

Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Maestría

Autora: María Eugenia Isla Blum

INDICADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS SANITARIAS EN EL SUBSISTEMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL NACIONAL ARGENTINA

2008

Director de Tesis: Dr. Ginés González García

Citar como: Isla Blum, M. E. (2008). *Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el subsistema de la seguridad social nacional argentina*. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/501>



Agradecimientos:

*“Si deseas ser útil a la sociedad en que vives; a tu familia, desde el lugar que ocupes; si hijo, para honrar a tus padres y ser su alegría y compensar sus sinsabores; si esposo, para protección y felicidad de la compañera que te dio Dios; si padre, para ejemplo de tus hijos, **no abandones la senda del deber**. Tu honor, si lo conservas intacto, te permitirá ser un hombre respetable y al realizar tu camino por la senda del bien, podrás mirar con serenidad el porvenir. Tus actos, apoyados en el pasado honroso y en el presente lleno de consideración, no pueden proporcionarte sino satisfacciones en esta vida y el premio en la otra, que merecen los que supieron sacrificarse para aproximarse a Dios y merecer el premio máximo de estar siempre bajo su protección”.*

Dr. Juan M. Obarrio¹

En primer lugar quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi Director de Tesis el Dr. Ginés González García, quién me brindo la oportunidad de ingresar a este apasionante mundo y me contagió su pasión por la gestión sanitaria.

Al Dr. Rubén Torres quién me enseñó a conocer el Subsistema de la Seguridad Social Nacional.

Al Dr. Miguel Ángel Pomata por su colaboración y apoyo.

Por su orientación, atención a mis consultas sobre metodología de la investigación, y sus revisiones, mi agradecimiento a la Mag. Daniela Álvarez de la Universidad ISALUD.

A ATE (Asociación de Trabajadores del Estado), Junta Interna Superintendencia de Servicios de Salud, por su apoyo incansable a la profesionalización de los trabajadores del organismo, y en particular al Dr. Gustavo Cocciolo a quién debo sumar mi agradecimiento, por sus palabras de aliento en los momentos académicos difíciles.

¹ Es mi Bisabuelo Paterno, fue Ministro de Salud Nacional, en ese momento el cargo era de Director de Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires (desde el 7 de Diciembre de 1932 a 17 de Febrero de 1938), el Intendente Municipal de la Ciudad de Buenos Aires era el Dr. D. Mariano de Vedia y Mitre, y el presidente de la República el Gral. Agustín P. Justo. Nació en 1878. Se recibe de Médico y Doctor en Medicina en la Universidad de Buenos Aires. En la Tesis doctoral describió el camino de las “Localizaciones medulares” bajo la dirección de Cristofedo Jacob, en el Hospicio de las Mercedes. Además de neurólogo era un psiquiatra muy avezado, lo que lo llevó a la dirección del Instituto Frenopático en el año 1918 y a la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales que presidía el Dr. Cabred. Fue neurólogo y psiquiatra del Hospital de Niños, donde fue Jefe interinamente durante años. Fue Fundador del Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital Rivadavia. Fue Presidente de la Asociación Médica Argentina en el bienio 1932-1934, y de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, Codirector de la Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal; Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Entre sus trabajos más importantes figura el que realizó sobre los reflejos en el síndrome coreico (Reflejo de Morquio-Obarrio), el signo del tibial anterior, en sus dos formas en el piramidalismo; “El tratamiento del hemiabilismo” y “La enteroptosis como causa de la neuritis de los plexos lumbosacros” son algunos de sus textos más importantes. Socio Fundador del Club Náutico San Isidro, en 1910. Murió el 26 de mayo de 1958.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos, sueños, esperanzas y esfuerzos compartidos con otras personas cotidianamente, quiero agradecer a todos mis compañeros de la Superintendencia de Servicios de Salud, especialmente a los que integran la Gerencia de Control Prestacional, donde desarrollé mi actividad profesional; a Jorge Tasso un incondicional colaborador, por todo su apoyo, y su aporte valiosísimo para el diseño de las presentaciones.

Al cuerpo de profesores y empleados de la Universidad ISALUD, por muchas razones, aunque quiero destacar la importancia que ha tenido en este trabajo, el valiosísimo material bibliográfico en gestión sanitaria con el que cuenta su Biblioteca, y la paciencia de Julieta y Florencia sus bibliotecarias. También por las permanentes palabras de aliento de Carmen Tarela y Olimpia Sánchez López, Coordinadoras de la Maestría.

Gracias a mis padres por su incondicional apoyo, pero sobretodo por enseñarme a pensar en el “Bien Común”, a mis hijos Ignacio y María por alentarme siempre a que siga mis sueños, a mis tres hermanas y sus familias por formar también mi querida familia.

Gracias al Lic. Benjamín Percovich por su ayuda profesional para poder hacer realidad mis sueños.

Por último pero no por eso menos importante, gracias a todos mis queridísimos amigos por apoyarme, darme aliento, y compartir la certeza de que es posible *“una sociedad que nos contengan a todos”*, trabajando cada día para lograrlo.

A TODOS, muchas gracias.

Palabras Claves:

Subsistema de la Seguridad Social Nacional, Obras Sociales Nacionales, Agentes del Seguro Nacional de Salud, Superintendencia de Servicios de Salud, Programa Médico Obligatorio (PMO), Transparencia en la Administración Pública Nacional, Indicadores de desempeño de un Sistema de Salud, Acceso, Equidad, Calidad, Eficiencia, Sustentabilidad, Planificación Estratégica, Benchmarking, Determinantes Sociales de la Salud, Política Sanitaria Basada en la Evidencia, Justicia Social, Equidad Sanitaria.

Índice	
1. Introducción	9
2. Planteamiento del Problema	13
3. Objetivos	15
3.1 Objetivos Específicos	15
4. Metodología	16
4.1 Tipo de Estudio	16
4.2 Fuentes de Datos	16
5. Marco Conceptual	17
5.1 Administración Pública	17
5.2 Planificación Estratégica	28
5.3 Benchmarking	30
5.4 Política Sanitaria Basada en la Evidencia	30
5.5 El Modelo Médico Hegemónico	31
5.6 Indicadores de Medición de Desempeño de un Sistema de Salud	36
5.7 El problema antropológico: el cuerpo biológico y el cuerpo social	42
5.8 Justicia Social y Equidad Sanitaria	44
5.9 El proceso de empobrecimiento argentino. Desde una perspectiva social	48
6. Desarrollo	52
6.1 Análisis de la composición el Subsistema de la Seguridad Social Nacional y la naturaleza jurídica de los agentes que lo componen	52
6.2 Análisis de los indicadores que el marco normativo del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, exige a sus agentes	68
6.3 Identificación de los indicadores disponibles en la Superintendencia de Servicios de Salud, ente responsable de la regulación del Sistema de Seguridad Social, para la toma de decisiones	74
6.4 Comparación entre los indicadores teóricamente necesarios, los exigidos por la legislación vigente, y los disponibles	98
7. Conclusiones	107
8. Bibliografía	112

Tablas	
Tabla N ° 1 – Indicadores de Acceso	37
Tabla N ° 2 – Indicadores de Equidad	37
Tabla N ° 3 – Indicadores de Calidad	38
Tabla N ° 4 – Indicadores de Eficiencia	41
Tabla N ° 5 – Indicadores de Sustentabilidad	42
Tabla N° 6 - Cantidad de Obras Sociales y Beneficiarios del Régimen de las leyes 23660 y 23661; agrupadas por tipología institucional e incisos (Art. 1ª Ley 23660); años 2004 y 2009.	54
Tabla N ° 7 – Todos los Agentes del Subsistema de la Seguridad Social por Tipología y Grupo Etario en % - Marzo 2009	58
Tabla N ° 8 - Comparativo por año y Naturaleza Jurídica de todas las Obras Sociales	60
Tabla N ° 9 - Total de Beneficiarios del Sistema por año	60
Tabla N ° 10- Totales de titulares y familiares por provincia	61
Tabla N ° 11- Por tipo de beneficiario	62
Tabla N ° 12 - Matriz de Ajuste por Riesgo por Edad	65
Tabla N ° 13 - Obligaciones referidas a lo Prestacional	69
Tabla N ° 14 - Sistema Básico de Datos de la Seguridad Social	70
Tabla N ° 15 - Propuesta: Programa Médico Asistencial (PMA)	71
Tabla N ° 16 - Información Epidemiológica sobre las Prestaciones Farmacéuticas	71
Tabla N ° 17 - Obligaciones referidas a lo económico - financiero	72
Tabla N ° 18 - Presupuesto de Gastos y Recursos	73
Tabla N ° 19 – Indicadores del Tablero de Indicadores Generales – Disponibilidad de Información para la toma de decisiones de la Superintendencia de Servicios de Salud	83
Tabla N ° 20 – Comparativo por año y Naturaleza Jurídica de todas las Obras Sociales	85
Tabla N ° 21 –Total de Beneficiarios del Sistema por año	86
Tabla N ° 22 –Indicadores Epidemiológicos	87
Tabla N ° 23 - Cumplimiento de las presentaciones obligatorias ante la Gerencia de Control Prestacional	88
Tabla N ° 24 - Indicadores Financieros Desfavorables - Promedio primer Trimestre Año 2005	89
Tabla N ° 25 - Indicadores Financieros Desfavorables - Promedio primer Trimestre Año 2006	89
Tabla N° 26 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Acceso	93
Tabla N° 27 - Comparación entre los Indicadores de la Definición	94

Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Equidad	
Tabla Nº 28 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Calidad	95
Tabla Nº 29 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Eficiencia	96
Tabla Nº 30 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Sustentabilidad	97
Tabla Nº 31 - Comparación entre las Dimensiones que forman: la "Definición Conceptual (OPS), el "Marco Normativo" y los "Disponibles de Información" en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud	98

