idea de crear un fondo de emergencia para financiar acciones de salud con un carácter intersectorial es de gran relevancia. Señaló que sería de interés estudiar las características, el funcionamiento, logros y limitaciones del Fondo Social de Emergencia de Bolivia, que luego de haber establecido un listado de prioridades, ha empezado a financiar iniciativas de pequeñas empresas y organizaciones comunitarias en los sectores sociales, incluyendo proyectos de salud.

1.4 En cuanto al efecto y al impacto en los países de empezar a canalizar el equivalente de una fracción condonada de deuda externa comercial en actividades prioritarias en salud, el Sr. Bustelo planteó que hay que tener claro que dentro de un contexto de crisis económica y financiera, aún pequeñas cantidades de recursos adicionales pueden tener una gran significación. Sin embargo, es necesario ligar estos esfuerzos de movilización de recursos adicionales para salud con estrategias tendientes a hacer más eficiente y equitativa la utilización de recursos escasos que actualmente son canalizados para salud. Esto último reviste gran importancia debido a que en la mayoría de países de la Región la

organización y el funcionamiento de los servicios de salud se caracteriza por una gran duplicación de esfuerzos y un alto costo de las prestaciones brindadas que, en general, no corresponde a la calidad de los servicios y a los logros alcanzados en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Entonces, se debe pensar que hay necesidad de ligar esta propuesta a estrategias tendientes a transformar substancialmente la organización de los servicios de salud en los países, y modernizar la gerencia de la actividad pública, incluyendo el desarrollo de instrumentos de control de gestión.

1.5 Añadió también que se debe considerar que el compromiso que adquieran los Gobiernos para invertir en salud utilizando moneda local dentro de los esquemas de conversión deuda-salud, no debería implicar un incremento de la emisión de moneda que nutriría el proceso inflacionario en los países, sino más bien un rendimiento del gasto público. Naturalmente, esto debe ser visto como parte de un proceso de redefinición del rol del Estado en la sociedad, particularmente en salud, que resulta en una mejora de la estructura distributiva del gasto público.

1.6 Indicó que la viabilidad de estos esquemas depende de la capacidad de movilización y convocatoria de los Directores de la OPS y de UNICEF para lograr el aval político necesario, especialmente en lo concerniente al apoyo que puedan brindar los gobiernos de los países de la Región a este tipo de iniciativa.

1.7 Informó que UNICEF está activamente involucrada en discusiones tendientes a incluir lo social en el programa de ajuste estructural que implemente el Gobierno del Presidente-Electo del Ecuador, Rodrigo Borja. No concuerda con que las autoridades ecuatorianas consulten con Jeffrey Sachs de Harvard University, ya que considera que este economista es un proponente de programas de ajuste que son regresivos en lo concerniente a lo social.

1.8 También informó que durante el período comprendido entre el 20 y el 24 de junio participará en un seminario en Santiago de Chile que está siendo patrocinado conjuntamente por el Banco Mundial, UNICEF, e ILPES. El tema del seminario es Políticas Sociales y Crisis Económica y Financiera. Los temas del seminario son: i) políticas de empleo e ingresos, ii) cuestiones fiscales, iii) formulación de políticas sociales dentro de contextos recesivos y de crisis financiera, y iv) estrategias para proteger a los grupos más vulnerables de los efectos de la crisis económica y financiera. Próximamente enviará una copia del trabajo que presentará en este seminario.

1.9 Señaló que tiene disponibilidad y un gran interés en poder participar en el seminario sobre esquemas de conversión deuda-salud que está siendo organizado por HSP a finales de julio. Sería de gran importancia que el Sr. Bustelo pueda participar en el seminario, ya que sus aportes reflejarían el pensamiento latinoamericano en torno al problema de la deuda, además de presentar opiniones basadas en experiencias concretas en los países, incluyendo los esfuerzos realizados en el Perú.

INDICE

- I. Objetivos del viaje.....
- II. Actividades realizadas.....
- III. Observaciones sobre la organizacion y el funcionamiento de los servicios medicos privados en la Argentina.....
 - A. Antecedentes Generales
 - B. El Sistema de Obras Sociales
 - C. Configuracion del Subsector Privado
 - D. Relaciones Obras Sociales - Subsector Privado
 - E. Modalidades de Contratacion Obras Sociales - Subsector Privado
 - F. El Nomenclador de Prestaciones Medicas
 - G. Peso Relativo del Subsector Privado
 - H. Procesos de Cambio / Perspectivas Futuras
 - I. Pautas Operativas
- IV. Anexos

I. OBJETIVOS DEL VIAJE

1.01. El objetivo general del viaje fue conocer (a manera de una primera aproximación) los principales rasgos del subsistema de salud privado en la Argentina. Enfoque se dio a: a) características de la organización, estructura del financiamiento, y funcionamiento; y b) peso relativo en la prestación de los servicios médicos.

1.02. Con este fin, se trató de estudiar la interrelación entre dos variables principales: i) producción de los servicios médicos privados --- "profesión liberal ejercida casi artesanalmente donde el honorario médico constituye el pago de un servicio personal; empresas médicas altamente complejas, fragmentadas en especialidades y apoyadas en un vasto arsenal de tecnologías y equipos de alta sofisticación, en las que el ingreso de los profesionales ya no solo constituye la retribución al capital humano sino que también involucran rentas al capital físico y a la tecnología incorporada en el acto médico"¹ (diferentes modalidades de prestación de servicios ambulatorios, sistemas de pre-pago con servicios propios, clínicas, hospitales o sanatorios) ---; y ii) formas de consumo ---gastos directos (pago por servicio); gastos indirectos a través de sistemas de pre-pago y sistemas de riesgos compartidos, como los seguros sociales obligatorios. ---

1.03. Además, se buscó conocer las alternativas de organización médica que actualmente son debatidas en el país, dando prioridad a lo concerniente a la producción de normas para ordenar el mercado de los servicios de salud.

1.04. En este documento se presenta una síntesis de las discusiones sostenidas durante la visita a Buenos Aires, así como un resumen de la bibliografía recolectada sobre el tema.

II. ACTIVIDADES REALIZADAS

2.01. Para llevar a cabo este estudio, se realizaron las siguientes actividades durante el período comprendido entre el 30 de Mayo y el 3 de Junio de 1988:

¹ Katz, J.M., y Muñoz A., "El Sector Salud de la República Argentina: Desarrollo Histórico y Situación Contemporánea." Buenos Aires: Oficina de la CEPAL / Argentina, 1987, mimeo.

Dia 30 de Mayo de 1988

---Entrevista inicial con los Dres. Carlos Vidal, Representante de la OPS en la Argentina, Hugo Mercer, y Pedro Brito a los efectos de explicar los objetivos del viaje y discutir aspectos generales del sistema de salud argentino.

---Entrevista con el Sr. Hector de Ponti, funcionario del proyecto INOS-Banco Mundial, sobre aspectos relacionados con el anteproyecto de ley del seguro nacional de salud y propuestas tendientes a normatizar el mercado de prestadores medicos.

---Lectura y revision bibliografica del material existente en la Representacion de la OPS sobre el tema.

