



DOCUMENTO DE TRABAJO N.2/02

Producido por la Oficina del Banco Mundial para
Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay

El sector salud argentino en medio de la crisis

Juan Pablo Uribe – Banco Mundial

Nicole Schwab – Banco Mundial

Noviembre de 2002

La presente publicación fue elaborada y producida por la Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. La serie “Documentos de Trabajo” no constituye un documento formal del Banco Mundial. Es publicada de manera informal y distribuida con el fin de fomentar la discusión y los comentarios de la comunidad que trabaja en los temas que se presentan. Los resultados, interpretaciones, juicios y conclusiones expresados en este trabajo son propios del autor o autores y no deben ser atribuidos al Banco Mundial, a sus organizaciones afiliadas, a los miembros del Directorio Ejecutivo ni a los gobiernos que ellos representan.

*Los documentos de trabajo están disponibles en: www.bancomundial.org.ar
Por comentarios y /o sugerencias, escribir a: nschwab@worldbank.org o juribe@worldbank.org*

I. INTRODUCCION¹

1. A fines del 2001, luego de tres años de recesión económica y de un deterioro progresivo del bienestar social del país, Argentina se sumió en un periodo de grave crisis institucional marcado por la renuncia del Presidente De La Rúa, una sucesión de presidentes interinos, la cesación de pago de sus compromisos externos y el abandono de la política monetaria de paridad con el dólar. A lo largo del 2002 se agudizó la recesión económica: la inflación durante el primer semestre alcanzó el 70% y se proyecta para el año una caída del PIB del 16% (lo cual equivale a pasar de US \$8,210 per cápita en 1998 a US \$2,850 en la actualidad). Se estima que el desempleo, ya alto en octubre del 2001 (18%), ha crecido hasta el 22% a mediados del 2002, y que el 53% de la población vive en condiciones de pobreza.²

2. En este grave contexto económico y social, la prensa Argentina ha presentado numerosos artículos relacionados con la crisis del sector salud. Han sido frecuentes las noticias referidas a desabastecimiento de insumos básicos para la atención hospitalaria y ambulatoria; igualmente, aquellas que relatan cortes de servicios ante inmensas deudas acumuladas o que señalan el riesgo de interrupción de programas prioritarios de salud pública. Los distintos actores del sector salud reclaman tratamientos preferenciales que atenúen sus dificultades financieras. Entre tanto, el Gobierno Nacional y muchos gobiernos provinciales han tomado medidas de emergencia para confrontar la crisis en el sector salud.

3. Cuál ha sido el impacto de la crisis que atraviesa el país sobre el sector salud y la salud de su gente? Este documento busca responder a esta pregunta. Para ello, en la primera sección, presenta los vasos comunicantes que existen entre la crisis general del país y el sector salud. Luego, en la segunda sección, analiza la situación de los principales subsectores de salud, revisando sus actuales condiciones financieras y operativas. Al hacerlo, se tienen presentes aquellas fallas previas del sector que pueden haber contribuido (y estar contribuyendo) a agravar la situación y limitar la capacidad de respuesta. Una tercera sección del documento analiza los cambios que se han dado en la cobertura de la población y en la demanda efectiva de servicios por parte de la gente, en especial de aquellos con menores niveles de ingresos. Una cuarta sección discute el probable impacto de la crisis sobre el estado de salud de la población. Por último, el documento ofrece unas breves conclusiones.

4. Antes de proceder, una nota de precaución: documentar de manera rápida el impacto de la actual crisis socio-económica sobre las distintas dimensiones del sector salud argentino no es tarea fácil. La debilidad en los sistemas de información y monitoreo del sector, la fragmentación característica del sistema de salud Argentino, la marcada heterogeneidad entre las distintas provincias y las limitaciones metodológicas propias de un estudio de esta naturaleza³ son retos

¹ Agradecemos comentarios y aportes de Ariel Fiszbein, Luis Pérez, Marcelo Bortman, Paula Giovagnoli, Daniel Dulitzky, Isabella Danel y Yanina Budkin.

² Fiszbein, Giovagnoli y Adúriz “Argentina’s crisis and its impact on household welfare”. Banco Mundial. 2002.

³ Por ejemplo, periodos de latencia que conllevan efectos tardíos y multiplicidad de asociaciones causales en el análisis de impacto de la crisis sobre el estado de salud de la población.

importantes a superar y obligan a ser prudentes en el análisis. No obstante estas limitaciones, un ejercicio de este tipo resulta útil para comprobar la seriedad y magnitud de la crisis, para identificar aquellas áreas que requieren mayor investigación y documentación, y – más importante aún - para facilitar la definición de acciones inmediatas y de más largo plazo que contribuyan a superar la situación.

II. NEXOS ENTRE LA CRISIS GENERAL Y EL SECTOR SALUD

5. Argentina es un país que ha sobresalido en América Latina por su alto índice de desarrollo humano. En salud, el país se ha distinguido por su avanzado grado de transición epidemiológica, su alto nivel de gasto⁴, su extensa oferta prestacional y el alto desarrollo tecnológico en la provisión de servicios de salud. Al mismo tiempo, el sector salud argentino enfrenta de tiempo atrás importantes retos derivados de inequidad intra e inter-provincial en la asignación de recursos y en el estado de salud, ineficiencia institucional (especialmente en la función aseguradora), debilidad regulatoria y fragmentación sectorial.

6. El pobre desempeño de la economía durante los últimos años, agudizado en meses recientes por la crisis política e institucional y sumado al rápido deterioro de las condiciones sociales, afecta los distintos subsistemas que integran el sector salud y amenaza a corto y largo plazo la salud y el bienestar de los ciudadanos, en especial de aquellos de menores recursos. La situación de crisis del sector salud es consecuencia inmediata de la aguda caída en sus distintas fuentes de financiamiento y del creciente deterioro en las condiciones de vida de la población. A esto se suman condiciones de ineficiencia crónica y fallas estructurales que limitaban de antemano las reservas del sistema y debilitaron su capacidad de reacción ante un momento de mayor demanda.

7. El impacto de la actual crisis sobre el sector salud puede explicarse por cuatro factores principales:

- Deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas. En el caso de la seguridad social, este deterioro resulta de (i) la caída en la recaudación de aportes obrero-patronales dada por mayores índices de desempleo. El Ministerio de Economía reporta una disminución de 15.5% en la recaudación tributaria de los primeros 8 meses del 2002 destinada al Sistema Nacional de Seguro de Salud (SNSS), comparado con el mismo periodo del 2001⁵; y (ii) el incremento en la mora y evasión de aportes. Se estima que para los aportes al SNSS, un 15% del empleo declarado no está abonado. En el subsector estatal en sus niveles nacional y provincial, la caída en el financiamiento proviene de la afectación del flujo normal de fondos a los programas prioritarios nacionales y a los hospitales, respectivamente. Finalmente, la reducción del nivel de ingresos promedio en la población general reduce la capacidad de los propios usuarios para co-financiar directamente el sistema, pagando de su bolsillo. De hecho, 50% de los hogares entrevistados en una encuesta a nivel nacional realizada por el Banco Mundial reportaron una disminución en su ingreso nominal entre octubre 2001 y junio del 2002;

⁴ Para el año 2000, previa la caída de la convertibilidad, el gasto en salud en Argentina representaba aproximadamente el 8.5% del PIB y equivalía a US \$653 per cápita. Tobar, F. El gasto en Salud en Argentina. PIA-ISALUD. 2002.