Gráficos	
Gráfico N º 1 - ¿Por qué falla la estrategia?	30
Gráfico N º 2 - Factores que determinan nuestra salud	46
Gráfico N º 3 - Factores que intervienen en la mortalidad según su peso relativo	47
Gráfico N º 4 - Factores en la mortalidad y en el gasto mundial	48
Gráfico N º 5 – Cantidad de Obras Sociales Régimen de las leyes 23660 y 23661; agrupadas por tipología institucional (Inciso y Nº RNOS) (Art. 1ª Ley 23660); años 2004 y 2009.	56
Gráfico N º 6 – Diferencia % del Total de Beneficiarios entre los años 2004 y 2009. Régimen de las leyes 23660 y 23661; agrupadas por tipología institucional. (Inciso y Nº RNOS) (Art. 1ª Ley 23660).	56
Gráfico N º 7 – % de Beneficiarios por Grupo Etario por Inciso (Art. 1º Ley 23660) - Año 2009	58
Gráfico Nº 8 - Beneficiarios totales, titulares y familiares por provincia	62
Gráfico Nº 9 - Por tipo de beneficiario	63
Gráfico N º 10 – Matriz de Ajuste por Riesgo por Edad	65
Gráfico N º 11 - Pantalla de Inicio del Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud	75
Gráfico N º 12 - Pantalla de los Indicadores del Padrón de Beneficiarios	75
Gráfico N º 13 - Pantalla de los Indicadores Globales del Sistema	76
Gráfico N º 14 - Pantalla de los Indicadores por Obra Social –	76

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Detalle por Obra Social	
Gráfico N ° 15 - Pantalla de los Indicadores de los Traspasos	77
Gráfico N ° 16 - Pantalla de los Indicadores de los Traspasos – Globales del Sistema	77
Gráfico N ° 17 - Pantalla de los Indicadores de los Traspasos – Detalle por Obra Social	78
Gráfico N ° 18 - Pantalla de los Indicadores de la Resolución 75	78
Gráfico N ° 19 - Pantalla de los Indicadores de la Estados Financieros	79
Gráfico N ° 20 - Pantalla de los Indicadores de la Estados Financieros - Indicadores	79
Gráfico N ° 21 - Pantalla de los Indicadores de la Resolución 331 y Otros Indicadores	80
Gráfico N ° 22 - Pantalla de los Indicadores de la Resolución 331	80
Gráfico N ° 23 - Pantalla de los Otros Indicadores	81
Gráfico N ° 24 - Registro Nacional de Prestadores Profesionales	81
Gráfico N ° 25 - Indicadores Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada	82

Anexo I – Listado completo de la canasta de prestaciones médico-asistenciales obligatorias mínimas, que deben brindar a sus beneficiarios los Agentes del Seguro, que forman el Sistema Nacional de la Seguridad Social Nacional Argentina.....Página 109

1. Introducción

El tema a desarrollar en el presente trabajo, se ubica en el campo de la gestión del Subsistema de Salud de la Seguridad Social Nacional (Leyes 23660 y 23661). Este universo comprende a una población de 18.000.00 de beneficiarios, distribuidos en 299 agentes del seguro.

Dependiente del Ministerio de Salud Nacional como organismo descentralizado, la Superintendencia de Servicios de Salud, es la responsable del control y fiscalización del Subsistema.

Los valores que caracterizan al Subsistema de la Seguridad Social Nacional son la Equidad, la Universalidad y la Solidaridad. Pertenecer al Subsistema significa hablar de derechos y obligaciones tanto para los 299 agentes del seguro como para sus 18.000.000 de beneficiarios. Los Beneficiarios tienen garantizado legalmente un amplísimo Catálogo de Prestaciones, llamado Programa Médico Obligatorio. Financiado a través de los aportes y contribuciones de los mismos trabajadores - beneficiarios, quienes se los ceden para su administración a los agentes del seguro. En el Desarrollo (punto 6) del presente trabajo se analiza la composición del Subsistema de la Seguridad Social Nacional y la naturaleza jurídica de los agentes que la componen; continuando con el análisis de las obligaciones prestacionales y económico – financieras que tienen los agentes del seguro, estos dos puntos son parte de los objetivos específicos de este trabajo. Como Anexo I se incorporó un listado completo de la canasta de prestaciones médico- asistenciales, con el fin de poder verificar la amplitud del Programa Médico Obligatorio (PMO). Todo este conjunto de normas, pretende ofrecer la posibilidad de analizar el marco normativo del Subsistema Nacional de la Seguridad Social Nacional, desde una dimensión sistémica.

González García (1997) dice: *“La consolidación de la democracia en los últimos años debe extenderse a todos los campos de nuestra sociedad. Ello reclama la participación de los ciudadanos, que en algún momento fueron o serán pacientes. Poner a la gente en el centro del debate y no sólo a la industria farmacéutica, a los médicos o al resto de los profesionales, es un desarrollo democrático. Es también una forma efectiva de mejorar la calidad del sistema de atención.*

La descentralización de los recursos y de las decisiones requiere información. Mientras las decisiones estén más cerca de la gente son más democráticas y más eficientes económica y políticamente”.

Para poder resolver cualquier cuestión primero se necesita información, que permita conocerla, dimensionarla, analizarla, para después trabajar en sus soluciones. Esto que parece tan “obvio” no lo es, no sucede al momento de generar políticas sanitarias que ofrezcan una

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

respuesta a los problemas de salud de nuestra sociedad. *“La Argentina, al igual que muchos otros países, carece de estudios empíricos que informen sobre la relación entre investigaciones sanitarias y decisiones de gestión de políticas de salud”* (Llovet, Ramos, Ortiz y Segura: 2008).

El cambio tecnológico y sociocultural producido en los últimos años ha generado factores de éxito no sólo ligados a la eficacia y disminución de los costos, sino también a aspectos como la satisfacción del cliente y la mejora continua de la calidad. La nueva gestión implica pasar del concepto de administrar (seguir instrucciones) al de gestionar (conseguir resultados sanitarios). Esto obliga a utilizar técnicas de control que verifiquen la consecución de los objetivos. La flexibilidad y el dinamismo de los ambientes complejos y cambiantes exige descentralizar en forma selectiva la toma de decisiones y por lo tanto controlar el cumplimiento de los objetivos requiere del desarrollo de indicadores que permitan un adecuado control de gestión, orientado a la gestión por resultados, buscando eficiencia en el uso de los recursos y un aumento de la equidad en la asignación de los mismos.

Las políticas sanitarias se enfrentan a la escasez de los recursos, dándose la paradoja de que la demanda se incrementa y tiende al infinito pero los recursos son finitos. Es necesario trabajar más en los procesos y en el desarrollo organizativo de las actividades y en la utilización de los recursos. Es necesario apuntar a un direccionamiento estratégico sólido y controlado el cual requiere de un conocimiento profundo del cambiante Subsistema de la Seguridad Social Nacional y de esquemas de autoevaluación que permitan a las áreas de dirección tener diagnósticos en tiempo real e integrales. Un indicador expresa cuantitativamente una relación que permite llamar “objetivamente” la atención sobre un problema o aspecto relevante del mismo; es una expresión simbólica del problema, útil para su procesamiento y comparación a través del tiempo y del espacio. Se pueden expresar como tasa, proporción o razón. Los indicadores deben ser precisos, relevantes, sensibles específicos, baratos, de fácil medición y sustentables en el tiempo.

Desde el momento en que el sistema de indicadores se transforma en un elemento de apoyo indiscutible en el proceso de toma de decisiones, estaremos hablando de un verdadero sistema de gestión. La medición es el primer paso para el control y mejora. Si algo no se puede medir, no puede ser entendido, si no se entiende, no se puede controlar, si no se puede controlar, no se puede mejorar. Lo importante es que todos se identifiquen y comprendan los objetivos estratégicos planteados y fundamentalmente, que la estrategia sea consensuada.

El problema que analiza este trabajo plantea que el Subsistema de la Seguridad Social Nacional no cuenta hoy, con todos los indicadores necesarios para tomar decisiones fundadas en su misión, visión y valores. En el desarrollo de esta tesis se describirá con que indicadores debería contar, cuales son obligatorios por la legislación vigente y con cuales cuenta realmente para tomar decisiones fundadas en su misión, visión y valores.

Para profundizar en el análisis, integran el Marco Conceptual:

- El modelo de gestión que propone la administración pública nacional, a la que

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

pertenece la Superintendencia de Servicios de Salud centrado en el ciudadano y en la implementación de reformas institucionales que mejoren la transparencia de su gestión.

- Herramientas de gestión como la administración estratégica, benchmarking y la generación de políticas sanitarias basadas en la evidencia.
- Una descripción del Modelo Médico Hegemónico imperante en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional, y de cómo la implantación hegemónica del modelo médico fue haciendo a la Medicina más dependiente, de los parámetros biológicos y más centrados en la curación-cuidado que en la prevención.
- Como marco teórico de referencia para realizar un análisis comparativo, tomando la información disponible y la normativa vigente, fue seleccionado un trabajo de investigación, basado en los indicadores necesarios para medir el desempeño de un sistema de salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que propone agrupar a los indicadores en cinco dimensiones de análisis: Acceso, Equidad, Calidad, Eficiencia y Sustentabilidad.
- Para poder ampliar el enfoque actual sobre la salud del Subsistema de la Seguridad Social Nacional centrado en el tratamiento de la enfermedad, y abordar una perspectiva que incorpore la Educación para la Salud, su Promoción y Prevención.