Dia 31 de Mayo de 1988

---Entrevista con el Sr. Eduardo Bustelo, Asesor de la Representacion de la UNICEF en la Argentina, sobre la situacion economica argentina, el problema de la deuda externa, y politicas publicas en las areas sociales.

---Entrevista con el Dr. Carlos Soler, de la Secretaria de Salud de Mendoza y consultor del INOS, sobre las características de los procesos de contratacion obras sociales - prestadores privados.

---Lectura y revision de los documentos y bibliografia recolectada durante la visita.

Dia 1 de Junio de 1988

---Entrevista con los Dres. Angel Valente y Carlos Juana, funcionarios del proyecto INOS-Banco Mundial, sobre formas de contratacion obras sociales - prestadores privados, y procesos de regulacion y control de los servicios medicos privados.

---Lectura y sistematizacion del material bibliografico.

Dia 2 de Junio de 1988

---Entrevista con el Dr. Mario Rovere, consultor nacional de la Representacion de la OPS en la Argentina, sobre estructura y características del subsector medico privado; tentativas de regulacion y unificacion de las obras sociales por parte del Estado; resistencias al anteproyecto de ley del seguro nacional de salud.

---Entrevista con el Lic. Alberto Munoz, economista de la CEPAL en Buenos Aires, sobre economia y financiamiento del sector salud en la Argentina; mercados prestadores de servicios de salud y sus interrelaciones.

---Lectura y sistematizacion del material bibliografico.

Dia 3 de Junio de 1988

---Conversacion telefonica con la Lic. Zulema Quinteros, del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales / Asociacion Medica de Rosario, sobre oferta y demanda de profesionales de salud en la Argentina.

---Discusion final sobre el tema con el Dr. Carlos Vidal, Representante de la OPS en la Argentina.

---Lectura y sistematizacion del material bibliografico.

2.02. Se debe senalar tambien que se discutio el tema con los Dres. Carlos de la Plaza, de la Federacion Medica de la Provincia de Buenos Aires, Camilo Marracino, de la Gerencia Tecnica de la Confederacion Argentina de Clinicas, Sanatorios y Hospitales Privados, y Rodolfo Montero, Director Ejecutivo del Proyecto Secretaria de Salud-BID, durante la Reunion sobre Conduccion Sectorial y Liderazgo en Salud, celebrada en Caracas, Venezuela entre el 23 y 27 de Mayo de 1988. A su vez, se debe indicar que se consulto con el Dr. Jean V. Pillet, funcionario del Banco Mundial en Washington, D.C., antes del viaje a la Argentina.

III. OBSERVACIONES SOBRE LA ORGANIZACION Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS PRIVADOS EN LA ARGENTINA

A. Antecedentes Generales

3.01. De acuerdo con lo senalado por Neri², el sistema de atencion medica argentino es "un colorido muestrario de todas las modalidades existentes de brindar servicios medicos." Es asi como, "coexisten sin plan aparente regimenes de seguro privado comercial y no comercial, seguros estatales y paraestatales compulsivos, mutualismos de diversa indole, organismos del estado, empresas medicas privadas lucrativas y no lucrativas, practica privada individual tradicional, y las combinaciones mas diversas entre todos ellos." Sin embargo, como este mismo autor lo explica, en un nivel mas profundo el aparente desorden del sector es el producto de un "proyecto evolutivo que se ha dado, y actualiza cotidianamente, la sociedad argentina, resultante del complejo ordenamiento historico de sus fuerzas internas y de la significativa influencia modeladora de las externas."

3.02. Dentro de este complejo mosaico institucional, sobresalen nitidamente las obras sociales y los diferentes prestadores de servicios de salud privados. Las relaciones establecidas entre estos actores se han convertido en el eje central del funcionamiento de todo el sistema de salud de la Argentina.

B. El Sistema de Obras Sociales

4.01. En cuanto a su origen, las obras sociales estan ligadas a "la actividad de los primeros grupos de inmigrantes, deseosos de reconstruir vinculos de ayuda mutua entre connacionales"³ a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Tambien sirvieron como factores aglutinantes en las primeras sociedades o mutuales, "las practicas de apoyo mutuo entre trabajadores -- articuladas o independientes de las primeras "sociedades de resistencia"-- ya se trate de personas que desarrollan un mismo oficio, se desempeñan en una determinada rama de la actividad economica, constituyen el personal de una reparticion publica o, simplemente, se organizan a partir de su sola condicion de "obreros", en general en sociedades que se reivindicacion como

² Neri, A. Salud y Politica Social. Buenos Aires: Hachette, 1982, p.97.

³ Belmartino, S., Bloch, C., Persello, A.V., y Quiroga, H. Las Instituciones de Salud en la Argentina Liberal: Desarrollo y Crisis. Buenos Aires: Ministerio de Educacion y Justicia, 1987, p.10.

"cosmopolitas", probablemente reunidos por la identificación con alguna de las vertientes locales o europeas del pensamiento socialista."⁴ El "nucleo basico" de beneficios sociales, que la mayoría de estas instituciones prestaba a sus afiliados de manera exclusiva o en concurrencia con otros, comprendia: la atención médica y farmacéutica y los subsidios destinados a compensar la pérdida del salario durante los periodos de enfermedad, a hacer frente a los gastos de sepelio y otorgar ayuda económica a los familiares del socio fallecido, la internación hospitalaria o el subsidio de hospitalización y los subsidios para crónicos.⁵ Se debe mencionar que desde un principio, el otorgamiento de estos beneficios no significaba una homogeneidad de situaciones. Por el contrario, "existían diferencias bastante importantes en cuanto al monto de los subsidios y la extensión del periodo de cobertura del riesgo entre las diferentes asociaciones de socorros mutuo."⁶

4.02. A principios de siglo, la organización de la atención médica a cargo de las mutuales era relativamente simple: "podía existir un consultorio centralizado para la atención por parte de especialistas, y un número variable de médicos clínicos distribuidos en los diferentes "radios" en que era dividida la ciudad. En el caso de no existir un consultorio centralizado, también la atención por especialistas se realizaba en el consultorio del profesional. Algunos consultorios centralizados tenían servicios auxiliares."⁷ Las formas en que los médicos eran retribuidos eran las siguientes: "en los consultorios propios de las mutuales y en los distritos con una población mutualizada muy numerosa, por lo general recibían un salario. Los especialistas que atendían en su consultorio particular y los clínicos que residían en los "radios" con pocos asociados eran retribuidos por servicios."⁸

4.03. En los primeros años de la década de los 40, con la instauración del Gobierno peronista, se dio inicio en la Argentina a un proceso de redefinición del rol del Estado en materia de salud, asistencia y previsión social que afectó al mutualismo. Se ha señalado que "ese proceso puede pensarse como una apropiación por parte de los organismos de gobierno de una serie de demandas que habían comenzado a plantearse con mucha fuerza desde diferentes sectores de la sociedad civil en la década precedente. El Estado se hace cargo de la satisfacción de parte de esas demandas, ubicando la problemática de salud y previsión dentro de su órbita inmediata de

⁴ Belmartino, S. et al, op.cit., pp. 10-11.