⁵ Es posible que el Decreto 492 de 1995 y la Ley 25.239, que redujo los aportes patronales al SNSS del 6% al 5%, haya contribuido en los últimos 6 años a un des-financiamiento del sistema. Sin embargo, se debe también analizar el efecto que pudo tener esta menor contribución sobre la generación (y sostenimiento) de empleos, eventualmente compensando o incluso incrementando el total de aportes de la economía formal a la seguridad social.

- Aumento en los costos en medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación, con implicaciones negativas en materia de abastecimiento y acceso a los mismos. Por ejemplo, en el primer trimestre del 2002, una provincia documenta un aumento promedio de 170% en el precio cotizado de 250 medicamentos⁶.
- Incremento de la demanda de servicios en la red pública hospitalaria, consecuencia de la reducción en la extensión (y efectividad) de la cobertura de seguros de salud, de la menor capacidad de gasto de bolsillo de los ciudadanos y del deterioro en las condiciones de vida, en ausencia de un correspondiente incremento en el presupuesto destinado a hospitales públicos.
- Mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socio-económicas de gran parte de la población.

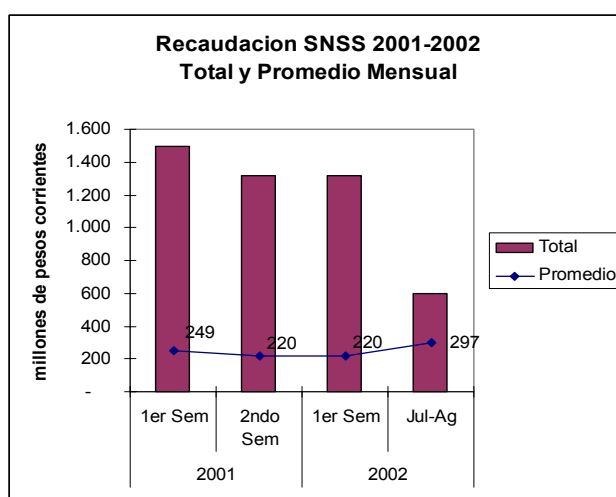
8. Los dos primeros factores afectan la oferta de servicios y se analizan a continuación en base a información proporcionada principalmente por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN). Los dos últimos factores afectan la demanda de servicios y se analizan en más detalle en el capítulo III de este documento, en base a información aportada por una encuesta social realizada por el Banco Mundial durante el primer semestre del 2002.

⁶ Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén.

III. LA SITUACIÓN FINANCIERA Y PRESTACIONAL DE LOS SUBSISTEMAS DE SALUD

9. **El Subsector de la Seguridad Social Nacional.** Los ingresos del subsector de la seguridad social nacional han caído como consecuencia de la crisis. Entre el primer semestre de 2001 y el primer semestre de 2002, la recaudación total del Sistema Nacional de Seguro de Salud (SNSS) – que cubre a aproximadamente 11 millones de ciudadanos (30% de la población) sin contar al INSSJyP – cayó en un 12%. El ingreso promedio del Sistema (que incluye la recaudación directa de las obras sociales nacionales y los ingresos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR)) bajó de \$249 a \$220 millones de pesos al mes (ver Gráfico 1). Esta caída impacta directamente a los agentes de seguro – las obras sociales nacionales (OSN) – cuyos ingresos provienen mayoritariamente de estos aportes y cotizaciones obligatorias. Las principales causas de este descenso en los ingresos son la disminución del empleo y el aumento en la mora y la evasión.

Gráfico 1



Fuente: www.afip.gov.ar e información de la SSS

10. Las nuevas medidas legislativas introducidas por el Gobierno Nacional han procurado proteger los ingresos de las OSNs. En marzo del 2002, el Gobierno Nacional introdujo cambios legislativos que incrementaron (nuevamente) del 5% al 6% los aportes patronales obligatorios a las OSNs⁷. Como consecuencia de este incremento, a partir de julio de 2002 la recaudación directa mensual de las OSN ha subido. Sin embargo, si bien el promedio mensual de recaudación (sin contar el ingreso por el FSR) en estos dos meses (\$248 millones de pesos) se compara favorablemente con el del mismo periodo del año 2001 (\$226 millones), sigue estando por debajo de la recaudación para el mismo periodo del 2000 (\$253 millones). En conclusión, el incremento en el porcentaje de aportes patronales al SNSS ha permitido mejorar los ingresos de las OSNs en

⁷ Ley 25,565 de Presupuesto. Año 2002.

comparación con el 2001 y principios del 2002, pero parece no ser suficiente en si mismo para regresar a los niveles de ingresos del año 2000⁸.

11. Los esfuerzos del Gobierno Nacional también han buscado fortalecer los ingresos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) y, por ende, su capacidad de redistribución al interior del SNSS. En marzo de 2002, un decreto del ejecutivo elevó los aportes de las OSNs al FSR del 10% al 15%, y del 15% al 20%, de acuerdo con el nivel salarial del trabajador y la naturaleza de la obra social⁹. Esta medida, sumada al incremento en los aportes patronales mencionado anteriormente, ha significado un incremento del 67% en la recaudación mensual promedio del FSR entre el primer semestre del año 2002 y los meses de julio y agosto, revirtiendo la caída en los ingresos anuales que se observaba desde 1997 (ver Tabla 1).¹⁰

Tabla 1:Fondo Solidario de Redistribución. 1997-2002

En millones de pesos

Año	Recaudación FSR	Transferencias a OSNs, SSS y APE	Saldo/ Déficit Anual	Déficit Total Acumulado
1997	383	394	-12	-12
1998	360	360	0	-11
1999	356	342	14	3
2000	364	441	-77	-75
2001	331	405	-74	-149
2002 1er Semestre	168	184	-16	-165
2002 Julio / Agosto	98	88	10	

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2002;

Nota: no incluye las transferencias del FSR al MSN que son del orden de \$10-\$15 millones de pesos anuales.

12. Este esfuerzo de mayor recaudación en el FSR puede lograr eliminar su reciente tendencia deficitaria. Desde el 2000, las transferencias que el FSR realizaba a las OSNs (bajo el mecanismo de subsidio automático por titular), a la SSS y a la Administración de Programas Especiales (APE) excedían la recaudación correspondiente. Sin embargo, si en lo que queda del año las

⁸ El impacto de esta disminución en los ingresos totales de las OSNs sobre los ingresos por afiliado (o por beneficiario) no está claro. Se estima que el número total de afiliados a las OSNs también ha disminuido simultáneamente con la caída en los ingresos del sistema, pero no está aún disponible información que permita comparar la relación entre ambos comportamientos.

⁹ Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 486 del 2002.

¹⁰ Los trámites propios de difusión y aplicación de la medida, que implican un cambio en la recaudación y compensación al SNSS y FSR a través de la AFIP, explican un atraso de tres meses en el impacto del incremento en las cotizaciones.

transferencias siguen la tendencia observada en julio y agosto, el incremento en la recaudación del FSR lograría generar un saldo a favor para el segundo semestre del año (ver Tabla 1).