Fueron seleccionados los siguientes enfoques sobre la salud:

- El enfoque antropológico: el cuerpo biológico y el cuerpo social, seguramente es una perogrullada decir que el sentido del cuerpo y del yo cambia a través del tiempo y varía entre diferentes culturas. En la cultura capitalista moderna el cuerpo adquiere una fenomenología dualista, tanto de “cosa como de mi ser”, y de “cuerpo y alma”. Por supuesto, en una radiografía he podido ver la imagen de mis vértebras en una pantalla, pero yo me encontraba afuera, en medio del mundo.
- El enfoque desde los determinantes sociales de la salud, fue seleccionado el documento *“Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud” (OMS: 2008), Justicia Social – Equidad Sanitaria*. En todos los países del mundo cuanto más baja es su situación socioeconómica, peor es su estado de salud. La justicia social afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermarse y al riesgo de morir de forma prematura. La esperanza de vida y el estado de salud mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras ocurre lo contrario en otras. La esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros. Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Determinantes Sociales de la Salud.

- El enfoque desde una perspectiva social, sobre proceso de empobrecimiento argentino, por la crisis del año 2001, a través de un trabajo de investigación, que relata casos concretos de cómo repercute en los beneficiarios del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, la pérdida de empleo, y el cambio de Subsistema de Salud. Describe la forma en que transitan estos beneficiarios ese proceso.

Dentro del Desarrollo (punto 6) de este trabajo, se analizará (punto 6.1) la composición del Subsistema de la Seguridad Social Nacional y la naturaleza jurídica de los agentes que lo componen. En el punto 6.2, se analizarán los indicadores que el marco normativo del Sistema de la Seguridad Social Nacional, exige a sus agentes. En el punto 6.3, se identificarán los indicadores disponibles en la Superintendencia de Servicios de Salud, ente responsable de la regulación del Sistema de Seguridad Social Nacional, para la toma de decisiones. Y por último en el punto 6.4, se realizará un análisis comparativo entre los indicadores teóricamente necesarios, los exigidos por la legislación vigente, y los disponibles en la Superintendencia de Servicios de Salud.

La Metodología de Investigación utilizada es la de un trabajo descriptivo, que expone las características del Subsistema de la Seguridad Social Nacional y de los agentes que lo componen, con relevante bibliografía, legislación y datos de fuentes secundarias. Realizando una sistematización de la información disponible en toda la bibliografía citada, legislación vigente referida a la Seguridad Social Nacional, el Informe de la Auditoría General de la Nación sobre la Superintendencia de Servicios de Salud, y de los datos disponibles tanto en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud como de los datos disponibles en la consulta interna (intranet) y de la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Se apunta a consolidar información, procesando datos, y generando una base empírica que contribuya al análisis de las mejoras posibles y necesarias, para conseguir un desempeño del Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina, más eficaz, eficiente, equitativo y solidario, generando en consecuencia la mejora de la situación de salud de sus 18.000.000 de trabajadores – beneficiarios y sus familias.

2. Planteamiento del Problema

El Subsistema de la Seguridad Social Nacional no cuenta hoy, con todos los indicadores necesarios para tomar decisiones fundadas en su misión, visión y valores.

Desde esta perspectiva el organismo regulador del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, la Superintendencia de Servicios de Salud por el Decreto 1547/2007 Anexo I Objetivo 9, debe contar con un Plan Estratégico y planes operativos anuales. El único Plan Estratégico que se conoce es del año 1998 (Decreto 405/98), desde esa fecha doce años han pasado, tampoco se han realizado planes operativos anuales.

Krieger (2009) dice: *“El planteamiento estratégico es el proceso mediante el cual una organización define su futuro y los procedimientos necesarios para alcanzarlo. Esta construcción desde el presente trasciende a la planificación tradicional a largo plazo puesto que no extrapola, sino proyecta desde el presente el futuro. En un sentido amplio, el planeamiento estratégico puede ser entendido como el desarrollo de una visión para el futuro de la organización, que identifica el sentido de sus existencia, esto es, la misión de la organización, su propósito ligado a sus capacidades, y plantea cómo se logrará que la organización alcance ese futuro deseado. No es una ruptura traumática con el pasado, sino la evolución de planteamientos y acciones hacia el futuro, cuyo punto inicial es la revisión del comportamiento histórico de la misma, para encontrar los elementos que puedan servir de puente entre el pasado y el futuro”.*

Un Planeamiento Estratégico requiere:

- En principio de un cambio de pensamiento desde el Pensamiento Tradicional cerrado y centrado en el pasado, a un Pensamiento Estratégico abierto y enfocado en el futuro.
- Un Análisis de Escenarios que permita conocer los cambios surgidos, en la realidad con la que interactúa la organización (como máximo una vez al año).
- Establecer los Valores Comunes, significa fijar líneas fundamentales que guíen el accionar de la organización, inspiran la conducta de los integrantes de la organización.
- Una Visión Compartida: Es la imagen futura pretendida, sitúa al organismo en el mediano y largo plazo. Responde a la pregunta ¿cómo nos queremos ver allá?
- La Misión de una organización es lo que define su función principal, su “razón de ser”, justificando su existencia.
- Un análisis FODA: A partir del análisis de escenarios efectuado y en función de los Valores, la Visión y la Misión de la organización se buscan identificar las oportunidades y los desafíos actuales y futuros de la organización en la consecución de su Misión. Las Oportunidades son situaciones favorables que se presentan para el desarrollo de la misión de la organización. Los Desafíos son

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

amenazas y problemas que se presentan para el desarrollo de la misión de la organización. Pueden darse en tiempo presente o en un horizonte de tiempo de desarrollo del Planeamiento Estratégico. Para aprovechar cada oportunidad y hacer frente a cada desafío la organización debe tener una estrategia.

- Definir los Ejes Estratégicos de la organización, permitirá cumplir con la Misión, llegar a la Visión, respetando los Valores
- Plan de Implementación: El Plan Estratégico para su efectiva implementación debe traducirse en Planes Operativos anuales y formar parte de la programación y presupuestación de la organización con fuente en el Presupuesto. Definir metas e indicadores tanto de procesos como de resultados, que puedan medir si se cumple o existen desvíos entre lo que sucede y lo que se planifico.

Entonces, el organismo que debe regular y controlar el funcionamiento del Subsistema del Seguridad Social Nacional no cuenta con Planes Estratégicos u Operativos anuales, y los indicadores que le brindan información, para la toma de decisiones a la Superintendencia de Servicios de Salud, no han sido creados para verificar la eficiencia y eficacia del funcionamiento del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, desde una perspectiva sistémica y global que siga un destino planificado estratégicamente. Son indicadores surgidos aisladamente, a partir de la creación de una norma que tampoco está enmarcada en una Planificación Estratégica, sino de decisiones aisladas basadas en capacidades e intereses sectoriales, que difícilmente puedan responder a la Misión del Subsistema de la Seguridad Social Nacional que es brindar una respuesta organizada a los problemas de salud de “todos los Beneficiarios que lo componen”, respetando los valores que se acordaron de Equidad, Universalidad y Solidaridad, sin una Visión Compartida...sin saber cómo quieren ver el futuro.

El presente trabajo parte de aceptar para el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentino, la Misión, Visión y Valores comunes a otros Subsistemas de la Seguridad Social del mundo, para los cuales su Misión es dar una respuesta organizada a los problemas de salud de la población que asisten, su Visión mejorar el estado de salud de su población beneficiaria, y sus Valores, la forma de hacerlo es a través de la Equidad, Universalidad y Solidaridad.

Desde ese punto, este trabajo se focaliza en los indicadores y plantea como problema de investigación que “El Sistema de la Seguridad Social Nacional no cuenta hoy, con todos los indicadores necesarios para tomar decisiones fundadas en su misión, visión y valores”.

3. Objetivos

Analizar los indicadores disponibles, cuales exige la legislación vigente y que indicadores podrían incluirse, para mejorar los procesos de enfoque y gestión del Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina.

3.1 Objetivos Específicos

3.1.1 Analizar la composición el Subsistema de la Seguridad Social Nacional y la naturaleza jurídica de los agentes que lo componen.

3.1.2 Analizar los indicadores que el marco normativo del Sistema de la Seguridad Social Nacional, exige a sus agentes.

3.1.3 Identificar los indicadores disponibles en la Superintendencia de Servicios de Salud, ente responsable de la regulación del Sistema de Seguridad Social Nacional, para la toma de decisiones.

3.1.4 Comparar los indicadores teóricamente necesarios, los exigidos por la legislación vigente, y los disponibles en Superintendencia de Servicios de Salud.

4. Metodología

4.1 Tipo de Estudio

En una primera etapa se trata de un trabajo descriptivo, que expone las características del Subsistema de la Seguridad Social Nacional y de los agentes que lo componen, con relevante bibliografía, legislación y datos de fuentes secundarias.

Se realizó una sistematización de la información disponible en toda la bibliografía citada, legislación vigente referida a la Seguridad Social Nacional, el Informe de la Auditoría General de la Nación sobre la Superintendencia de Servicios de Salud, y de los datos disponibles tanto en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud como de los datos disponibles en la consulta interna (intranet) y de la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud.

De esta información quedó consolidado un compendio de datos, acerca del Subsistema de la Seguridad Social Nacional de la República Argentina.

En una segunda etapa se realizó un análisis comparativo, tomando la información disponible y la normativa vigente, comparándola con un modelo teórico, basado en los indicadores necesarios para medir el desempeño de un sistema de salud, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que propone agrupar a los indicadores en cinco dimensiones de análisis: Acceso, Equidad, Calidad, Eficiencia y Sustentabilidad.

4.2 Fuentes de datos

Las fuentes de datos son: la bibliografía citada, la legislación vigente referida a la Seguridad Social Nacional, el Informe de la Auditoría General de la Nación sobre la Superintendencia de Servicios de Salud, y datos de fuentes secundarias tomados del Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud, los datos disponibles en la consulta interna (intranet) y de la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud.