⁵ Idem, p.16

⁶ Idem

⁷ Idem, p.24

⁸ Idem, p.24

intervencion. De esta manera politiza cuestiones que anteriormente habian permanecido en el ambito de las asociaciones intermedias y que habian desbordado la posibilidad de contencion por parte de estas."⁹ Es asi como a partir de esta fecha se empieza a imprimir una nueva dinamica a las mutuales u obras sociales, como se las comenzaba a denominar. Segun Isuani y Mercer, "la notable expansion de las obras sociales en el periodo obedecio a la combinacion de dos fenomenos. Por un lado, a la voluntad estatal de fortalecer las estructuras sindicales y transformarlas en pilares centrales en la ejecucion de su proyecto politico. Por otro lado, a las demandas de los dirigentes sindicales, para quienes las obras sociales constituian una fuente de poder economico y de legitimacion frente a las bases."¹⁰

4.04. Como consecuencia, durante los años 1946 y 1955, el sistema de seguridad social experimenta un gran crecimiento que se esta ligado al proceso de sindicalizacion que se da en la sociedad argentina. Las diferentes formas y momentos en que se daba la creacion de las obras sociales que dependia de la capacidad de negociacion de las diferentes organizaciones gremiales con los empleadores, junto con las diferencias salariales existentes entre los diversos sectores de la produccion, generaron un "mosaico de diferentes organizaciones con variada capacidad financiera y numero de afiliados, que se traduciria en el desarrollo de obras sociales ricas y pobres."¹¹

4.05. En las siguientes decadas, el desarrollo de las obras sociales se fue dando en una forma independiente de la accion del Estado, a pesar de los diferentes esfuerzos de este por reglamentar dicha actividad. Neri ha planteado que el periodo 1966-1973 fue para el sistema de obras sociales el de mayor desarrollo y fortalecimiento.¹² La evolucion significativa de este sistema durante este periodo se vio reflejado en la promulgacion de la ley No.18.610. Dicha ley buscaba el ordenamiento y consolidacion del sistema de obras sociales, no solo de las sindicales, sino tambien de las de la administracion central del Estado, organismos descentralizados, empresas del Estado, paraestatales, de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires y de administracion mixta. Los objetivos de la ley No.18.610 eran: dar prestaciones medico-asistenciales a todos los trabajadores y sus familias; dotar a las obras sociales de un regimen financiero con aportes y

• Idem, p.57

¹⁰ Isuani, A., y Mercer, H., "La fragmentacion institucional del sector salud en la Argentina: pluralismo o irracionalidad?, Boletin de Techint Octubre de 1986: 1-32.

¹¹ Thompson, A.A. "Estado, sindicatos y salud. Notas sobre las obras sociales en Argentina." Cuadernos Medicos Sociales 33(1985): 35-53.

¹² Neri, A., op.cit., p.108

contribuciones de base legal; crear el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), que actuaría como autoridad de aplicación de la ley y su Fondo de Redistribución que sería destinado "para incrementar o mejorar la capacidad instalada que se destine a las prestaciones de las mismas o para la asistencia financiera de las obras sociales que por especiales circunstancias lo requieran." En lo relacionado al INOS, se otorgó a este organismo varias funciones: "a) coordinar la acción de las obras sociales con los planes que establezcan los organismos nacionales y aprobar la instalación de sus servicios propios; b) promover la coordinación e integración de las obras sociales; c) orientar la distribución de los recursos entre las distintas prestaciones sociales; d) aprobar el establecimiento de aranceles para el otorgamiento de servicios y realizar el control contable, médico y de las otras prestaciones de las obras sociales; e) establecer la distribución de los recursos; y f) proponer la intervención de las obras sociales cuando se acrediten irregularidades o graves deficiencias en su funcionamiento."

4.06. Otras leyes, que fueron promulgadas posteriormente, reglamentan nuevos aspectos de las actividades de las obras sociales. La ley 18.980 incluye a los trabajadores a domicilio y talleristas, a los vendedores de diarios y revistas como así también posibilita que el personal superior tenga obras sociales separadas; la ley 19.032 incorpora a los jubilados y pensionados; y la ley 19.316 a los trabajadores rurales amparados por el Estatuto del Peon.¹³ En 1980, a través de la ley 22.269, el Gobierno militar trató de eliminar el sistema vigente hasta ese momento. Este intento no dio los resultados esperados, ya que esta ley fue solo reglamentada parcialmente.

4.07. Actualmente el sistema de obras sociales está integrado por más de 337 entidades jurídicas y organizativamente diferenciadas. Se estima que cerca del 74% de la población está cubierta por este sistema. Las 12 obras sociales más grandes proporcionan cobertura a la mitad de la población cubierta, y las 50 mayores, al 93%.¹⁴ Sin embargo, al señalar estas cifras se debe tener en cuenta la existencia de doble y múltiple cobertura lo que podría estar inflando las estimaciones del total de personas cubiertas en el país.

4.08. Se puede identificar diversos tipos institucionales dentro del sistema de obras sociales operando en el marco establecido por la ley 22.269: i) obras sociales sindicales, a cargo de asociaciones profesionales de trabajadores del sector público y privado; ii) obras sociales estatales, cuya pertenencia y administración corresponde a organismos públicos

¹³ Thompson, A.A., op.cit., p.37

¹⁴ Banco Mundial. Argentina: Población, Salud y Nutrición / Análisis Sectorial. Washington D.C., 1987, p.19.

centralizados; iii) institutos de administracion mixta, en los que participan representantes estatales y de los beneficiarios (a este tipo pertenece la mayor obra social del pais, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)); iv) aquellas que cubren a empresarios y a personal jerarquico; v) las llamadas por convenio, que surgieron como fruto del acuerdo de sindicatos y empresas para que estas actuen como agente de retencion de aportes y proporcionen servicios medicos; y vi) las de caracter municipal adheridas al sistema. En el pais tambien existen obras sociales provinciales, municipales, de las fuerzas armadas y de seguridad, del Congreso y del Poder Judicial, que operan fuera del ambito de la ley 22.269.¹⁵

4.09. Cada una de las obras sociales se financia con aportaciones salariales. Debido a este hecho, los sectores de salarios elevados tienen acceso a una vasta gama de servicios de salud, mientras que en los sectores de salarios mas bajos los beneficios son reducidos. Es asi como existe marcadas diferencias entre las obras sociales ricas y pobres en cuanto al alcance de la cobertura y en la calidad de los servicios de salud brindados.¹⁶ Esta situacion trae grandes inequidades entre los grupos mejor cubiertos y los mas carenciados de servicios, a partir de su insercion en la actividad economica. Las obras sociales gastan aproximadamente entre 2.5% y 3% del PIB. En general, el sistema de obras sociales en la Argentina representa un sistema indirecto de seguridad social, donde este "pasa a ser fundamentalmente un organo de gestion financiera, de canalizacion de la demanda y fijador de las politicas de cobertura y de prestaciones, quedando la realizacion de estas ultimas a cargo de terceros, juridica y administrativamente independiente de ellas."¹⁷

4.10. La capacidad propia instalada de las obras sociales es reducida (por ejemplo, no supera el 5,4% del total de camas hospitalarias en el pais). La prestacion de los servicios medicos se realiza a traves de diversos e independientes contratantes del sector privado, asi como tambien diversas formas de contratacion.