13. Sin embargo, las OSNs arrastran de tiempo atrás una considerable deuda acumulada, reflejo de los desequilibrios estructurales del sector y de sus propios modelos de gestión, mas no de la crisis actual. Según cifras de la SSS, la deuda acumulada por las OSNs, sin considerar al Instituto de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP o PAMI), llegaba en agosto del 2002 a \$1,040 millones de pesos (ver Tabla 2). Esta deuda explica por qué distintas obras enfrentan cortes en los servicios a sus afiliados y que 38 de ellas (abarcando a más de un millón de beneficiarios o 10% del total de la población asegurada) se hayan sometido a un “*proceso de crisis*”, alegando la imposibilidad de pagar sus acreencias; de éstas, 17 OSNs (que cubren al 5.5% de los beneficiarios del sistema de OSN) han homologado su concurso preventivo (que significa un acuerdo de pago con sus deudores), una se encuentra en quiebra y el resto espera la decisión administrativa sobre la validez de su petición de concurso de acreedores. Esta deuda crónica, sumada a las restricciones financieras de la crisis actual, ha contribuido a la ruptura de la cadena de pagos en el sector proveedor.

Tabla 2: Pasivo prestacional corriente consolidado del SNSS

(Proveedores y prestadores)

Fecha	En millones de pesos
Dic 2000	894,5
Dic 2001	980,6
Julio 2002	973,0
Agosto 2002	1040,8

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2002

14. La crisis de los agentes de seguro del SNSS parece no sólo ser financiera sino también prestacional. Un estudio reciente de la SSS encontró que, a enero de 2002, el 62% de los aseguradores habilitados por ley en el área metropolitana de Buenos Aires incumplían el Plan Médico Obligatorio (PMO). En otras regiones del país, el incumplimiento de esta garantía básica de un sistema de aseguramiento superaría el 80%. Por ello, el Gobierno Nacional se ha esforzado en reformular un PMO de emergencia, que busca proteger servicios básicos en armonía con las realidades del país.

15. En este escenario, si se aplicara el actual marco regulatorio (de requisitos prestacionales, financieros, económicos y administrativos) para agentes de seguro del SNSS, un porcentaje significativo de las 268 OSNs caería dentro del diagnóstico de crisis y requeriría de un subsiguiente plan de reestructuración y/o exclusión del sistema. Esta situación ha exigido de parte de la SSS una revisión de los criterios y procedimientos de crisis.

16. No sólo los agentes de seguro enfrentan una agudización de sus desequilibrios crónicos: programas operados por la SSS dentro del SNSS también lo hacen. Tal es el caso de la

Administración de Programas Especiales (APE), responsable de financiar servicios de alta complejidad y baja incidencia en el SNSS, y que ha acumulado una millonaria deuda con las obras sociales. Se estima que el monto total de esta deuda, que aún debe consolidarse, es del orden de los US \$100 millones. Al igual que en el caso de las obras sociales, una gran parte de esta deuda antecede la crisis y refleja problemas estructurales de la APE en la definición del menú de intervenciones a financiar y los mecanismos para hacerlo. Al respecto, en el gráfico 2, se puede notar que hasta el 2001, entre el 46% y el 66% del monto total pagado por la APE se destinó a subsidios institucionales a las OSNs. Así mismo, una gran parte de las prestaciones reconocidas por la APE corresponden a patología crónica no especializada.

Gráfico 2

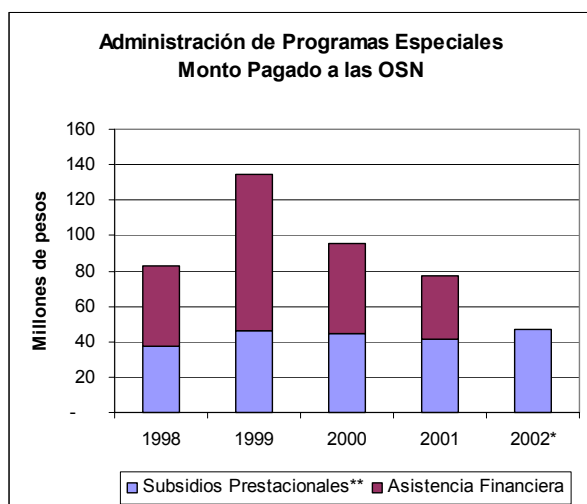
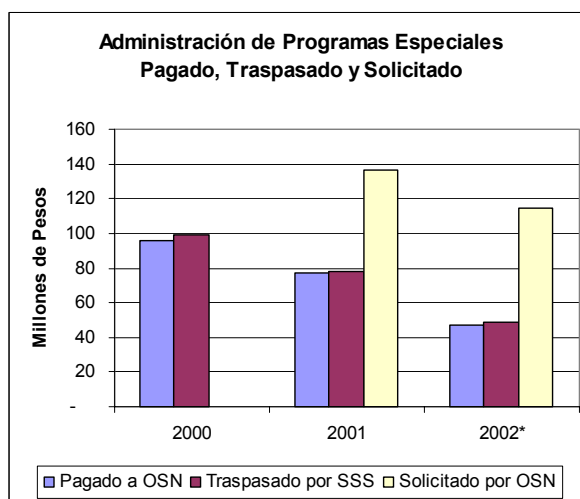


Gráfico 3



*Para el año 2002, la información es de enero a agosto.

**Los subsidios prestacionales corresponden a montos pagados durante el 2001 por prestaciones en discapacidad (28%), HIV-SIDA (38%), fármaco-dependencia (2%), alta complejidad (16%) y otras (9%). “Asistencia Financiera” corresponde a subsidios discrecionales a OSNs, hoy día prohibidos mediante resolución de la SSS.

Fuente: BM en base a www.ape.gov.ar e información de la SSS.

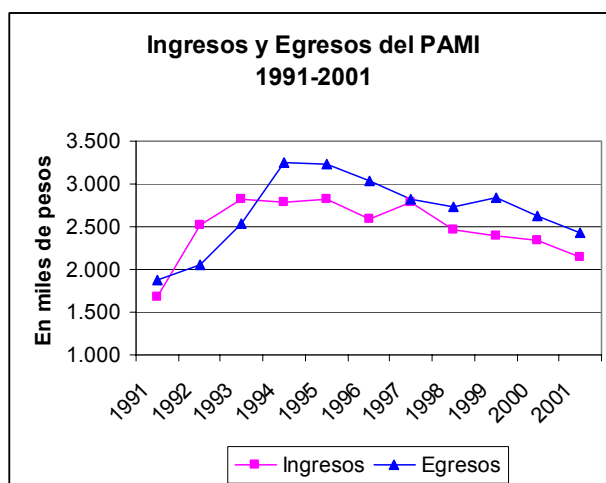
17. A fines de agosto del 2002, la APE había gastado prácticamente la totalidad (el 96%) de los recursos traspasados por la SSS para el actual año fiscal (ver Gráfico 3). Sin embargo, esto representa sólo el 41% del monto que las OSNs solicitaron a la APE por servicios elegibles de prestación, generándose en los 8 meses del año una deuda adicional de \$68 millones de pesos, que se suma a la deuda anterior. Claramente, el menú, frecuencia y costo de las prestaciones de APE no es sustentable con su actual fuente de financiamiento y amerita una pronta revisión.

18. **El INSSJP (o PAMI).** La situación financiera y prestacional del PAMI, que cubre 3.2 millones de argentinos (entre ellos, el 91% de los ciudadanos mayores de 65 años) tampoco es buena en medio de la crisis. El financiamiento del PAMI proviene de varias fuentes: (i) aportes y contribuciones de los trabajadores activos, equivalente al 5% del salario -3% de aporte personal y 2% de contribución patronal-, (ii) aportes de los trabajadores pasivos, que varían entre 6% y 3% de sus ingresos, según éstos superen o no el haber mínimo, y (iii) contribuciones del tesoro nacional. Durante los últimos meses del 2001 y principios de 2002, la recaudación del PAMI

cayó cerca de un 40%, acumulando un déficit total de US \$1,867 millones al 31 de mayo 2002. Este déficit representa más del 75% del total de su presupuesto operativo anual.