5. Marco Conceptual

5.1 Administración Pública

Si bien no hay una definición común sobre qué es la transparencia en la administración pública, la mayoría de las definiciones destacan que el incremento de un flujo de información accesible, precisa, entendible y oportuna es un factor fundamental para determinar el grado de transparencia en la gestión del Estado. En Argentina, es urgente la implementación de reformas institucionales que mejoren la transparencia en la gestión y asignación de los recursos públicos, y promuevan el empoderamiento de la sociedad civil para aumentar su participación en el diseño, implementación y control de las políticas públicas.

El diagnóstico general sobre las condiciones institucionales de transparencia en la Argentina es crítico. La Argentina fue calificada con 2,9 puntos en el índice de Percepción de la Corrupción 2005 de Transparencia Internacional, en el que “cero es un país” considerado como altamente corrupto y 10, altamente transparente. El Índice Latinoamericano de Transparencia Presupuestaria 2005 del Proyecto Internacional de Presupuesto también llamó la atención sobre el déficit de transparencia del proceso presupuestario obtuvieron en promedio un puntaje de 39 sobre 100. Según la encuesta del Barómetro Global de la Corrupción de Transparencia Internacional, la Argentina es el país con mayor proporción de gente que cree que la corrupción afecta de una manera “muy significativa” la vida política y comercial, así como la cultura y los valores de la sociedad. La transparencia en la gestión del Estado tiene el potencial de mejorar la asignación de recursos públicos, reduciendo las oportunidades para la corrupción y el clientelismo político. Desde este punto de vista, la transparencia puede generar un cambio positivo en la relación entre la sociedad y el Estado. Como sostiene Groisman (1991:16), “la reforma administrativa suele asociarse al concepto de modernización que es utilizado con cierta ligereza. Tiene una connotación positiva en cuanto está asociado a la idea de progreso, de adaptación a los fenómenos contemporáneos, de recepción de nuevas técnicas, adelantos y descubrimientos. Pero entraña la posibilidad de convertirse en una noción ambigua o encubridora, de amparar la moda o de sobrevalorar la función técnica frente a la política”.

El denominado “nuevo paradigma de la gestión pública” (NGP), o también referenciado como New Public Management (NPM), los conceptos y las técnicas provenientes de esta orientación, que ha tenido un carácter rector en las reformas estatales conocidas como de “segunda generación”. Ciertamente, el ideario de la Nueva Gestión Pública (NGP) se ha difundido enérgicamente a nivel mundial como eje central para el cambio y la modernización de las administraciones públicas, en países con tradiciones institucionales tan disímiles como Estados Unidos, Suecia, Gran Bretaña, Francia, Australia, incluyendo los de la propia región de América Latina, cuyo propósito era la configuración de un Estado mínimo, proponiendo tecnologías aplicables a todo tipo de organizaciones y caracterizadas por su “neutralidad

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

política” la cuestión de la modernización debe ser enfocada no sólo en términos de mejora de la eficiencia interna de las organizaciones estatales sino como la capacidad de éstas para generar condiciones que permitan el funcionamiento eficiente del sector privado y para salvaguardar la cohesión social (Prats i Catalá, 1998). Puede afirmarse que la reforma administrativa es un proceso político que -como tal- “genera oposición y resistencia, implicando a veces profundos cambios en la correlación de fuerzas políticas y en la asignación de valores dentro de una sociedad” dependiendo la resistencia encontrada de “la magnitud de los cambios que se intenten, por cuanto los mismos modifican posiciones de poder y redistribuyen recursos entre sectores, unidades, funciones o programas” (Oszlak, 1981: 6). La década de los 90, momento de creación de la Superintendencia de Servicios de Salud, se caracterizó por seguir los lineamientos básicos producidos por los organismos financieros internacionales que una vez transcurrido proceso de reestructuración tendiente a minimizar el rol del Estado en diferentes esferas de la actividad económica y social, impulsaron una políticas derivadas del “Consenso de Washington”, haciendo énfasis en la “ampliación de la capacidad institucional” y en la eficacia de la acción estatal para el “buen funcionamiento de los mercados” (Banco Mundial, 1997). En esta línea, el Informe del Banco Mundial de 1997 pone a consideración un conjunto de medidas que, en el terreno estrictamente administrativo, apelan al fomento de una mayor competencia (por ejemplo, a través de un sistema de contratación basado en los méritos), a la apertura de las “principales instituciones gubernamentales” (a fin de romper el monopolio estatal), a la descentralización y a la instrumentación de prácticas de participación ciudadana (por ejemplo, encuestas de clientes, cartas de derechos beneficiarios, etc.) (Banco Mundial: 1997). Acorde con estos principios, las reformas encaradas por los países han puesto el acento en “organizar el gobierno en grupos de agencias y departamentos (...); en la adopción de tomas de decisiones estratégicas y orientadas a la obtención de resultados, utilizar objetivos de output, indicadores de rendimiento, pagos en relación con los resultados y medidas de mejora de la calidad; en recortar los gastos (...); en una mayor flexibilidad; en una mejora de la eficiencia en la prestación de servicios públicos; en la promoción de la competencia en el ámbito y entre organizaciones del sector público” (Suleiman, 2000: 4). Transcurridas las reformas estructurales -o conocidas como de “primera generación” (privatización, desregulación, descentralización, etc.)-, los procesos de “modernización” de la gestión pública buscan introducir nuevas lógicas en la forma de actuación de las instituciones gubernamentales, promoviendo la gestión por resultados, enfatizando un carácter más gerencial que procedimental, ubicando a los usuarios como centro de las preocupaciones de gestión y transparentando los actos públicos para mejorar los niveles de confianza de la ciudadanía sobre lo público. La puesta en marcha de estas iniciativas garantizaría una asignación y utilización de los recursos públicos bajo un estricto criterio que incorpora eficiencia, eficacia y calidad. Partiendo de estos preceptos, es posible sintetizar los objetivos centrales que persiguen las iniciativas de reformas en el ámbito de la gestión pública en los

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

siguientes términos:

- Mejorar la asignación y utilización de recursos públicos administrados por las instituciones del Estado, intentando hacer un uso eficiente del gasto público a través del establecimiento de objetivos y del cumplimiento de metas asociadas a la asignación del presupuesto, con la correspondiente utilización de mecanismos de control y evaluación que permitan corregir distorsiones, priorizar alternativas de gasto, etc.
- Mejorar la calidad de servicio y atención al usuario en la perspectiva de perfeccionar la relación entre el Estado y los beneficiarios, aplicando medidas dirigidas a conocer e identificar a los usuarios y sus necesidades, a definir estándares de desempeño y a comprometer resultados públicos, así como generar sistemas de reclamos y articular instancias defensoras de los derechos de los beneficiarios/usuarios. (Programa Carta Compromiso con el Ciudadano).
- Hacer más transparentes los actos gubernamentales a partir del perfeccionamiento de los mecanismos de control y evaluación de las instituciones públicas. Entre estas iniciativas se destacan los sistemas de monitoreo y evaluación de la gestión gubernamental, los códigos de ética y normas de probidad, etc.

De este modo, la nueva “generación” de reformas prioriza una serie de transformaciones “hacia adentro” del Estado (Oszlak, 1999b) que, en la literatura especializada, han quedado asociadas bajo el paradigma conocido como la “Nueva Gestión Pública” (en inglés, *New Public Management*). Apoyado fundamentalmente en la aplicación de las tecnologías de gestión privada en el ámbito de las organizaciones públicas, el *New Public Management* ganó legitimidad como fuente de propuestas para mejorar el desempeño del sector público, encontrando sustento en la experiencia “exitosa” acumulada en el sector privado durante las últimas décadas. Sobre esta suposición existe hoy, en el seno de los analistas y estudiosos del tema, una serie de divergencias, que aluden al potencial de dichas tecnologías para contribuir a fortalecer la labor del Estado, planteándose –entonces- la necesidad de circunscribir su utilidad. En este sentido, *“la limitación fundamental del paradigma institucional del management, tal como se ha construido en el sector privado e importado al sector público, es su pertenencia a una lógica de racionalidad económica individual y egoísta, concebida para ordenar el comportamiento de una organización independiente. Trasladar esa lógica al sector público presenta claras insuficiencias, ante la necesidad de observar valores colectivos y atender la exigencia de colaboración interinstitucional, imprescindible en la gestión de numerosas políticas públicas”* (Echebarría y Mendoza, 1999: 40-41). Por otra parte, la experiencia internacional señala que -en la mayoría de los casos- la incorporación de las técnicas del *management* no fue acompañada con la recreación de mecanismos que hubieran

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

favorecido el desarrollo de una nueva “cultura de la responsabilidad”, capaz de reordenar la interrelación entre funciones políticas y administrativas, en lugar de sustituir la supervisión de burócratas y políticos por el control a través de principios de mercado. Desde esta óptica, se rescata el *componente político* que, necesariamente, lleva implícita toda reforma de la administración, no sólo en términos de su legitimación, sino como precepto clave para definir el rumbo de los cambios. Particularizando ya en el caso de América Latina, cabe preguntarse, además, acerca de la posibilidad real y la conveniencia de introducir una lógica “gerencial”, dando por supuesto que dicho modelo superará al tradicional weberiano, en países donde la mayoría de sus administraciones públicas se caracterizan por la supervivencia de sistemas clientelares y/o patrimonialistas de profundo arraigo. Para algunos especialistas, se acepta cada vez más el hecho de que uno de los orígenes del mal funcionamiento del sector público es precisamente la falta de formalidad y respeto a las normas que impera en la cultura administrativa de la región (Burky y Perry, 1998; Evans, 1992; Shepherd, 1999). Concretamente, se apunta que la mayoría de las técnicas de gestión sugeridas *“favorecen la ampliación de la discrecionalidad de los altos funcionarios, aunque de esta forma los organismos que ellos conducen ganan en flexibilidad y eficiencia. Sin embargo, es muy factible que en algunos casos ocurra la violación de la tenue barrera que separa la discrecionalidad de la arbitrariedad, el abuso de poder y la corrupción”* (Joaquín y Losada, 1999:4). Si pensamos que el marco normativo que nos regula, es un fruto del consenso social el Estado debería ser quién deba velar por su cumplimiento, y no las leyes del mercado. Las leyes del mercado no distribuyen riqueza, no protegen a los menos favorecidos, desde esta mirada creo que los recursos humanos de la Administración Pública, en algunos países llamado Servicio Civil debe administrar de forma transparente, de forma que la ciudadanía pueda conocer la asignación de los recursos que le confía para gestionar al Servicio Civil. Si van a utilizarse algunas herramientas del sector privado para gestionar en la Administración Pública, estas herramientas deben adecuarse a la misión del Estado.