¹⁵ Isuani, E., y Mercer, H., op.cit., p.19.

¹⁶ Banco Mundial, op.cit., p.19

¹⁷ Secretaria de Salud / Ministerio de Bienestar y Accion Social. Conduccion Sectorial y Liderazgo en Salud. Estudio del Caso Argentino. Caracas, Mayo de 1988, p.12.

C. Configuración del Subsector Privado

5.01. Desde la época de la Colonia y las primeras décadas de la vida republicana, el subsector privado en la salud se fue desarrollando a través de diferentes modalidades. En cuanto a la atención ambulatoria, "barberos, boticarios, cirujanos, comadronas y médicos integraban una heterogénea gama de personal dedicado a atender las necesidades de salud de la población"¹⁸ durante este período. Los servicios proporcionados por estos proveedores estaban regidos por el Protomedicato, que impedía el ejercicio ilegal de la medicina en la Colonia, y por estrictas disposiciones vigentes en períodos posteriores. Esta labor fiscalizadora segregó a los profesionales médicos y delimitó espacios geográficos de trabajo. De esta manera, de acuerdo a Isuani y a Mercer, "paulatinamente se fue produciendo en las ciudades la segregación de los profesionales menos calificados, quienes quedaron como recurso asistencial para los sectores de más bajos ingresos o bien se vieron compelidos a desarrollar sus actividades en zonas cada vez más distantes a los centros urbanos."¹⁹ En lo relacionado a la atención hospitalaria, las primeras instituciones privadas o hospitales de colectividad aparecieron a raíz de las grandes corrientes migratorias a finales del siglo pasado y a principios del presente siglo. Las clínicas y sanatorios privados de propiedad de particulares fueron creados "como extensión de la práctica clínica o quirúrgica de uno o más médicos, quienes en locales, que inicialmente eran de reducidas dimensiones, brindaban atención a pacientes que pagaban en forma directa por el servicio recibido."²⁰ Además, funcionaban en todo el país los hospitales de la Beneficencia, que recibían subsidios públicos, y centros a cargo de las sociedades de socorros mutuos.

5.02. A principios del siglo XX, con el incremento continuo de los profesionales médicos, el consultorio médico se convirtió en la principal forma de prestación de servicios privados de salud. El crecimiento de los establecimientos asistenciales en las principales ciudades empieza a darse desde 1930 en adelante. A partir de la década de los cuarenta, particularmente durante el Gobierno peronista, el subsector privado médico para los "pudientes" empezó a experimentar un rápido desarrollo con apoyo del Estado, ya que se consideraba que estos servicios ayudaban a facilitar la labor del Ministerio de Salud.²¹ Entre las décadas de 1950 y 1980, el peso relativo del subsector privado se incrementó grandemente, tanto en términos de la capacidad física instalada como en relación al monto total de los gastos en salud.

¹⁸ Isuani, E., y Mercer, H., op.cit., p.25.

¹⁹ Idem

²⁰ Idem, p.26.

²¹ Idem, p.27.

5.03. Se puede decir que actualmente en la Argentina, la genuina practica privada que se caracteriza por la financiacion individual directa e integral, ha desaparecido. Esta modalidad representa solo el 2% del total de todos los actos medicos y el 1% de las hospitalizaciones en las areas urbanas. El sistema de obras sociales, operando a traves del seguro solidario grupal, y los seguros de salud comerciales, actuan como entes recaudadores y contratan directamente con clinicas, sanatorios, laboratorios y prestadores individuales la provision de cuidados medicos para sus afiliados utilizando diferentes mecanismos de pago. A traves del desarrollo y el fortalecimiento de la relacion con las obras sociales, el sector privado constituye el mayor proveedor de consultas medicas en el pais.

5.04. En general, el crecimiento acelerado del subsector privado en las ultimas tres decadas es paralelo al de las obras sociales, especialmente despues de la sancion de la ley 18.610 de 1970. Por ejemplo, segun lo senalado en un informe del Banco Mundial, "los hospitales privados se ampliaron y compraron mas equipos, especialmente de tecnologias avanzadas, a medida que firmaban contratos con las obras sociales, las cuales les proporcionaban un mercado estable y una fuente de ingresos garantizada."²²

5.05. Este subsector incluye a los prestadores de servicios de salud, empresas farmaceuticas, y a intermediarios financieros (seguros comerciales de enfermedad, "fundamentados en el principio general del seguro, implicado en el concepto prima-riesgo, y (que no se rigen) por el principio de la solidaridad"²³).

5.06. Los prestadores de servicios de salud --profesionales independientes e instituciones asistenciales-- proveen una gran proporcion del total de los cuidados medicos (60% de las consultas medicas y 85% de las odontologicas; 55% de los egresos hospitalarios; 50% de los exámenes de laboratorio y 35% de los radiologicos).

5.07. En cuanto al denominado "mercado de servicios medicos," Katz y Munoz han senalado que este ha experimentado una dramatica transformacion en las ultimas tres decadas: "de una profesion liberal, ejercida casi artesanalmente, donde el honorario medico constituia casi integramente el pago a una calificacion personal, ...gradualmente (se ha) evolucionado hacia un mercado de servicios medicos altamente complejo, fragmentado en especialidades y apoyado en un vasto arsenal de tecnologias y equipos de alta sofisticacion, en el que los ingresos profesionales ya no solo

²² Banco Mundial, op.cit., p.22.

²³ Secretaria de Salud, op.cit., p.15.

constituyen la retribucion a la capacitacion personal sino que tambien involucran rentas al capital y a la tecnologia incorporados en el acto de atencion medica."²⁴ La heterogenea estructura de la oferta de los profesionales medicos en la Argentina esta determinada por i) su relativa abundancia (70,000 medicos; 1 medico por cada 425 personas); ii) su rapida tasa de crecimiento (8,2% anual); y iii) el aumento de la especializacion. En relacion a estos "rasgos morfologicos", Bloch et al. han explicado que "es necesario tener en cuenta que la complejizacion y tecnificacion de la practica y las notorias deficiencias de la carrera de grado han convertido a la formacion de postgrado en un requisito indispensable para completar el adiestramiento profesional. En forma paralela el tipo de carrera de postgrado al que el joven profesional puede acceder y la especialidad elegida se convierten en elementos diferenciadores de su posterior integracion al mercado de trabajo. La insercion del joven profesional en el mercado de trabajo se ha visto dificultada ademas, en los ultimos anos, por un estrechamiento del mismo, resultado sin duda de la relativa "pletora medica" en los grandes centros urbanos y la crisis financiera que afecta a los tres subsectores que integran el mercado."²⁵ Lo observado anteriormente ha determinado que los medicos recién graduados esten en una situacion de gran competencia y se conviertan en asalariados. Sin embargo, se debe notar que la disminucion del precio de su servicio no beneficia al consumidor sino a las organizaciones para quienes trabaja. Un fenomeno similar sucede con el medico especialista (57% del total de los medicos), quien de tomador de precios se convierte en un formador de precios; situacion que ligada al poder de negociacion de sus organismos gremiales (colegios medicos, federaciones, y confederacion nacional) no conllevan a un decremento de los precios al consumidor. Tambien vale la pena resaltar que debido a los factores expuestos con anterioridad existe una marcada concentracion del ingreso entre los medicos. En general, se puede decir que los medicos independientes proveen cuidados medicos a pacientes que son afiliados a obras sociales o a organizaciones de pre-pago, asi como a los grupos de altos ingresos. Se ha estimado que la mayoria de medicos en el pais prestan servicios ambulatorios al menos durante parte de su tiempo.²⁶