19. Sin embargo, como se puede observar en el Gráfico 4, el déficit financiero del PAMI es un problema crónico. Entre 1995 y el 2001, periodo previo a la crisis, el tesoro nacional incurrió en aportes “extraordinarios” al Instituto por cerca de US \$1,700 millones, sin lograr con ello alcanzar el equilibrio financiero de la entidad. Los esfuerzos por bajar el gasto realizados desde el año 2000 y los diversos intentos internos de reforma a su modelo operativo han probado ser insuficientes para eliminar el desequilibrio operativo.

Gráfico 4



Fuente: Banco Mundial 2002

20. El PAMI se ha financiado en gran medida a través de sus prestadores, mediante plazos en los acuerdos de pago y demoras en los mismos. De la deuda acumulada por el Instituto a fines de 2001, aproximadamente US \$806 millones corresponde a servicios prestados (incluyendo US \$150 millones con la red de farmacias). Tan solo durante el año pasado, el Instituto sumó deudas prestacionales por cerca de US \$515 millones.

21. Como consecuencia del incumplimiento en el pago a proveedores de insumos y servicios médicos, los servicios asistenciales (y farmacéuticos) para los beneficiarios del PAMI han sufrido cortes periódicos a lo largo del territorio nacional. La suspensión de servicios – o en otras ocasiones la dilatación en la atención que puede pasar desapercibida ante la debilidad de los mecanismos de control a prestadores y las frecuentes referencias de pacientes al subsector público o privado – termina operando como una variable de contención de costos, a expensas de la calidad de los servicios.

22. Medidas recientes tomadas por el Gobierno Nacional procuran mejorar la situación financiera del PAMI a corto plazo. La nueva Ley PAMI aprobada por el Congreso Nacional¹¹ (i) aumenta la

¹¹ Ley 25615 de julio del 2002

contribución de los empleadores del 1.5% al 2% y (ii) establece que la deuda acumulada al 30 de junio de 2002, por aproximadamente \$1,550 millones de pesos (no incluyendo la deuda judicial, pero sí la deuda no exigible), sea cancelada con aportes del Tesoro y con los eventuales superávit futuros del organismo. El pago de la deuda permitiría solucionar el problema de atraso en el pago a los prestadores mientras que el aumento en la contribución implicaría, en teoría, mayores ingresos¹². Sin embargo, es evidente que estas medidas no garantizan la eliminación sostenida del déficit recurrente dado que no solucionan los problemas estructurales que datan de tiempo atrás y limitan el desempeño del Instituto.

23. Las Obras Sociales Provinciales. Es de esperarse que la situación financiera y de prestación de servicios en la mayor parte de las obras sociales provinciales (OSPs) sea similar a la descrita para las OSNs, aun cuando existan algunas excepciones. Muchos de los efectos adversos que enfrenta el sector asegurador nacional se replican en el nivel provincial (por ejemplo, la presencia de subsidios cruzados, acumulación de deuda y débiles sistemas de control de gestión), sumados a un vacío en materia de regulación. Desafortunadamente, no se halla disponible información reciente consolidada sobre la situación de las 24 OSPs, responsables del aseguramiento de aproximadamente 5.5 millones de personas (15% de la población) y autónomas cada una de ellas. Hace falta profundizar en el análisis de la situación de las OSPs y establecer un mecanismo permanente para su monitoreo.

24. Subsector Público. Los hospitales públicos (en su mayoría provinciales y, en menor grado, municipales), que se estima deben cubrir a aproximadamente 15 millones de argentinos que no cuentan con un seguro de salud (40% de la población), enfrentan simultáneamente (i) un retraso en el flujo normal de fondos, que de mantenerse hasta fin del año resultará en una caída en su financiamiento, y (ii) el incremento en la demanda de servicios. La pobre situación fiscal de las provincias – agravada por dificultades en la transferencia de la coparticipación federal – explican lo primero. Sin embargo, existen variaciones entre provincias, ya que algunas de ellas han reforzado los presupuestos de sus hospitales. El deterioro en la efectividad y extensión del aseguramiento en salud y la reducción de la capacidad de gasto de bolsillo de la gente explican lo segundo: por ejemplo, entre octubre del 2001 y mayo del 2002, el porcentaje de la población que sólo tiene cobertura a través del hospital público subió del 36% al 43% - ver Gráfico 5.

25. Pero, al igual que en el subsector de la seguridad social, es necesario reconocer que existen de tiempo atrás vacíos en el funcionamiento del hospital público que agravan esta situación. Por ejemplo, los hospitales públicos en Argentina brindan una alta proporción de sus servicios a personas que tienen cobertura de obra social pero sólo recuperan marginalmente (en el mejor de los casos) el costo de estos servicios. Históricamente, se ha reconocido en el sector que una fracción significativa de la población que acude a los hospitales públicos cuenta con algún tipo de seguro de salud (la cifra oscila entre el 20% y el 40%). Según la reciente encuesta de crisis del Banco Mundial, de los jefes de hogar que reportaron que algún miembro del hogar se hizo atender en un hospital público entre octubre de 2001 y junio de 2002, el 16% tenía cobertura de

¹² Al igual que en el caso del incremento en los aportes al SNSS, se desconoce el impacto laboral que esta medida puede tener.

una obra social nacional o provincial, el 9% era afiliado al PAMI y el 2% tenía un seguro privado (mutual o prepaga), para un total del 27% (ver Tabla 3). Esta cifra está muy cerca de los hallazgos de la Encuesta de Desarrollo Social de 1997 que reportaba que del total de la población que consultó en establecimientos públicos, el 30% contaba con afiliación a una obra social o a un seguro privado.

Tabla 3: Cobertura de los que se hicieron atender en un Hospital Público entre Oct-01 y Jun-02

Sin Cobertura (Solo Hospital Público)	73%
Obras Sociales (Nacional o provincial)	16%
INSSJyP (PAMI)	9%
Privada	2%

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002

26. Sin embargo, la facturación y recupero de costos del hospital público contra estos terceros pagadores es mínima. El comportamiento histórico muestra que la facturación a terceros corresponde a menos del 5% del total del presupuesto de funcionamiento de la red hospitalaria provincial. Además, el 80% del total de la facturación presentada a nivel nacional corresponde a tan sólo 15 instituciones de entre aproximadamente 150 hospitales que hacen uso de este circuito de recobro. A su vez, estas 15 entidades que intentan algún grado de recuperación de costos representan poco más del 9% del total de los casi 1,600 hospitales inscriptos en el registro nacional de hospitales de autogestión del MSN.

27. Por otra parte, desde el año 2000, se observan dos tendencias que contribuyen a la baja recuperación de costos de los hospitales públicos (ver Tabla 4): (i) ha disminuido el monto total facturado por parte de los hospitales públicos a la seguridad social (contrario a lo esperado), y (ii) está aumentando el rechazo por parte de los agentes de seguro a las facturas presentadas por los hospitales públicos de gestión descentralizada. Para el primer semestre del 2002, sólo el 44% del monto facturado por parte de los hospitales públicos fue autorizado para su reembolso, comparado con el 86% en el año 2000, reflejando en gran medida la no aceptación de la facturación de los hospitales públicos por parte del PAMI. Reformas recientes hechas al nomenclador tarifario (nacional) – a la baja - agravarían este comportamiento, al menos en el corto plazo. Con ello, se mantiene un considerable subsidio cruzado que empeora la situación financiera de los hospitales públicos. Subsidio, además, que implica un doble pago en el sector y una transferencia adicional de recursos del presupuesto público hacia los agentes de seguro de salud.