En principio, y siguiendo a Echebarría y Mendoza (1999), destacamos cuatro aspectos que, por su carácter estructural, le imprimen rasgos distintivos al contexto en el que tienen lugar los procesos de gestión pública y que, como tal, difieren de la lógica impuesta por el mercado a las compañías privadas.

- *La sustitución del mercado por el proceso político como mecanismo de asignación de recursos.* La provisión de bienes públicos se realiza a través de las acciones del gobierno y no por el mercado. El proceso político, como mecanismo de asignación de recursos, se caracteriza básicamente por dos elementos:
- su preocupación por los aspectos redistributivos y de equidad, aspectos no contemplados por el mercado y

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

- el condicionamiento impuesto por su pluralismo, la fragmentación de la autoridad, y el hecho de que el disenso sobre los objetivos y el conflicto es legítimo.
- *Las administraciones públicas en su calidad de poderes públicos.* Se le reconoce al Estado su carácter instrumental y de expresión del conjunto de instituciones y organizaciones construidas por la misma sociedad para cumplir objetivos que persiguen el bien común. Muchos de estos objetivos no le son propios como organización, en la medida en que éstos constituyen necesidades públicas definidas por la Constitución, las leyes y el proceso político.
- *Los procesos de creación de valor en el sector público.* Existen diversas y variadas formas a través de las cuales el sector público crea valor. Esto es, a través de transacciones individuales con los beneficiarios (garantizando sus derechos, prestándoles servicios o directamente transferencias monetarias), o por medio de aquellos programas públicos cuyos beneficiarios no necesariamente son sus usuarios directos. Asimismo, las regulaciones estatales son fuentes generadoras de valor, de naturaleza tal, que no presentan analogías en el sector privado. Por otro lado, la creación de valor en el sector público se encuentra fuertemente condicionada por las percepciones sociales en torno a la manera en que el proceso político-administrativo responde a las distintas demandas. Así, los aspectos de transparencia, equidad, no discriminación, legalidad y receptividad forman parte integral de dicho valor.
- *La dificultad de medir el valor creado por la acción de las administraciones públicas.* Se plantea aquí la ausencia de precios para los bienes públicos (que no pasan por el mercado), lo que impide, por ejemplo, cuantificar los beneficios creados en términos de ingresos, o bien poder reflejar desde los presupuestos públicos sólo una parte de los costos implicados en algunos programas, como es el caso de los regulatorios. Un segundo factor que dificulta la medición del valor reside en las superposiciones que suelen ocurrir entre aquello que un determinado programa produce materialmente (outputs) y los resultados (outcomes) o impactos que realmente ha tenido la acción administrativa.

En otras concepciones, que observan la especificidad de la gestión pública desde una perspectiva sistémica, la distinción entre lo público y lo privado debe formularse en términos analíticos, trabajando la dicotomía entre “macrogestión” y “microgestión”. Bajo este marco, la gestión pública queda asimilada con el plano de la macrogestión, en tanto se ocupa del comportamiento de todo un sistema, es decir, de la dirección de grupos enteros de organizaciones y redes interinstitucionales que conforman el sistema de gobierno público en su conjunto. A diferencia, la gestión privada –situada en el plano de la microgestión- se centraría en el comportamiento de las partes, o dicho en otros términos, abordaría la dirección de cada

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

una de esas organizaciones que forman el sistema o la red (Metcalf, 1999). Entender a la gestión pública como “macroproceso” implica reconocer que una transformación tan significativa como la que acarrea la reforma del Estado activa procesos estratégicos y políticos de gestión en el seno de las redes de entidades y agencias estatales. Sus programas requieren de una cooperación intensa y prolongada entre muchas organizaciones, que presentan simultáneamente intereses diferentes y acaso opuestos. En consecuencia, *“el núcleo de los problemas de la gestión pública se ubica en el plano interinstitucional”* (Metcalf, 1999), lo que supone plantear soluciones alternativas a las pensadas para una sola unidad, *“si la gestión en general consiste en saber hacer algo por intermedio de otras personas, la gestión pública consiste en saber hacer algo por intermedio de otras organizaciones. (...) La coordinación entre organizaciones que son formalmente autónomas pero funcionalmente interdependientes es una de las claves para conseguir la eficacia en la gestión pública”* (Metcalf y Richards, 1987: 71)

Otra síntesis ilustrativa de este debate nos la brinda Gunn (1987), que identificó al menos cinco puntos de vista en torno al problema de la sustantividad de la gestión en la administración pública y su comparación con la gestión en el sector privado:

- La administración pública actúa en condiciones singulares, en consecuencia, difiere de la realidad del sector privado. Por ejemplo, la delimitación legal de los campos de actividad, el monopolio de ciertas sanciones y poderes coercitivos.
- Las técnicas de la gestión privada son útiles en el sector público sólo para casos puntuales y de escasa importancia. Entre ambas, sólo pueden encontrarse aparentes coincidencias funcionales.
- La gestión pública puede beneficiarse de las enseñanzas de la gestión empresarial, no obstante, deberá desarrollar un paradigma integrador del *management* público, incorporando sus propios conceptos y categorías.
- Pueden observarse convergencias importantes entre la gestión pública y la privada. Hay que verlas como diferentes configuraciones organizativas en las que se mezclan los aspectos públicos y privados. La eficiencia de la gestión privada es superior. Sus métodos, instrumentos y prácticas deberían trasladarse de la forma más amplia posible al sector público.

Una herramienta importante en el proceso de evaluación, útil para el diálogo posterior y que se utiliza para facilitar la síntesis, es el indicador.

En términos generales, los indicadores brindan información acerca de la gestión de cada una de las áreas o dependencias de una organización. Esta información, a su vez, permite evaluar la gestión global de dicha organización. Un indicador es un valor (cuantitativo o cualitativo) que al compararlo con objetivos premeditados permite detectar en forma simple y gráfica, el resultado de la gestión en distintos aspectos de una actividad u organización. En otras palabras, un indicador permite entregar información del nivel de cumplimiento de un objetivo de gestión previamente establecido. Así, los indicadores serían la manera en que

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

“vemos” lo que está pasando (Castro, 2003). Un indicador expresa, de manera simplificada, una situación dada en el marco de un sistema mayor y generalmente complejo. Dentro de una institución, representan un complejo de actividades y relaciones presentadas de una manera mensurable o recopilable (Castro, 2003). Teniendo un valor descriptivo y explicativo, su función es reflejar el grado de avance alcanzado, permitiendo en consecuencia detectar los desvíos más rápidamente y tomar medidas correctivas en forma más eficaz (Mokate, 2003). Sin embargo, se ha advertido que, aunque los indicadores muestren la existencia de una situación, no dicen mucho acerca de las causas que la originan (Smorenberg, 2004: 21). No obstante, claro está, la información provista puede conducir a una investigación más precisa sobre las razones de la situación dada.

Desde esta perspectiva, la construcción de indicadores se convierte en un elemento de relevancia dentro de las instituciones, ya que contribuyen a desarrollar una cultura organizacional orientada a los resultados, proporcionar una visión sintética de la evolución de la gestión institucional y orientar las decisiones institucionales al respecto. En una lista más detallada, Castro (2003: 2), se transcribe textual, considera que los indicadores permiten:

- *“Realizar el análisis de la eficiencia y eficacia de la gestión institucional, propiciando una mejor toma de decisiones y la corrección oportuna de las desviaciones que tengan la potencialidad de incidir negativamente en el logro de los objetivos.*
- *Complementar los análisis resultantes de la medición de la producción y la correspondiente utilización de los recursos reales y financieros que surgen de la programación y ejecución presupuestaria.*
- *Contribuir a la simplificación de las tareas de formulación presupuestaria, ya que al contener relaciones cuantitativas entre variables de programación, permiten que al fijar o estimar el valor de una variable se determine directamente el valor de la otra variable con la que se relaciona.*
- *Permiten evaluar de manera objetiva los cambios o variaciones buscados en una política, programa, proyecto o acción específica.*
- *Permiten determinar el alcance de los objetivos en gestión o en impacto”.*

Dadas sus posibilidades y su carácter instrumental, los indicadores pueden emplearse de diferentes maneras y con distintos propósitos. Por ello, Mendoza (2000) considera de utilidad plantearse la siguiente cuestión: *¿indicadores para qué?* En tal sentido, durante las últimas décadas dentro de la literatura especializada han surgido diversos enfoques sobre el rol de los indicadores en la mejora de la eficiencia de las organizaciones públicas. Dichos enfoques pueden clasificarse en tres grandes grupos, según prioricen:

- *“ la mejora del proceso de asignación de recursos entre actividades alternativas,*
- *la mejora de la gestión y de la eficiencia, una vez que los recursos han sido asignados a una actividad, y*

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

- el aprendizaje colectivo de los distintos actores implicados en la formulación e implementación de una política o programa público” (Mendoza, 2000: 286-287).