5.08. El mercado de clinicas y sanatorios comprende: i) instituciones que poseen muchas veces el nombre del medico propietario y que constituyen la propiedad individual o grupal de profesionales que ejercen en ellos su practica medica; ii) hospitales de colectividad, que funcionan como instituciones privadas no lucrativas, brindando servicios a clientelas constituidas por grupos nacionales o etnicos, y en algunos casos, proporcionando cobertura basados en el prepago y en contratos con diferentes

²⁴ Katz, J.M., y Munoz, A., op.cit., p.23.

²⁵ Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. El Mercado de Trabajo Medico y los Profesionales de Reciente Graduacion. Informe de Avance. Rosario, 1988, mimeo, p.2.

²⁶ Banco Mundial, op.cit., p.21.

obras sociales²⁷; y iii) centros de atención diversificada, que desde el punto de vista institucional, organizativo, y tecnológico adquieren una gran complejidad.²⁸ Según Katz et al., "al igual que en el mercado de servicios médicos el funcionamiento del mercado de clínicas y sanatorios depende crucialmente del número de nuevas firmas ingresantes al mercado, de las ampliaciones que ocurren en las ya existentes, de la calidad y complejidad de las mismas--tipo de especialidades y de equipamientos complejos que las mismas incorporen, etc.--así como también del grado de "cartelización" que alcanza la oferta a través de las entidades gremiales del sector."²⁹ Estos autores también han argumentado que "desde el punto de vista microeconómico (se debe) suponer que la tasa interna de ganancia de una clínica médica particular está asociada a: 1. El "mix" de casos que atiende. El mismo puede contener una mayor o menor proporción de atención clínica, de enfermos quirúrgicos, de casos crónicos, etc. El "mix" de casos determinará el número promedio de días de estadia por paciente, el costo/cama/día, el número de egresos por unidad de tiempo, etc. 2. El grado de utilización de la capacidad instalada. 3. La mayor o menor eficiencia empresaria, tanto en el plano administrativo como en el de la atención médica."³⁰ Las clínicas y sanatorios privados brindan servicios hospitalarios a pacientes que aportan directamente de su bolsillo, en una forma no reintegrable y contemporánea a la prestación recibida; a los afiliados de las obras sociales, de los fondos mutuales y los planes de seguros privados. En igual manera que los prestadores médicos, las clínicas y sanatorios privados están agrupados en cámaras empresariales que negocian precios, condiciones de acreditación y de prestación de servicios.

5.09. Otro componente del subsector privado lo representan las firmas farmacéuticas nacionales y las empresas subsidiarias de grupos multinacionales. Se argumenta que el lanzamiento de nuevos productos farmacéuticos es el determinante del ritmo diferencial de crecimiento entre estas empresas.³¹ La importancia relativa que ha adquirido la industria farmacéutica en los gastos totales de las obras sociales en los últimos años ha intensificado la "puja distributiva" de estos recursos entre los diferentes prestadores en el sector salud de la Argentina.³²

²⁷ Isuani, A., y Mercer, H., op.cit., p.28.

²⁸ Katz, J.M., y Muñoz, A., op.cit., p.38.

²⁹ Katz, J., Muñoz, A., y Tafani, R. Organización y Comportamiento de los Mercados Prestadores: Una Propuesta Metodológica para el Estudio del Funcionamiento del Sector Salud. OPS/CEPAL, 1987, mimeo, p.9.

³⁰ Idem

³¹ Idem, p.10

³² Item

5.10. También dentro del espectro institucional del subsector privado argentino se debe considerar a los sistemas de prepago, que actúan por lo general, sin capacidad instalada propia. A partir de la década del 60 y a lo largo del 70, se fue acentuando paulatinamente la presencia de los sistemas lucrativos de seguro voluntario. En relación con este grupo de intermediarios financieros, en el informe del Banco Mundial se señala que "son compañías comerciales y grupos financieros que ofrecen una variedad de planes generales de servicios de salud, algunos de los cuales son semejantes a los de las organizaciones de mantenimiento de la salud (similares a los HMO norteamericanos) o a los planes de servicios médicos de pago anticipado. Estos pueden también complementar otras formas de cobertura para el pago de las sumas deducibles, pagos conjuntos o prestaciones adicionales. La insatisfacción general con el sistema de obras sociales y con los servicios públicos, y las eficientes técnicas de comercialización de las organizaciones privadas, han estimulado el rápido desarrollo de los seguros privados de salud."³³ A pesar del relativo desarrollo alcanzado por estas instituciones, aun "la mayoría de los aseguradores privados son pequeños y no han alcanzado un nivel de servicios comparable al de las grandes compañías de seguros de salud de otros países."³⁴ La población afiliada a estas instituciones está compuesta por: asegurados individuales, personal jerárquico o directamente empresas privadas que se hacen cargo de las cuotas mensuales de sus empleados.³⁵ La mayoría de estas instituciones de prepago están agrupadas en dos grandes asociaciones: i) CIMARA (Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina, que incluye a aquellas instituciones que operan su propia red de servicios; y ii) ADEMP (Asociación de Entidades de Medicina Prepago, que está compuesta por instituciones que contratan la provisión de los servicios médicos para sus afiliados.³⁶ Se estima que las entidades reunidas en ADEMP y CIMARA - alrededor de 100- cubren aproximadamente 1.2 millones de personas, a las que habría de agregar las cubiertas por entidades que no pertenecen a esas asociaciones, lo que daría una cifra total de 2 millones de personas.³⁷

³³ Banco Mundial, op.cit., p.21

³⁴ Item

³⁵ Isuani, A., y Mercer, H., op.cit., p.28

³⁶ The Group Health Association of America, Inc. Managed Prepaid Health Care in Latin America and the Caribbean: A Critical Assessment. Washington, D.C., 1985, pp.19-28.

³⁷ CONCISA. Gasto en Salud y Medicamentos / Argentina 1985. Buenos Aires, 1987.

D. Relaciones Obras Sociales - Prestadores Privados

6.01. De acuerdo a lo dictado en el artículo 33 de la ley 22.269, los beneficiarios del subsistema de seguridad social para la atención de la salud no pueden contratar a los prestadores, llámese centro asistencial o profesionales, sino que quien lo hace es la obra social, brindando servicios propios, --establecimiento y profesionales o solamente profesionales en relación de dependencia-- o conviniendo la asistencia por la modalidad de cartera fija, capita, pago por prestación o forma mixta.