Tabla 4: Facturación Hospitales Públicos al SNSS

(en miles de pesos)

Año	Año 2000	Año 2001	Primer Semestre 2002
Monto total facturado a Oss e INSSJyP	80.445	88.524	27.612
Total autorizado	69.398	42.240	12.039
% Autorizado / Facturado	86%	48%	44%

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, Gerencia de Control Prestacional,
Elaboración: BM sobre datos del Departamento Hospital Público de Gestión Descentralizada.
Base Informática. Agosto 2002

28. El des-financiamiento relativo del hospital público frente a una creciente demanda (junto a la mora en el flujo financiero de su presupuesto habitual y a deficiencias de gestión propias de la red pública) ha conducido en meses recientes a una crisis de insumos básicos. La falta de insumos (especialmente medicamentos y material quirúrgico) se ha vuelto evidente en muchos hospitales y ha causado la cancelación de cirugías programadas y el deterioro en la calidad de la atención. Sin embargo, la ausencia de información consolidada sobre financiamiento hospitalario, producción de servicios y costos unitarios dificultan soportar esta apreciación. Es claro que son muchos los casos anecdóticos de importantes hospitales que han tenido que suspender temporalmente cirugías programadas, o priorizar incluso entre aquellas agudas. Igualmente, se han dado casos de atrasos en el pago de los sueldos al personal o de solicitudes para que los usuarios contribuyan con insumos para su atención. Sin embargo, también se encuentran hospitales que reportan no haber sufrido carencia de insumos en medio de la crisis y que están operando bajo condiciones que consideran “normales”. Fortalecer el monitoreo del comportamiento hospitalario debe ser una prioridad para el sector salud argentino.

29. Podría pensarse que la situación en el primer nivel de atención debe ser, al menos, igual (si no peor), a la de los hospitales provinciales y municipales. Es previsible esperar que la presión del gasto en la alta complejidad y las sub-especialidades haya desviado recursos hacia las necesidades de los grandes hospitales, pero no existe información consolidada al respecto. Casos anecdóticos muestran dificultades en la prestación oportuna de acciones básicas de prevención de la enfermedad (por ejemplo, detección de toxoplasmosis y de sífilis durante el embarazo). Sin embargo, se hace necesario profundizar en el análisis de los efectos de la crisis sobre la eficiencia distributiva del sector público asistencial.

30. Al igual que los hospitales públicos, los programas de salud pública requieren fortalecer sus actividades ante la mayor demanda y el mayor riesgo epidemiológico. En este contexto, el MSP – conjuntamente con agencias multilaterales de cooperación – está tomando medidas para proteger el financiamiento y la ejecución de los programas prioritarios nacionales. Para el 2002, el crédito vigente del MSN para programas nacionales era de \$752 millones de pesos corrientes (al 12 de octubre de 2002), comparado con \$279 millones de pesos ejecutados en el 2001. Esto significa más que una duplicación en el financiamiento nacional para estos programas durante este último

año, en términos de su participación respectiva en el PIB nominal. Por ejemplo, en el caso del programa de atención a la madre y al niño, se ha dado un aumento de \$29.5 millones de pesos ejecutados en el 2001 a un crédito vigente de \$72.3 millones para el 2002.

31. El Subsector privado. El subsector privado de la salud se ha contraído debido a la crisis. En Argentina, previo a la crisis, el gasto privado representaba más del 40% del gasto total en el sector, incluyéndose como gasto privado también el gasto de bolsillo que realizan las personas independientemente de su cobertura. En 1997 se estimaba que el 13% de la población contaba con algún tipo de seguro privado de salud. Sin embargo, la actual crisis ha modificado esta situación al generar (i) un deterioro en los balances financieros de los aseguradores privados, (ii) un atraso en el pago de servicios a su red de prestadores, que se realiza ahora a más de 180 días (contra un patrón previo de pago inferior a 45 días), y (iii) una reducción en sus tasas de afiliación por deserción o migración de los usuarios (hacia planes más económicos o hacia otros subsectores). Entre octubre del 2001 y junio del 2002, según la encuesta de crisis del Banco Mundial, la proporción de la población cubierta por mutuales, prepagas y otros servicios de pago privado cayó en un 8%. De igual manera, el porcentaje de la población del país con doble cobertura de aseguramiento (obra social y seguro privado) se redujo, indicando un abandono de la cobertura privada adicional. Las cámaras de medicinas prepagas (Acami, Ademp y Cemic) reportan una caída en el número de afiliados del 12% para el primer semestre del año 2002.

32. Ruptura de la cadena de pagos. Como resultado de los muy altos niveles de endeudamiento que han acumulado los diferentes subsectores aseguradores para con los prestadores, y ambos con los proveedores de insumos médico-quirúrgicos (en especial, con la industria farmacéutica), se ha quebrado la cadena de pagos y de provisión de insumos y servicios. Se estima que al final del primer semestre del 2002, tan sólo el SNSS acumulaba una deuda del orden del \$3,000 millones de pesos con los prestadores y proveedores, en su mayoría privados (ver Tabla 6).

33. Los prestadores privados sufren las consecuencias de esta ruptura en los pagos. Sus deudas por cobrar superaban los US \$2,000 millones previa la caída de la convertibilidad, especialmente con el PAMI y las obras sociales nacionales, para quiénes son el principal oferente de servicios. Para la red de farmacias, esta suma se acercaba a los US \$600 millones sólo con entidades de la seguridad social; esto incluye US \$150 millones de deuda contraída por el PAMI. Se desconoce el consolidado actual de esta deuda.

Tabla 6: Estimación de las deudas acumuladas del SNSS

Primer semestre del 2002	Millones de Pesos
Obras Sociales Nacionales	973
INSSJyP (PAMI)	1867
Administración de Programas Especiales	168
TOTAL	3008

Fuente: SSS y Banco Mundial

34. Medicamentos e insumos. El atraso en la cadena de pagos, sumada a la incertidumbre frente al nuevo régimen cambiario, tiene implicaciones importantes para el abastecimiento de medicamentos e insumos. Además de las deudas por cobrar ya detalladas, los proveedores de medicamentos enfrentan dificultades en el momento de anticipar el valor de dólar a utilizar para la comercialización de los medicamentos. Por ello, no existen precios de referencia para muchos productos. Ante esta incertidumbre, algunas provincias reportan que muchos de sus proveedores han suspendido y/o cancelado sus compromisos de entrega, o han solicitado en algunos otros casos dar entregas sólo por tiempos de consumo restringidos, en plazos no mayores a un mes, con incrementos en los precios (cotizando al precio del dólar) y con pagos de contado o a plazos muy cortos.

35. De hecho, se observa un incremento importante en los costos de los medicamentos e insumos posterior a la devaluación. Este incremento afecta principalmente, pero no exclusivamente, a los medicamentos importados (o con principios activos importados). Un análisis de 250 medicamentos en abril de 2002 muestra que el precio cotizado en pesos era, en promedio, 170% mayor que el precio de referencia cotizado para el año 2001. En el caso de los insumos, se observa un fenómeno similar. Para el mismo periodo, un análisis muestra un incremento promedio de 200% en el precio cotizado de 100 insumos de enfermería¹³. Otro estudio¹⁴ reporta que en los tres primeros meses del 2002, para una muestra de 26 medicamentos de uso frecuente, se registró un aumento en los precios del 55% (que llegó a 130% en algunos casos). El mismo estudio resalta el hecho de que, si bien los principios activos con los que se elaboran dichos medicamentos son en su totalidad importados, la incidencia de los mismos en la formación de precios de los medicamentos es pequeña, con un peso promedio cercano al 6% de los costos totales. Esta situación explica varias acciones tomadas por el Gobierno Nacional encaminadas a mejorar el acceso a medicamentos (y referidas en la siguiente sección).