En cuanto al primer grupo, que pone el acento en la necesidad de mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos, su interés ha crecido especialmente en dos momentos: primeramente, en la década del 70 con la implantación en los Estados Unidos de lo que se conoce como “Presupuesto por Programas”, y, años más tarde, en el marco del ajuste económico de los años 80 (Mendoza, 2000: 287). El enfoque de “Presupuesto por Programas” se liga principalmente al momento de la decisión, o sea, de la elección entre diversas políticas o programas de actuación. Por lo tanto, se trata de una perspectiva *ex – ante*, preocupada por la eficiencia asignativa del proceso presupuestario en la designación de los recursos entre los diferentes programas, y que se orienta por la racionalidad y el cálculo económico del tipo coste/beneficio y coste/eficacia. De esta manera, los indicadores asumen una marcada “vocación finalista”, al relacionar los niveles de *output* producidos por los distintos programas con las necesidades sociales a las que se pretende dar una respuesta (Mendoza, 2000: 287). Por otro lado, los indicadores de este primer grupo recibieron un fuerte impulso cuando la mayoría de los gobiernos, sumidos en una situación de crisis económica, resolvieron adoptar políticas macroeconómicas de ajuste. En un contexto donde el presupuesto asume un carácter restrictivo debido a la escasez de recursos, surgen fuertes presiones para mejorar la eficiencia en el uso de los mismos. La elaboración de indicadores aparece aquí íntimamente relacionada con el proceso de racionamiento de los recursos y el presupuesto, al apreciar mejor el valor de las diferentes opciones de gasto. En contraposición a los indicadores propiciados por el “Presupuesto por Programas”, los que tienen un carácter más estratégico ligado a las necesidades sociales a cubrir, los segundos ponen mayor énfasis en los costos políticos y presupuestarios (Mendoza, 2000: 288).

Una segunda visión sobre los indicadores agrupa aquellas perspectivas que ponen el foco en la revalorización del *management* en la cultura administrativa tradicional. Los indicadores aparecen aquí como elementos integrantes del sistema de información para la gestión, de modo tal que proporcionan a los gestores el *feedback* imprescindible para poder realizar su tarea con efectividad, al posibilitar el seguimiento y el autocontrol de la propia actuación. Además de su papel como elemento de control para los responsables políticos y de autocontrol de los gerentes públicos, los indicadores asumen un papel importante en el diálogo entre ambos sobre las políticas y los programas en ejecución, los resultados que se obtienen y la posibilidad de mejorarlos (Mendoza, 2000: 290-91).

Por último, existe un tercer grupo que señala que los indicadores constituyen un elemento de apoyo a la evaluación de políticas y programas públicos. La evaluación de políticas públicas hace referencia no a los efectos estimados que una política podría producir (“dimensión prospectiva”), sino por el contrario, a los efectos reales producidos por una determinada política (“dimensión retrospectiva”). El eje principal estará puesto en este caso en

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

evaluar cuál ha sido el “impacto real” de las diferentes políticas y programas. A tal fin, se distingue entre los “productos” (*outputs*), aquello que la política, el programa o el organismo se esfuerza en producir para alcanzar sus objetivos, y los “resultados” (*outcomes*) que realmente ha tenido la actuación administrativa, expresados tanto en términos del grado de consecución de los objetivos planteados como de los efectos secundarios o no previstos generados por su implementación. Dadas sus características, los indicadores intentarán brindar información acerca de la relación entre el accionar de un organismo y los cambios o transformaciones producidos en su entorno ocasionados por dicha actuación (Mendoza, 2000: 291-92).

Los tres enfoques presentados ponen en evidencia que, según sus intenciones, la propia naturaleza de los indicadores tendrá diferencias. En efecto, la denominación cambia de acuerdo a dónde se ponga el énfasis: “indicadores sociales” en el Presupuesto por Programas, “indicadores de gestión” cuando se procura la mejora de la eficiencia organizativa, e “indicadores de impacto” en la evaluación de políticas. Sin embargo, cabe advertir que nada impide que un mismo indicador pueda “ser útil tanto para planificar como para realizar el seguimiento de la gestión o para evaluar la actuación de una unidad organizativa o una política” (Mendoza, 200: 293).

El Plan de Modernización de la Administración Pública Nacional

El Plan propugna como objetivos centrales el establecimiento de modelos de gestión orientados a la producción de resultados; el fortalecimiento de las funciones actuales del Estado, además del aumento de la capacidad de regulación estatal, la optimización de los organismos de recaudación y el diálogo y participación con la sociedad. A tal efecto, desarrolla tres “Ejes de Acción”: I) Cambio en el modelo de Gestión; II) Proyectos de modernización estructural y III) Transparencia y política anticorrupción.

- Para el Cambio en el modelo de gestión define dos líneas de abordaje:
 - a) Transformaciones Institucionales, cuyos cambios están orientados a incrementar la productividad y mejorar la calidad de los servicios prestados por el Sector Público, involucrando por igual a los empleados públicos y a los beneficiarios. En esta línea se inscriben los siguientes Programas:
 - Carta Compromiso con el Ciudadano (Decreto 229/00): Los ciudadanos tienen derecho a ser escuchados e informados en lenguaje simple y a recibir respuesta y/o compensación cuando presentan una queja o reclamo. El Programa Carta Compromiso con el Ciudadano define un marco para la relación entre los organismos públicos y los ciudadanos. Al hacer explícitos los derechos que asisten a los beneficiarios y publicar estándares que permitan medir y controlar las prestaciones de cada organismo, la alta gerencia pública asume un compromiso de cumplimiento del servicio en términos

explícitos. A través del Programa se debe lograr una mayor receptividad y mejor respuesta del Estado a las necesidades y prioridades de los beneficiarios en la prestación de los servicios a su cargo, estableciendo los principios y criterios generales que establezcan la mejora de la calidad de los mismos, de acuerdo a los derechos que gozan los ciudadanos frente a la Administración Pública Nacional.

- **Gestión por Resultados:** Es necesario que el administrador público sepa y haga saber qué se espera de su gestión, cómo va a alcanzar los objetivos propuestos y cuáles serán los beneficios o las penalizaciones que acompañarán su desempeño. Además, es imprescindible revitalizar los mecanismos de control de gestión y de petición y rendición de cuentas, a fin de implantar un modelo de gestión que permita una administración centrada en los resultados e impactos, de modo de responder a las cambiantes demandas e inquietudes de la sociedad. Para transformar la actual estructura burocrática pública en un conjunto de organismos eficientes, eficaces y transparentes es necesario reformular el modelo de gestión predominante impulsando el modelo de gestión por resultados, que actúa sobre la gerencia de los organismos y sobre su relación con la alta dirección. Para lograr ese objetivo, se propone la utilización de herramientas tales como el planeamiento estratégico, la reingeniería y de los sistemas de alta dirección.

b) **Transformaciones Transversales,** destinadas a optimizar y consolidar los sistemas horizontales, en línea con el nuevo modelo de gestión. Las políticas propuestas son:

- **Gestión del Capital Humano:** Se busca lograr la evaluación del desempeño sobre la base del mérito, el reconocimiento de incentivos, la promoción condicionada por la calificación y la capacitación, y no por la antigüedad, la adopción de sistemas salariales que compensen el mérito y la responsabilidad. Se debe asegurar una adecuada gestión integrada del capital humano de la Administración mediante la articulación de los diversos sistemas que hacen a su efectivo gerenciamiento, de acuerdo con los lineamientos del nuevo modelo de gestión, y responsabilizando a los agentes por sus acciones y resultados mediante mecanismos de incentivos.
- **Sistema de Compras:** El Plan se propone producir una transformación de la gestión de compras y contrataciones del Estado

y constituirlo en un instrumento idóneo para la obtención de los bienes y servicios necesarios y para garantizar que las prestaciones del sector público sean eficaces y eficientes, transparentes y pasibles de ser controladas por la sociedad.

- Sistema de Administración Financiera: Propone la implantación de un sistema único de administración financiera para toda la Administración Nacional, vinculado con los sistemas de administración de recursos humanos, de recursos materiales, con el Sistema de Gestión y Administración de la Deuda Pública (SIGADE) y con los sistemas gerenciales de programación y seguimiento de la inversión pública y de proyectos con financiamiento de organismos multilaterales de crédito.
- Gobierno Electrónico: El Plan propone utilizar los nuevos recursos informáticos, a fin de facilitar la interacción del ciudadano con el Estado, optimizar las inversiones de los organismos en tecnología informática e impulsar una adecuada gestión estratégica de los recursos informáticos.
- Respecto de los Proyectos de Modernización Estructural, se intenta rediseñar la morfología del Sector Público, teniendo en cuenta los determinantes del mismo (conformación de la estructura de gobierno y la estructura de gestión, la asignación de facultades y responsabilidades, y la asignación de recursos), para prestar servicios de calidad a la población sin configurar una pesada carga para los contribuyentes. Las acciones comprenden:
 - Eliminación de Superposiciones: En el marco del Plan Nacional de Modernización del Estado se impone una profunda revisión de las responsabilidades de los diferentes niveles de la Administración Nacional para eliminar las superposiciones de funciones y facilitar las demandas de los ciudadanos.
 - Racionalización del Endeudamiento con Organismos Internacionales: Establecer criterios de coordinación y homogeneización de pautas respecto de los programas con organismos internacionales de crédito, con relación a los objetivos perseguidos, su financiamiento, las condiciones de otorgamiento, su administración y fortalecimiento institucional en los niveles nacional, provincial y municipal. Busca mejorar los niveles de eficiencia, eficacia y calidad de los programas de inversión pública y gasto social con financiamiento externo

multilateral y bilateral, apuntando a racionalizar el endeudamiento del Estado.