6.02. Los fondos de financiación ingresados al subsistema, no pertenecen al afiliado sino a la obra social, quien con esos recursos paga al profesional y establecimiento contratado. De esta manera, quien contrata y paga al prestador es la obra social, que realiza un contrato en favor de un tercero.³⁸

E. Modalidades de Contratación Obras Sociales - Prestadores Privados

7.01. La contratación de servicios obras sociales - prestadores privados ha adquirido dos formas principales: i) contratación por contratos cerrados con una clínica o sanatorio, para la atención exclusiva de un grupo de beneficiarios, con un pago mensual fijo por cada uno de ellos; y ii) contratación con federaciones médicas y asociaciones de sanatorios, entre cuyos integrantes los derecho-habientes tienen libre elección, con pago por prestación, según la nomina de aranceles vigentes en todo el país.³⁹

7.02. Otra opción existente es el sistema de carteras capitadas, a través del cual "una obra social conviene la asistencia integral de sus beneficiarios residentes en una área con la federación o círculo médico local y le paga por ello una suma mensual per capita. A su vez, la entidad profesional redistribuye ese monto entre sus miembros según el tipo y número de las prestaciones que hayan brindado a las personas cubiertas por el sistema, las cuales tienen libre elección entre todos los integrantes de la lista."⁴⁰

³⁸ Ireneo Badi, E. "Jurisprudencia y Seguridad Social / Malpraxis," en Revista CONFEDERAL No.2, p.12.

³⁹ Thompson, A.A., op.cit., p.40.

⁴⁰ Podetti, H. "Seguridad Social y Regimen de Obras Sociales," en Revista del CIAS, No.288-9, 1979. Citado en Thompson, A.A., op.cit., p.40.

7.03. En cuanto a la remuneracion de los medicos, estos presentan mensualmente una factura (por las consultas prestadas) a su circulo medico. Este organismo presenta las facturas acumuladas de sus miembros a las respectivas obras sociales para su liquidacion. Una vez realizado este tramite, el circulo medico deposita la cantidad correspondiente en las cuentas personales de los medicos (se trabaja con bancos). Del total pagado por las obras sociales, los circulos medicos retienen el 10%; 5% como cargo administrativo y el resto va a un fondo de retiro de los medicos. Este proceso no se da en lo concerniente a la hospitalizacion, ya que el quantum de facturacion esta condicionado por el giro de cama, capacidad fisica instalada, condiciones de trabajo, y servicios auxiliares como los exámenes de laboratorio.

7.04. En la Argentina, se pueden distinguir claramente tres situaciones de mercado diferente: i) capital federal y conurbano; ii) pueblos y ciudades grandes del interior; y iii) pueblos y ciudades chicas del interior. Segun Neri, en las provincias, el regimen comun es el convenio con cada entidad representativa de los prestadores, agrupados en federaciones provinciales. Las remuneraciones se basan en el pago del arancel oficial por cada oficial asistido y en la capitacion (un monto fijo mensual por afiliado cubierto en la zona basado en una estimacion muy global de servicios a brindar, independientemente de que use o no los servicios). En Buenos Aires, los contratos de servicio que establece cada obra social se realizan con subgrupos de prestadores individualmente elegidos por la misma, con quienes conviene en base al pago por servicio, capitacion, cartera fija, o incluso sueldo, en los casos en que los profesionales entran en una relacion de dependencia.⁴¹

F. El Nomenclador de Prestaciones Medicas

8.01. Tal como se explico anteriormente, el sistema para la provision de servicios de salud en la Argentina se basa en la existencia de un contrato que determina como parte fundamental la modalidad de retribucion. A pesar de que se han desarrollado varias modalidades, la forma predominante es la de pago por prestacion o acto medico con libre eleccion de prestador.

8.02. El instrumento fundamental en el proceso de remuneracion por prestaciones medicas, lo constituyen los nomencladores nacionales. El nomenclador codifica y pone valores a las diferentes practicas y prestaciones medicas. Este sistema de tarifaje es utilizado en los convenios que se celebran entre las obras sociales y los gremios profesionales para la contratacion de servicios personales retribuidos por

⁴¹ Neri, A., op.cit., pp.138-139

acto medico, odontologico o de analisis bioquimico. Las obras sociales "negociaron el Nomenclador Nacional con los proveedores y el Gobierno como una medida de contencion de costos, estableciendo los montos a pagar por servicios medicos y de internacion sanatorial, debiendo pagar el afiliado lo que se ha dado en denominar "coseguro", que actua como un elemento moderador de la demanda, ya que esta tiende a aumentar practicamente sin limite ni restriccion de ningun tipo ante la existencia de un "tercer pagador", como es el caso de la clase de cobertura de precio total que originalmente fue asegurada por el sistema de obras sociales."⁴²

8.03. De acuerdo con lo comentado por Katz y Munoz, "el nomenclador nacional ha desempenado y lo sigue haciendo hoy, un importante rol en la determinacion de la estructura del gasto de la seguridad social, ya que el 85% aproximadamente de los ingresos del sistema es pagado a los proveedores privados por contratos de provision de servicios e insumos de salud."⁴³

8.04. Uno de los principales efectos de la aplicacion del nomenclador nacional, principalmente luego del Decreto 2935/77 de 1977, fue la intensificacion en el uso de equipamiento en relacion a la utilizacion de capital humano en la prestacion de los servicios medicos. Esta situacion ha tenido "consecuencias importantes sobre la organizacion de la oferta de atencion medica, incentivando el uso de equipos asociados a las practicas curativas -y no preventivas- especializadas, como formas de captacion de "nichos" --y por consiguiente de rentas, en el mercado de salud...Dicho proceso inversor no solo indujo mayores tasas de utilizacion aposteriori, dada la existencia de un "tercer pagador", sino que produjo finalmente una creciente facturacion de practicas especializadas pagadas por la seguridad social."⁴⁴ En relacion a la gran estratificacion observada en el proceso de facturacion, Soler ha senalado que "las leyes de mercado aplicadas a la atencion de los problemas de salud en la seguridad social, condicionan la estructuracion de la oferta segun distintas categorias o estratos de prestadores caracterizados por su distinto nivel de ingreso por facturacion. Puede decirse entonces que la demanda de atencion no solo es satisfecha por sus requerimientos especificos (patologia) sino por la exigencia operativa que se origina a partir de las reglas, que dentro de este esquema, condicionan el comportamiento y las relaciones funcionales entre los estratos."⁴⁵ Se ha estimado que en la Argentina, un modelo observado frecuentemente en las facturaciones de honorarios medicos en la seguridad

⁴² Katz, J.M., y Munoz, A., op.cit., p.123.

⁴³ Katz, J.M., y Munoz, A., op.cit., p.122

⁴⁴ Item, p.121.