¹³ Subsecretaría de Salud de la Provincia de Neuquén.

¹⁴ Tobar, F. Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas. Boletín Fármacos. Vol. 6, Numero 4, Sep. 2002. www.boletinfarmacos.org/boletines.htm

IV. COBERTURA Y ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA SALUD

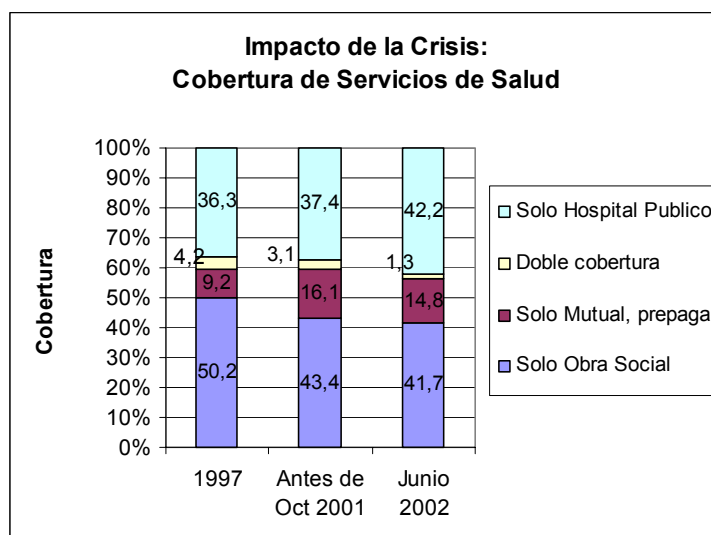
36. La crisis no sólo ha agudizado los problemas crónicos institucionales del sector salud argentino: también ha afectado la cobertura de seguros de salud de la población y su acceso a los servicios. Evidencia de una encuesta a nivel nacional, realizada por el Banco Mundial para identificar el impacto de la crisis en los hogares, muestra una disminución en (i) la cobertura de seguros de salud, (ii) el acceso a servicios de salud y medicamentos, y (iii) el uso de los servicios.¹⁵

37. La crisis ha reducido la extensión de la cobertura de aseguramiento en salud en Argentina, principalmente a nivel del SNSS y del sector privado. A junio de 2002, 12% de las personas entrevistadas reportaron haber perdido o cambiado su cobertura de salud en los últimos 8 meses. Como cambios principales se identifica la pérdida de un punto en la cobertura de obras sociales de cualquier naturaleza (de 43% a 42%) y de seguros privados (de 16% a 15%), y un aumento en las personas que reportaron tener cobertura sólo del hospital público (de 37% a 42%). La disminución en la cobertura de obras sociales se debe específicamente a una disminución en la cobertura de las obras sociales sindicales (de 17% a 15%), mientras que la cobertura de las obras sociales provinciales no cambió, quedándose alrededor de 15% y reflejando el mantenimiento del empleo público provincial. Entre tanto, la cobertura de PAMI subió ligeramente (de 6.8% a 7.1%). En el mismo periodo, disminuyó también la gente que reportaba tener doble cobertura (seguridad social y privada). El Gráfico 5 muestra estos cambios y, a nivel de comparación, una estimación de la cobertura nacional de los diferentes subsistemas para el año 1997, según la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida (realizada por el Siempro). Cabe notar que existen diferencias metodológicas importantes entre ambas fuentes de información.¹⁶

¹⁵ Esta encuesta cubre 2,800 hogares (más de 10,000 personas) en diferentes regiones tanto urbanas como rurales no dispersas del país. Se realizó entre junio y julio del 2002 e incluyó preguntas retrospectivas sobre cambios en los hábitos de consumo y uso de los servicios en los hogares, tomando como punto de referencia Octubre del 2001. Mientras algunas preguntas estaban dirigidas a todos los miembros del hogar, otras se restringían al jefe de hogar.

¹⁶ Las dos encuestas difieren en tamaño, precisión estadística, objetivos y tiempo de realización. La EDS de 1997 se realizó solamente en áreas urbanas, entrevistó a individuos (y no hogares) y preguntó por eventos en el mes anterior (en comparación con preguntas retrospectivas sobre un periodo de 8 meses).

Gráfico 5.



Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002 y CEDES 2002

38. Esta pérdida de aseguramiento formal en salud ha golpeado con mayor intensidad a los más pobres y representa mayor demanda potencial para el hospital público. Mientras 3.2% de los pobres¹⁷ perdían su cobertura de OSNs y de seguros privados, sólo 0.9% de los no pobres perdían estas coberturas. Esto se traduce en un aumento de la gente de menores recursos que reporta depender del hospital público: a junio de 2002, el 61% de los pobres reportaron tener cobertura sólo del hospital público, frente a 55% antes. Para los no pobres, por otro lado, el mayor cambio es la pérdida de doble cobertura: es decir, el tener que renunciar a un gasto adicional que les permitía tener un aseguramiento privado complementario (ver Tabla 7).

**Tabla 7: Cambios en Cobertura entre
Octubre 2001 y Junio 2002**
(En puntos porcentuales)

	No Pobre	Pobre
Solo Obra social sindical	-0,9	-3,2
Solo otras Obras Sociales (incl. PAMI)	0,7	-0,3
Solo Mutual, prepaga u otro servicio de pago	-0,6	-0,9
Doble cobertura	-2,3	-1,3
Solo Hospital Público	3,0	5,7

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002

¹⁷ Se calculó la tasa de pobreza en base a ingresos utilizando las líneas de pobreza regionales oficiales del INDEC.

39. La crisis también se refleja en mayores barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente para los más pobres. De los hogares entrevistados que necesitaron servicios de salud entre octubre del 2001 y junio del 2002, el 38% reporta que al menos un miembro de su hogar no pudo comprar medicamentos cuando los necesitó; 27% reporta no haber podido consultar al médico ante una necesidad sentida; y 33% reporta no haber podido hacerse los estudios indicados por el médico. Para el mismo periodo, aún más hogares reportaron no haber tenido acceso a atención odontológica o de salud mental (psicólogo o psiquiatra). Las dificultades de acceso son más agudas para el 20% de los hogares más pobres pero afectan a todos los niveles de ingreso, especialmente en el caso del acceso a medicamentos. Por ejemplo, en los hogares en el quintil 5 que necesitaron medicamentos, el 20% reporta no haber podido comprarlos (ver Tabla 8).