- Adecuación de la Estructura Estatal: El tamaño y la estructura del aparato estatal deberá adecuarse a las misiones institucionales, a las políticas de gobierno y a los recursos con los que se cuenta. Rediseñar las estructuras, asignarles competencias, refuncionalizar los niveles jerárquicos políticos y técnicos, determinar claramente qué funciones deben estar en la órbita de la administración central y cuáles en la administración descentralizada, y qué se pretende lograr a través de esas estructuras, de modo de facilitar el logro de los resultados que justifican la existencia institucional.
- Por último, en el eje Transparencia y Política Anticorrupción se pretende incrementar los niveles de transparencia en la gestión pública y mejorar la capacidad de prevención, detección y corrección de situaciones irregulares y de los sistemas que las facilitan. La estrategia se apoya en la idea de privilegiar la prevención, tratar a la corrupción como una cuestión sistémica, sin perjuicio de las responsabilidades individuales, y actuar sobre la calidad normativa, el acceso a la información y la participación de los ciudadanos.

5.2 Planificación Estratégica

A modo de introducción en el tema, comenzaremos presentando algunos conceptos de diferentes autores:

“Modelo o plan que integra las principales metas, políticas y cadenas de acciones de una organización dentro de una totalidad coherente”

James B. Quinn

“Un plan unificado, amplio e integrado, diseñado para asegurar que se logren los objetivos básicos de la empresa”

William F. Glueck

“Lo que hacemos para impedir que el contrario obstaculice lo que queremos lograr”

Teoría de juegos/ análisis de conflictos

“La determinación de las metas y objetivos básicos de “largo plazo” en una empresa, junto con la adopción de cursos de acción y distribución de los recursos necesarios para lograr estos propósitos”

Alfred Chandler (Harvard University)

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Las definiciones conducen a: Estrategia ~ Plan Estratégico.

El hablar de Estrategia implica:

- Precisar logros (objetivos, metas) a largo plazo.
- Precisar un conjunto coherente e integrado de acciones a realizar (Acciones Estratégicas)
- Precisar los recursos necesarios a ser utilizados (Viabilidad Económica de la Estrategia). Toda estrategia sea “planeada” o “emergente” debe expresarse en logros concretos a alcanzar, es decir, expresar sus objetivos y por ende establecer metas y acciones a seguir.

De la planificación a la acción:

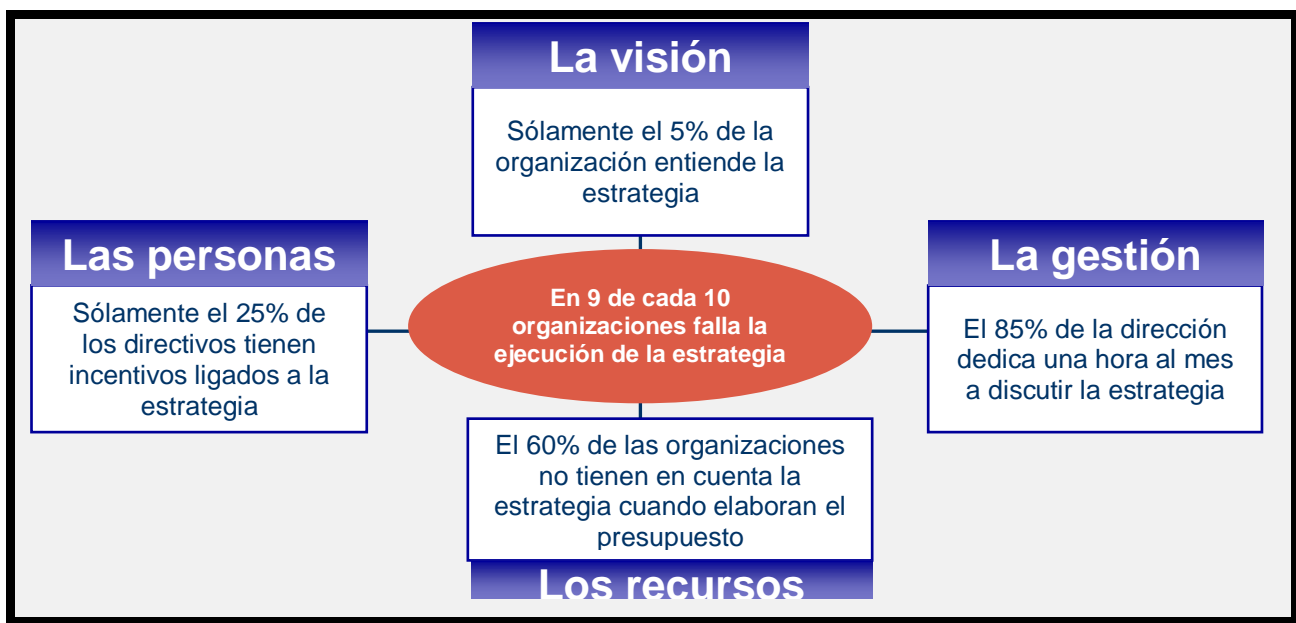
- En numerosas ocasiones en las organizaciones se produce una ruptura entre la Planificación Estratégica y la actividad que se produce día a día.
- *“Las Organizaciones a menudo fracasan a la hora de convertir sus Estrategias en Acción”* (investigación realizada por Norton y Kaplan en EE.UU en más de 200 grandes empresas).

Resultados de la Investigación:

- *“El 90% de las organizaciones opina que una verdadera comprensión de la Estrategia orientada a la acción podría influir significativamente en el éxito de las mismas.*
- *Sin embargo, menos del 60% de los altos directivos y menos del 10% del personal total creía tener una comprensión clara de la Estrategia.*
- *Además, de ese 60% de altos directivos, menos del 30% consideraba que la Estrategia se había implantado eficientemente.*
- *“En la mayoría de los fracasos (70%), el problema real no es una mala estrategia... es una mala ejecución de la misma”.*

(Why CEOs Fail, Fortune Magazine, Summer 99)

Gráfico N ° 1 - ¿Por qué falla la estrategia?



Fuente: Kaplan y Norton (1996)

5.3 Benchmarking

El benchmarking es una práctica que sistemática y continuamente, que compara nuestros servicios, procesos y productos con organizaciones representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras en nuestra organización. Algunas organizaciones lo consideran un mecanismo de solución de problemas, otras como un mecanismo activo de mantenerse actualizados en las prácticas más modernas del mercado.

Podemos distinguir tres tipos de benchmarking:

1. Interno: que se efectúa entre distintas partes de la misma organización
2. Competitivo: que se realiza tomando parámetros entre diferentes organizaciones de similares características
3. Funcional ó genérico: que busca descubrir las mejores prácticas, tanto a nivel de definición de servicios ó productos, como de diseño de procesos ó actividades, entre organizaciones de diferentes mercados.

5.4 Política Sanitaria Basada en la Evidencia

“La Argentina, al igual que muchos otros países, carece de estudios empíricos que informen sobre la relación entre investigación sanitaria y decisiones de gestión de políticas públicas de salud” (Llovet, Ramos, Ortiz y Segura: 2008)

Definiremos como tomadores de decisiones, a todos aquellos individuos que poseen autoridad formal para tomar decisiones y firmar documentos sobre políticas y / o distribuir fondos a nivel nacional. El escenario más frecuente considera al investigador como productor

de conocimiento y al decisor como usuario de la información, con roles diferenciados y raramente articulados. Se trata de relaciones que pueden estar teñidas por las asimetrías de conocimiento y la ausencia de canales fluidos de comunicación. Faltan elementos de traducción, unidades de vinculación entre las distintas instancias que funcionen como conectores. La distancia que hay entre ambos mundos se agranda a partir de la imagen que tienen los unos de los otros. La evidencia jugaría en el proceso de elaboración y toma de decisiones dos roles alternativamente: uno, una función “persuasiva” (uso selectivo de evidencia), dos, como un recurso para lograr “decisiones informadas”, o sea más en línea con el modelo racional de política pública. Las dificultades para incorporar evidencia al proceso de formación de política pública suele estar relacionada con la formación del decisor y la de sus asesores.

5.5 El Modelo Médico Hegemónico

La implantación hegemónica del modelo médico fue haciendo a la Medicina más dependiente de los parámetros biológicos y más centrados en la curación-cuidado que en la prevención. La inflexión se produjo a partir del éxito de la teoría microbiana como marco teórico de explicación etiológica, y supuso el tránsito desde una práctica asistencial individualizada, en la cabecera del enfermo, a otra centrada en el hospital.