⁴⁵ Soler, C., "La atencion medica, el mercado laboral y la distribucion del ingreso en la seguridad social: Una propuesta metodologica para su estudio." Mimeo.

social reúne las siguientes características: i) en el primer decilo esta el 50% del total de la facturación (10% del total de prestadores; hiperconcentración de rubros "duros" como la radiología, terapia radiante, ecorafia y hemodialisis); ii) entre los decilos 2 al 5 inclusive (40% de los prestadores) se factura un monto equivalente de 40%; y iii) los decilos 6 al 10 con el 50% de prestadores facturan el 10% del total.⁴⁶

8.05. La ley 18483 de 1969 faculta al Estado a revisar y modificar los nomencladores de prestaciones, así como a actualizar anualmente los valores de los honorarios médicos en función de los cambios en el costo de vida, salarios, nivel de las cotizaciones y la estructura del costo de las prestaciones.

G. Peso Relativo del Subsector Privado

9.01. Según los resultados de la Encuesta de Utilización de Servicios y Gastos en Salud, a principios de la década de los 80 los prestadores privados tenían a su cargo alrededor de 60% de las consultas médicas y 85% de las odontológicas, además de aproximadamente 55% de los egresos hospitalarios, 50% de los exámenes de laboratorio y 35% de los radiológicos.⁴⁷

9.02. Los aportes para salud correspondientes a las remuneraciones, que son compartidos por el empleador y los empleados, representan el 2,6% del PIB, o sea el 36,6% del total de los gastos en el sector. Los pagos de los hogares, ya sea directos o por medio del seguro médico privado, representan otro 2,4% del PIB, o el 33,8% del total de gastos.⁴⁸

9.03. La estructura del gasto privado señala que el 34,5% esta destinado a medicamentos, 20,3% a consultas médicas, 17,7% a consultas odontológicas y 13,1% a internación.⁴⁹

⁴⁶ Item

⁴⁷ Citado en Isuani, A., y Mercer, H., op. cit., p.28

⁴⁸ Banco Mundial, op. cit., p.54

⁴⁹ Isuani, A., y Mercer, H., op.cit., p.29

H. Procesos de Cambio / Perspectivas Futuras

10.1. Desde 1985, el Ministerio de Salud y Asistencia Social ha venido empujando la propuesta del seguro nacional de salud con el fin de incrementar la equidad y eficiencia del sistema de salud en la Argentina. Esta propuesta que esta relacionada al "polo organizativo financiador" del sistema de salud tiene dos objetivos centrales: i) coordinar o integrar la multiplicidad de obras sociales en un sistema nacional; y ii) ampliar la cobertura del sistema de seguridad social al 26% de la poblacion total del pais (indigentes y trabajadores autonomos) que actualmente esta desprovista de estos beneficios.

10.2. La integracion funcional de las obras sociales se basaria en los siguientes principios operativos: i) universalizacion de la cobertura para toda la poblacion; ii) garantizar un nivel minimo de equidad a traves de una forma mas solidaria de financiamiento del sistema; iii) posibilitar una integracion efectiva en la atencion de salud, aun con un sistema pluralista en terminos de clientelas y modalidades de financiamiento; iv) permitir un alto nivel de desconcentracion (descentralizacion) transmitiendo mayores responsabilidades a las provincias en la coordinacion local del sistema, al mismo tiempo en que se busca garantizar una federalizacion de la normatizacion y el control de las acciones.

10.3. El anteproyecto de ley del seguro nacional de salud ha sido aprobada por la Camara de Diputados y ha recibido un apoyo general por parte de la Confederacion General de Trabajadores (C.G.T.). Sin embargo, de acuerdo a lo senalado por varios comentaristas, el Senado de la Republica no la aprovara debido a la proximidad de las elecciones presidenciales.

10.4. Dentro del contexto de discusion y debate que ha surgido como producto del proceso de democratizacion que vive el pais desde 1983, y desde la optica del fortalecimiento de las funciones de control del Estado, tambien se pretende desarrollar mecanismos para reformar el "polo organizacional prestador." Con este fin, se ha dado inicio a un proceso normatizador que busca producir normas que ordenen el mercado, por ejemplo: i) revision del nomenclador; ii) procedimientos de acreditacion y categorizacion; y iii) modalidades de contratacion. Segun Abadie, "el esquema "normatizador" es atractivo toda vez que se apoya en experiencias muy elaboradas y documentadas, especialmente aquellas desarrolladas en los EE.UU y con algunos exitos parciales en nuestro medio. Es un camino lento, toda vez que se ha desestimado por ineficiente, arbitrario y a la larga contraproducente al camino de los "decretazos" o de las "leyes" sancionadas por un minigrupo elitista al vaiven de las presiones eventualmente bien intencionadas pero siempre limitadas de un sector por acceder al poder para

imponer la verdad."⁵⁰ Estos esfuerzos normatizadores estan recibiendo el apoyo del Banco Mundial.

10.5. En cuanto al proyecto relacion INOS-Secretaria de Salud, se ha planteado que debido a que "existe un notorio divorcio entre la Seguridad Social y la Salud Publica lo que provoca muchas veces duplicaciones en el gasto por parte del Estado"⁵¹ es necesario: i) fortalecer al INOS como instrumento de ejecucion de politicas de salud dotandole de una estructura administrativa y un modelo de gestion adecuados que lo inserten eficazmente dentro de la Secretaria de Salud; ii) promover mejoras en la calidad de los servicios de salud que recibe la poblacion a traves de la elaboracion, prueba e implementacion de sistemas de acreditacion y categorizacion de establecimientos publicos, privados y de Obras Sociales que fijen y midan standares de funcionamiento de actividades y procesos de atencion medica en lo que hace a Acreditacion y; clasificar instituciones de acuerdo con su grado y perfil de complejidad para organizar servicios y configurar una red asistencial de complejidad creciente en el caso de Categorizacion; iii) garantizar equidad en las prestaciones de salud que reciben los beneficiarios de las Obras Sociales a traves de la definicion de Prestaciones Obligatorias, eliminando toda forma de discriminacion en base a criterios de justicia distributiva, respetando las diferencias regionales en el marco de los objetivos de la politica de salud; iv) normatizar las formas de contratacion de Obras Sociales con los prestadores de manera de asegurar el cumplimiento de las politicas y estrategias que desarrolle la seguridad social, propiciando el mejor nivel de calidad medica posible, asegurando que se brinden las prestaciones obligatorias, que se estalbezcan pautas de acreditacion y categorizacion de establecimientos asistenciales con limitaciones de las prestaciones a brindar para cada una de ellas conforme a su nivel; y v) proponer mecanismos de ampliacion de poblacion cubierta en servicios de salud por Obras Sociales a traves de la incorporacion a la Seguridad Social de indigentes y autonomos.

10.6. Tambien debe senalarse que la elaboracion del nuevo nomenclador esta cerca de ser completado luego de tres anos de trabajo. Este proceso ha requerido de negociaciones entre varios grupos y asociaciones. Se ha tratado de que el Nomenclador de Prestaciones convertido en el Programa Nacional de Atencion Medica vuelva a ser "una simple herramienta auxiliar para regular el pago de servicios toda vez que este se realice por unidad de servicio."⁵²

⁵⁰ Abadie, J.P. Alternativas de Organizacion de la Atencion Medica, en Cuadernos Medicos Sociales 43 (1988):31-36.