Tabla 8:¹⁸ Porcentaje de Acceso a Medicamentos, Consulta y Estudios

Sobre el total de Hogares que lo Necesitaron	Quintil					Total
	1	2	3	4	5	
No pudieron comprar los medicamentos que necesitaron	61	45	37	30	20	38
No pudieron hacerse atender por el médico las veces que lo necesitaron	39	34	27	22	13	27
No pudieron hacerse todos los estudios que le indicaron	52	43	29	26	16	33

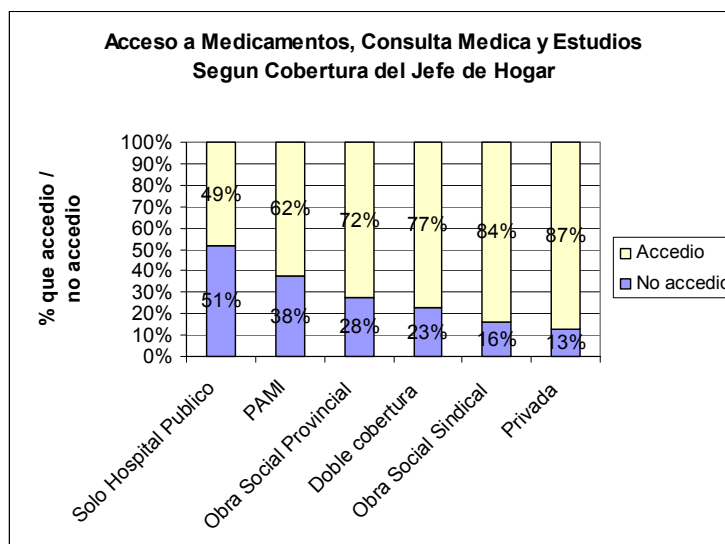
Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002

40. El acceso a medicamentos también se midió en la encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida realizada por Siempre en 1997. En esta encuesta se preguntó a los individuos en áreas urbanas quienes consultaron un médico por problemas de salud y recibieron una prescripción, si consiguieron los medicamentos. El 5% reportó no haber podido conseguirlos. Considerando las diferencias metodológicas entre las dos encuestas señaladas anteriormente, esta cifra es difícilmente comparable con el 38% de los hogares que necesitaron medicamentos entre octubre 2001 y junio 2002 que reportan que al menos un miembro de su hogar no pudo comprarlos. Sin embargo, ambas encuestas sugieren que el acceso a medicamentos es un tema crítico a investigar en mayor profundidad a futuro. De hecho, el Ministerio de Salud de la Nación respondió a la problemática de acceso a los medicamentos con una Ley de prescripción por genéricos, aprobada por el Congreso a finales de agosto 2002, y con un programa específico para garantizar la provisión de medicamentos esenciales en el primer nivel de atención de la red pública (Programa REMEDIAR). El impacto de esta Ley y del Programa sobre el acceso a medicamentos debe ser objeto de evaluación futura.

¹⁸ Al desagregar los resultados por quintiles, baja la precisión estadística porque los cálculos se realizan sobre un número menor de observaciones.

41. La efectividad de los seguros de salud parece también estar seriamente comprometida por la crisis actual. De los jefes de hogar que reportaron que un miembro de su hogar no pudo comprar medicamentos, hacerse atender por el médico o realizarse los estudios necesarios, el 41% tenía cobertura de obra social (incluyendo PAMI), 7% cobertura privada, 2% doble cobertura y el 50% restante dependía del hospital público¹⁹. Esto implica que aún con cobertura de un seguro social, el acceso a medicamentos, la consulta médica o la realización de estudios complementarios no están necesariamente garantizados. Cabe notar que de los jefes de hogar que tenían cobertura de obras sociales nacionales, el 16% reportó que al menos un miembro de su hogar no accedió a estos servicios; en el caso de tener cobertura de PAMI, el 38% no accedió; y con sólo cobertura de hospitales públicos, el 51% no accedió (ver Gráfico 6).

Gráfico 6



Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002

42. El principal motivo de no acceso a los servicios de salud es la falta de dinero para comprar los medicamentos, o para pagar los copagos o la consulta médica, seguido muy de lejos por la ausencia de cobertura de obra social. Analizando los motivos de no acceso por quintiles de ingreso, se puede observar que la falta de dinero (para comprar remedios, pagar copagos o trasladarse) es razón de no acceso en el 66% de los casos, y es el motivo más importante tanto para los quintiles de mayor ingreso como para los más pobres. La segunda razón de no acceso difiere entre quintiles: para los más pobres se debe a que ya no tienen cobertura de obra social, mientras que para los quintiles más ricos se debe a que la obra social ya no presta o cubre los servicios. Finalmente, dificultades propias de la gestión de los servicios (tiempos de espera, dificultades para conseguir turno, etc.) explican el 15% de las necesidades sentidas no satisfechas

¹⁹ Cabe notar que según la encuesta Siempro de 1997, de la gente que no consiguió los medicamentos prescritos un porcentaje comparativamente menor (el 31%) estaba afiliado a una Obra Social y el 60% tenía cobertura sólo del sector público.

y son un motivo de no acceso más importante en los quintiles más pobres que en los más ricos (ver Tabla 9).

Tabla 9: Motivos de no Acceso

Consulta Médica y Estudios (en porcentaje)	Quintiles					Total
	1	2	3	4	5	
No le alcanza la plata (para cuotas, consulta, remedios, trasladarse)	71	62	67	67	60	66
La OS ya no presta / cubre los servicios	6	16	22	29	27	18
No tiene mas Obra Social	28	18	15	8	4	17
Dificultades en el servicio (turno, espera)	18	18	15	9	7	15

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002

43. El gasto de bolsillo en salud también se ha visto afectado por las circunstancias actuales del país y las familias han variado su comportamiento para adaptarse a estas. En Argentina, la existencia de un alto grado de gasto de bolsillo ha sido una constante, no obstante su amplia cobertura a través de los subsistemas público y de seguridad social. En promedio, los hogares destinan 7% de su presupuesto a gastos en salud²⁰. La reducción en el ingreso promedio de los hogares causado por la crisis afectó el presupuesto total de los hogares y, por lo tanto, el dinero disponible para gastos en salud. Como consecuencia, desde octubre de 2001, los hogares reportan cambios en sus hábitos para hacer un mejor uso de su presupuesto. Específicamente, (i) el 38% de los hogares reporta hacer mayor uso de centros de salud públicos en vez de privados, (ii) el 38% reporta llevar a sus niños con menor frecuencia a los controles médicos preventivos, (iii) el 13% reporta haber cancelado seguros de salud, y (iv) el 5% de los hogares reporta que se atrasaron en el pago de seguros de salud, mientras el 8% piensa que tendrán que postergar estos pagos en el futuro. Las dos primeras medidas afectan a los hogares en todos los quintiles de ingreso, y también a los hogares en los cuales el jefe de hogar tiene cobertura de obra social (ver Tabla 10).

Tabla 10: Cobertura de salud de los Hogares que cambiaron de hábitos

Medidas tomadas por el Hogar	De los que adoptaron la medida			
	% sin cobertura explícita	% con cobertura OSN	% con cobertura OSP	% con cobertura PAMI
Lleva con menor frecuencia a control médico preventivo a niños y niñas (de los hogares con niños < 12 años)	56%	17%	16%	3%
Hace mayor uso de centros de atención públicos con mayor frecuencia que privados	67%	9%	11%	9%

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002

²⁰ Maceira 2002, en base a la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares realizada por INDEC.

IV. IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

44. El deterioro en las condiciones socio-económicas de gran parte de la población, sumado al riesgo de debilitamiento de programas esenciales de salud pública a cargo de los gobiernos nacional y provinciales, puede llegar a afectar negativamente la salud de la población. Aunque aún no existen datos estadísticos conclusivos al respecto, no se puede descartar que la crisis ocasione un aumento en morbi-mortalidad a través de su impacto negativo sobre determinantes próximos de la salud: acceso a los servicios, entorno social y ambiental, y estilos de vida. Especial preocupación revisten las áreas materno-infantil y de enfermedades emergentes y/o re-emergentes (por ejemplo, la tuberculosis, el dengue y el VIH/SIDA).