⁵¹ Secretaria de Salud. Fortalecimiento de los Sectores Sociales. 1987.

⁵² Abadie, J.P., op.cit., p.32

I. Pautas Operacionales

11.1. Se da las gracias al Dr. Carlos Vidal, Representante de la OPS en la Argentina, y los Drs. Hugo Mercer, Pedro Brito y Mario Rovere, por su valioso apoyo durante mi corta visita a Buenos Aires. Este apoyo fue importante tanto en la concertación de las entrevistas con funcionarios argentinos como también por el acceso proporcionado a informaciones y documentos sobre el tema de interés.

11.2. Como consecuencia de este viaje, sería de gran importancia que HSP junto con la Representación de la OPS en el país logren conformar un grupo nacional para estudiar en una forma sistemática los siguientes temas: i) políticas públicas y el sector privado; ii) alternativas de organización de la atención médica, dando énfasis a la asociación del polo organizativo financiero (el seguro nacional de salud) y el polo organizacional prestador (visto desde diferentes perspectivas: postura normatizadora, postura estatista, y postura de integración y concertación); iii) características de los mercados provinciales; iv) la atención médica, el mercado laboral y la distribución del ingreso en la seguridad social, desarrollando y testando una metodología de análisis para evaluar la relación entre la configuración de los rubros de facturación y la variación del nivel de ingreso del total de los prestadores en varias regiones del país; y v) la aplicabilidad y utilidad de diferentes mecanismos contractuales entre las obras sociales y organizaciones de prepago y grupos de médicos asociados, así como también la efectividad de los sistemas de copagos.

11.3. Se considera que este tipo de estudios enriquecerían el debate sobre la mezcla pública y privada en el sector salud de la Argentina. También los resultados de estos estudios podrían servir para comparar las similitudes y diferencias en otros países con características similares, como es el caso del Brasil, Uruguay, los Estados Unidos, Canadá y en menor escala México.

IV. ANEXOS

Fecha: Mayo 31, 1988

A: Dr. Carlos Vidal, Representante de la O.P.S. en la Argentina

De: Patricio V. Márquez, Residente del Programa de Salud Int., HSP

Asunto: Ponentes Sobre Sistema de Salud de Canadá / Seminario Proyecto
Desarrollo Institucional

1. Luego de haber sido consultado por el Dr. César Vieira, Coordinador de HSP, sobre posibles académicos o profesionales canadienses para abordar el tema de la organización y el financiamiento de los servicios de salud del Canadá, me contacté con el Dr. J.V. Pillet, funcionario del Banco Mundial en Washington, D.C.
2. El Dr. Pillet señaló que existen dos profesionales de alto nivel que son considerados como autoridades del tema de la organización de los servicios de salud, esquemas de financiamiento, y relaciones nivel central-provincias- prestadores privados en el Canadá. Estos son: i) André Pierre Contandriopoulos, profesor de la Escuela de Salud Pública en Montréal y Director del Instituto de Estudios Interdisciplinarios de Salud; y, ii) R.G. Evans, un académico y autor de la región inglesa del Canadá. La gran limitante de estos dos candidatos es que no hablan español. En caso de invitarles a participar en el Seminario, hay la necesidad de contratar un traductor. Se puede obtener el teléfono de estas dos personas a través del Dr. Pillet.
3. Un tercer candidato es Milton I. Roemer. El Dr. Roemer, un estudioso de los sistemas de salud del mundo, ha vivido y trabajado por mucho tiempo en el Canadá. Recientemente se desempeñó como Profesor Visitante en Toronto, Canada. Lamentablemente este candidato tampoco habla español. El teléfono del Dr. Roemer en Los Angeles es: 213 4726618.
4. Un cuarto candidato es el Dr. J.V. Pillet. En la conversación que sostuvimos, el Dr. Pillet indicó su interés y disponibilidad para participar en el seminario. El Dr. Pillet trabajó por varios años en el Canadá. El teléfono del Dr. Pillet en Washington, D.C. es: 202 4732405.
5. Un quinto candidato es el Dr. Charles B. Godue. El Dr. Godue es un médico y salubrista joven de Montréal, que ha estado vinculado a la C.P.S. por períodos cortos. El Dr. Godue habla español. Se debe señalar que tanto Pedro Brito como Hugo Mercer pueden dar referencias sobre el Dr. Godue. Durante el período Septiembre 1988-Enero 1989 estará trabajando con el Dr. J.R. Teruel en Washington, D.C. Adjunto una copia de un artículo escrito por el Dr. Godue. Su teléfono en Montréal es: 514 2814032.

Fecha: Mayo 11, 1988
A: Dr. Carlos Vidal, Representante de la O.P.S. en la Argentina
Del Instituto W. Berque, Residente del Programa de Salud Int., MSP
Punto: Programa sobre Sistema de Salud de Canadá y Seminario Práctico
Desarrollo Institucional

1. Luego de haber sido consultado por el Dr. César Vidal, Coordinador de
los posibles académicos o profesionales canadienses para abordar el
tema de la organización y el financiamiento de los servicios de salud del
Canadá, se contactó con el Dr. J.V. Piliel, funcionario del Banco Mundial en
Washington, D.C.

2. El Dr. Piliel señaló que existen los profesionales de alto nivel que son
considerados como autoridades del tema de la organización de los servicios
de salud, programas de financiamiento y relaciones entre el central-provincial-
provinciales en el Canadá. Entre ellos son: (i) George Frazier
Asesor del Instituto de Estudios Interdisciplinarios de Salud y (ii)
John Evans, un académico y autor de la región inglesa del Canadá. En caso de
participar en el seminario, hay la necesidad de contactar con
Piliel para obtener el teléfono de estas dos personas a través del
Banco Mundial.

3. Los otros candidatos son Wilton J. Parker. El Dr. Parker, un estudioso de
los sistemas de salud del mundo, ha vivido y trabajado por mucho tiempo en
el Canadá. Actualmente se desempeña como profesor visitante en Toronto,
Ontario. Actualmente este candidato tampoco habla español. El teléfono
del Dr. Parker en las Islas es: 313 7328318.

4. Otro candidato es el Dr. J.V. Piliel. En la conversación que
tuvimos, el Dr. Piliel indicó su interés y disponibilidad para participar
en el seminario. El Dr. Piliel trabajó por varios años en el Canadá. El
teléfono del Dr. Piliel en Washington, D.C. es: 202 4722105.

5. Otro candidato es el Dr. Charles B. Gobes. El Dr. Gobes es un médico
pediatra joven de Montreal que ha estado vinculado a la O.P.S. por
varios años. El Dr. Gobes habla español. Se debe señalar que tanto
Piliel como Gobes no pueden dar referencias sobre el Dr. Vidal.
Durante el período Septiembre 1988-Diciembre 1988 estará trabajando con el
Dr. J.V. Piliel en Washington, D.C. Adjunto una copia de un artículo escrito
por el Dr. Gobes. Su teléfono en Montreal es: 514 3814521.