45. En el campo materno-infantil, la fuerte correlación entre patología reducible y niveles de pobreza, sumada a la falta de insumos básicos en el primer nivel de atención (medicamentos y ayudas diagnósticas), constituyen una razón de alarma. El sistema de información del Proyecto PROMIN muestra que entre julio de 2000 y septiembre de 2001 hubo un aparente descenso en la cobertura y calidad de servicios materno-infantiles para un conjunto de centros de salud situados en zonas urbanas con alto porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Los cambios detectados y que requieren corroboración futura incluyen:

- un descenso del 43% en la cobertura de atención a la mujer embarazada (del 57% al 32%);
- un descenso del 23% en la captación temprana de embarazadas (del 31% al 24%);
- el deterioro en la calidad de los controles prenatales, especialmente para mujeres de menores ingresos, como lo refleja la dificultad para realizar pruebas contra toxoplasma y/o sífilis en algunas localidades; y
- una caída de 20% en el porcentaje de niños que cuentan con un número adecuado de controles durante su primer año de vida (del 25% en enero 2001 al 20% en septiembre 2001).

46. La encuesta de crisis del Banco Mundial ratifica el sentido de este hallazgo y sugiere que esta tendencia continua en el año 2002: el 38% de los hogares con hijos menores de 12 años reportan que, desde octubre de 2001, llevan con menor frecuencia a sus hijos a los controles médicos preventivos. Aunque este cambio afecta a todos los quintiles (ver Tabla 11), su impacto es más severo en el quintil más pobre, donde el 57% de los hogares reportan una disminución en la frecuencia de controles preventivos de sus niños.

Tabla 11: Cambios en los Hábitos del Hogar (por quintil de ingresos)

	Quintiles					Total
	1	2	3	4	5	
% de los hogares con hijos menores a 12 años que reporta llevarlos con menor frecuencia al control médico preventivo	57	39	31	13	19	38

Fuente: Encuesta Banco Mundial 2002

47. En el caso del PAI, de acuerdo con información del MSN, al cierre del 2001 se llegó a adeudar la entrega de vacunas a las provincias equivalentes a un trimestre completo. Durante ese mismo año, e incluso durante el 2000, el suministro de los biológicos fue errático, pudiendo llegar a afectar la efectividad del Programa. Se estima que durante el 2001 un 30% de la población infantil no tuvo acceso a alguna de las vacunas del PAI. Una evaluación rápida hecha por el MSN en 8 provincias muestra que el número absoluto de dosis aplicadas cayó durante el 2001, con relación al 2000, en todas las distintas coberturas bajo programa. Por ello, el Ministerio anticipa que la cobertura efectiva ha caído en el agregado nacional. Por ejemplo, la cobertura nacional de la vacuna triple viral en niños menores de un año cayó de 91% en el 2000 a 89% en el 2001. A agosto del 2002, datos de la campaña nacional contra el sarampión muestran una cobertura de 64%, faltando aún mucho para llegar a niveles de cobertura que permitan evitar la circulación del virus.

48. Por otro lado, el sistema de vigilancia epidemiológica reporta un aumento en casos de algunas enfermedades endémicas. A agosto del 2002, comparado con el mismo periodo del año anterior, el SINAVE reportaba aumentos del:

- 32% en los casos notificados de SIDA (de 581 a 765 casos);
- 113% en los casos de Chagas vectorial agudo (de 3 a 7 casos) y de 24% en los casos de Chagas congénito agudo (de 63 a 78 casos); y
- 480% en el número de casos de Leishmaniasis (de 101 a 586).

49. El deterioro de las condiciones socio-económicas de la población permite anticipar que, de no haber intervenciones oportunas, el país experimentará también un aumento en enfermedades estacionales. Sin embargo, información del SINAVE a agosto de 2002 muestra que aún no se ha dado un incremento en los casos notificados de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias altas o meningitis. Pero, en este último caso, si bien no aumentó el número total de casos reportados comparado con el mismo periodo del 2001, sí se duplicó el porcentaje de los mismos de etiología “sin especificar”. Por otro lado, en el mismo periodo, se duplicaron los casos de triquinosis (con un brote en La Pampa) y subieron los casos de leptospirosis en un 17%; estos últimos ya se habían triplicado durante el 2001, incluyendo un brote en la periferia de la Ciudad de Buenos Aires.

50. Finalmente, existen evidencias de incremento de la violencia contra las personas y de los problemas de salud mental. Según la encuesta de crisis del Banco Mundial, un 20% de la población reportó haber sido víctima de crimen o violencia entre octubre 2001 y junio 2002. Además, se observan cambios en el estado mental y emocional de los individuos, con un mayor porcentaje de los hogares encuestados reportando sentirse desanimados o sin esperanza en el futuro, comparado con antes de octubre de 2001. Las enfermedades mentales ya han registrado una duplicación en las consultas de urgencia y los suicidios son una preocupación especial de la Sociedad de Pediatría por su aparente incremento entre adolescentes.²¹

²¹ Este contexto de mayor estrés predispone también para un aumento en la incidencia de patología cardiovascular.

V. CONCLUSIONES

51. La actual crisis política, económica y social que atraviesa la Argentina genera una fuerte presión sobre su sector salud. Esta presión se ve exacerbada por limitaciones estructurales que vienen de tiempo atrás, así como por condiciones pre-existentes de ineficiencia en aseguradores y prestadores. Todos los subsectores se ven afectados negativamente: la seguridad social (tanto nacional como provincial), el sector privado y los servicios públicos.

52. Los principales rasgos del impacto de la crisis en el sector salud son: el crecimiento en la demanda de servicios en la red asistencial pública; la agudización del desequilibrio financiero de sus distintas instituciones (en especial de los aseguradores del nivel nacional) con el consecuente crecimiento del nivel de endeudamiento; el deterioro de la cobertura y efectividad del aseguramiento en salud, y el incremento en las barreras de acceso a los servicios de salud. De darse, una afectación negativa de programas nacionales prioritarios en salud y el incremento en la morbi-mortalidad de la población agravarían este escenario.

53. La población de menores recursos parece ser la más afectada por el impacto de la crisis. En particular, son los argentinos más pobres quienes han perdido en mayor porcentaje su aseguramiento en salud, enfrentan mayores barreras de acceso a los servicios (en especial, a medicamentos), han tenido que postergar en mayor medida su demanda efectiva y están expuestos a un mayor riesgo de enfermar. Lo anterior resulta en una mayor demanda de servicios en los hospitales públicos, limitados de tiempo atrás en su capacidad de respuesta.

54. El impacto sobre la salud de las personas parece evidente, y se manifiesta hoy por la trascendencia de dolorosas anécdotas. Sin embargo, considerando los periodos de latencia previos a la manifestación de impactos, la multiplicidad de asociaciones causales, las dificultades de discriminación y de registro que implican, y el diseño de los sistemas de información de salud vigentes, es probable que no se pueda medir objetivamente este impacto hasta finales del primer trimestre del año 2003, cuando comience a consolidarse la información del año 2002.

55. El gobierno nacional y los gobiernos provinciales han tomado a lo largo del 2002 distintas acciones específicas para responder a la crisis en el sector salud. Se requiere un monitoreo cercano y exhaustivo sobre las distintas dimensiones del sector para verificar la suficiencia y propiedad de estas medidas ya tomadas, y para anticipar oportunamente aquellas otras que sea del caso tomar. Entre estas últimas, no deben pasar desapercibidas aquellas medidas que corrijan los problemas que de tiempo atrás arrastra el sector.