La Salud pública se ha beneficiado de la Antropología y Sociología aplicadas. Además, la Antropología se interesó precozmente por curanderos y creencias médicas de sociedades aborígenes y sostuvo una importante labor de revisión y verificación de los postulados teóricos de la Psiquiatría, del Psicoanálisis y de las escuelas psicológicas, que no siempre trascendían a la Medicina. Estas relaciones se han desarrollado de modo distinto en cada país y de acuerdo con los debates sobre las políticas sociales, las diferencias culturales, étnicas y religiosas; con los procesos respectivos de institucionalización de cada una de las disciplinas; y con sus estrategias corporativas en lo político-ideológico. (Martínez Hernáez y Cornelles: 1993)

La medicina mostró un interés precoz por un campo: el de los saberes populares, en donde debía ganar la batalla de la medicalización. Uno de sus instrumentos de inculcación más significativos fueron los libros de divulgación que junto a los recetarios, iban destinados a aculturar las prácticas domésticas y a combatir las creencias consuetudinarias de la población ofreciendo alternativas terapéuticas y preventivas (Rosen:1974). Con ellos se pretendió transmitir conceptos, prácticas y remedios médicos, consejos acerca del embarazo, parto, puerperio, lactancia y educación infantil, crítica el uso de nodrizas y parteras empíricas (comadronas), y lanzar mensajes terapéuticos que contribuyeron a medio plazo, a desplazar los remedios caseros por los medicamentos de farmacia en las ciudades. Su papel, estructuralmente comparable al de la prédica cristiana, representa la primacía de lo impreso frente a la evanescencia de lo dicho, y cuestiona la transmisión oral de conocimientos. Los

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

lectores de estos libros vivían, como los médicos y los boticarios, en las ciudades. Por ello el proceso de medicalización se inició antes en el medio urbano que en el rural, hecho que explica el pronto acceso al médico por el proletariado urbano europeo. A mediados del siglo XIX los saberes populares urbanos estaban medicalizados. Los papeles que jugaban la relación médico-enfermo-red social en la visita médica y la asesoría farmacéutica fueron estructuralmente comparables a los que había ejercido la confesión cristiana en el control de la intimidad del sujeto.

“Debido a que cada clase social sufre las enfermedades determinadas por su diferente modo de vivir, el rico y el pobre tienen padecimientos peculiares bajo cualquier forma de gobierno” (J.P.Frank 1790).

La evolución de la teoría y la práctica en salud pública no pueden ser estudiadas, metodológicamente hablando, como un proceso común a todos los países capitalistas, sino como procesos idiosincráticos vinculados a sus evoluciones políticas e ideológicas específicas.

El renacimiento de la medicina hipocrático-galénica en el Occidente cristiano coincidió, no por azar, con los primeros indicios del desarrollo humano. Este asocia a debates con relación a la responsabilidad de los gobernantes en la salud de los beneficiarios. En la medida en que el estado moderno constituye su teoría política sobre la base de la que fuera política urbana de las ciudades italianas del Renacimiento, la pobreza, el hambre o la enfermedad – problemas crónicos en la ciudad bajomedieval – se convierten en asunto de Estado: lo cual exige identificarlos, indagar sobre su etiología, y buscar respuestas para solucionarlos. La Medicina recuperó entre el siglo XVI y XVIII el papel político-social que había ejercido en la Grecia clásica a través del neohipocratismo, una teoría naturalista sobre las causas de las epidemias – miasmas y malos aires que emergían de los núcleos de pobreza de las ciudades-, que no cuestionaba los fundamentos de la sociedad y el poder, y que podía sustentar la prevención y la terapéutica. De ella podía surgir un discurso revolucionario sobre las causas sociales de la pobreza en sí misma como causa de los miasmas.

En este contexto se fraguan diversas ideas que van a constituir los fundamentos de la Salud Pública. Incluían la necesidad de estudiar las relaciones entre la salud y las condiciones de vida determinadas por la posición social. Los factores patógenos existentes en algunos colectivos eran consecuencia de la posición social y las variables que ejercían una influencia morbosa sobre la salud impedían alcanzar el bienestar, la salud y la felicidad. La aparición de estas ideas enlazan con el desarrollo de un modelo de política y de organización social cuyo objetivo era situar la vida social y economía al servicio del poder estatal; es lo que se conoce como mercantilismo, cameralismo o despotismo ilustrado (Foucault y otros 1979)

El higienismo anterior a la Revolución de 1848 postuló a la Medicina como ciencia social, partía de una formulación conceptual destinada a definir principios de un programa de acción en el que la salud era un asunto de interés social que estaba íntimamente relacionado con las condiciones sociales y económicas que debían ser estudiadas. Además para el

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

mantenimiento de la salud eran necesarias medidas tanto sociales como médicas para fomentar la salud y luchar contra la enfermedad.

Este ideario encontró su primera manifestación teórica en los proyectos de los higienistas alemanes y franceses y dio lugar al manifiesto sobre la reforma sanitaria de Virchow (1849) que consideraba que la medicina debía intervenir en la vida social y política asegurando el derecho del individuo a recibir atención y la capacidad del Estado en limitar la libertad de los individuos en cuestiones de salud. La medicina Social como disciplina deriva del desarrollo de la Higiene Pública. Con relación a Bourke (Porter 1986), el interés por los sanadores indígenas deriva no tanto de un interés etnomédico, como su papel en la reproducción de la estructura social tribal. El interés por el papel político de chamanes, videntes y curadores lo encontramos también en Europa. Desde opciones progresistas, representadas también por sectores de la Medicina, se pretendía desenmascarar la superchería y la superstición como una forma de combatir su poder y concomitantemente el de la iglesia que avalaba este tipo de prácticas. (Martínez Hernáez y Cornelles: 1993)

La propuesta teórica global de la Antropología Social en este período puede esquematizarse así: la medicina científica debe ser reconocida como la medicina, pero ello no niega que las prácticas médicas “tradicionales” tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que además se halla integrada a las concepciones ideológicas (culturales) y productivas dominantes en la comunidad. Deben en consecuencia hallarse los mecanismos culturales que posibiliten la integración y aculturación de las prácticas médicas científicas, sin alterar culturalmente a dichas comunidades. El proceso debe darse pero con el menor costo cultural posible. Subrayemos que será uno de los padres fundadores de la antropología médica respecto de América Latina, G. Foster, quién en sendos trabajos (1968 y 1978) reflexionará críticamente sobre los aportes recuperables de la producción antropológica y enumerará una serie de estereotipos generados por los antropólogos, popularizados en el personal de salud y que pueden convertirse en reales obstáculos para la aplicación de programas. Foster analiza cuatro estereotipos:

La medicina tradicional es integral, la medicina moderna sólo tiene en cuenta la enfermedad;

- En los pueblos tradicionales se observa una dicotomía de las enfermedades que el médico puede curar y enfermedades “populares” que los médicos se niegan a reconocer;
- Los sanadores tradicionales son de edad relativamente avanzada, muy respetado en todas las comunidades y que deberían ser aliados en los programas de atención primaria;
- Los médicos que trabajan en medios “tradicionales” ignoran con frecuencia a la medicina tradicional y tienen problemas de comunicación con los pacientes;

A los estereotipos analizados por Foster, podemos agregar otros dos:

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

- En las comunidades indígenas las enfermedades más importantes son las tradicionales, pues constituyen parte básica del núcleo ideológico de su integración;
- La racionalidad de la comunidad y su criterio de participación son los factores básicos que operan en el proceso de relación con las enfermedades y las terapéuticas modernas.

Según la antropología el Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por una serie de rasgos estructurales (biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo, etcétera; (Menéndez 1978 y 1983) que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económicos-políticos y socio-culturales en la producción y solución de los problemas de salud / enfermedad. En última instancia puede decirse, que aún cuando puede llegar a reconocer dicha incidencia trata de subordinarla indefectiblemente a las determinaciones biológicas (y secundariamente psicológicas) del problema analizado. Estos caracteres no sólo dominan la práctica privada de mercado, sino también a las prácticas incluidas dentro de organizaciones salubristas o de Seguridad Social, en la medida que las mismas están incluidas en economías de mercado que convierten a la salud, directa o indirectamente en una mercancía. Los procesos económicos-políticos procesados en Latinoamérica desde fines de los 60, pero sobre todo durante los 70 expresarán a través de su propio desarrollo la crisis de este modelo, que por otra parte evidencia la crisis y los intentos de solución que operan en la sociedad global.

Justamente es durante este período que surgen, sobre todo desde la sociología, toda una serie de cuestionamientos respecto de este modelo, los cuales pueden ser agrupados en los siguientes ítems:

- Aumento del costo de la atención de la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo y secundariamente en el costo del personal. Esto ha conducido, por lo menos en países capitalistas, a crisis en los sistemas de Seguridad Social;
- Aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud;
- Aumento correlativo de la “intervención médica”, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como forma estandarizada de atención (caso de cesáreas);
- Aumento correlativo de la iatrogenia, así como de la ineficacia;
- Predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la “calidad” de la misma;

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

- La ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización) y la reducción real de las áreas de eficacia;
- La carencia de relación, por lo menos en algunos casos, entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y el control del mismo; carencia de relación entre todos esos procesos y un panorama epidemiológico que en todos los contextos aparece determinado básicamente por la producción social y económica de enfermedad, y
- El predominio de las estrategias curativas respecto de las preventivas en las instituciones de salud en general, y en particular en los sistemas de Seguridad Social, es decir en aquellos que cuentan con los mayores recursos financieros públicos.

Además debe recordarse que el Modelo Médico Hegemónico cumplió y cumple funciones curativo / preventivas, pero también funciones de control, de normatización y de legitimación, que en determinadas coyunturas económico-políticas pueden tener más relevancia que las funciones reconocidas como “estrictamente” médicas. Prácticamente todo sistema curativo, y no sólo el sistema médico reconocido como científico, cumple las funciones enumeradas. Debe informarse que antropólogos latinoamericanos, y también norteamericanos habían señalado entre 1940 y 1960 que las prácticas médicas “primitivas” tenían funciones no sólo curativas, y de integración cultural, sino también de control social.

Estructuralmente el Modelo Médico Hegemónico excluye y / o limita la incorporación de los factores socioculturales en la explicación de la etiología de las enfermedades y en sus soluciones (Menéndez 1978 y 1979)

No queremos negar y /o ignorar que los cambios en el perfil epidemiológico generado en algunos de nuestros países, básicamente los de mayor desarrollo industrial implican potencialmente la consideración de la importancia de los factores socioculturales, por lo menos en la etiología, de las nuevas problemáticas. Es decir, el predominio de determinados padecimientos crónicos, la emergencia de las nuevas enfermedades “agudas”(accidentes viales), los procesos de contaminación atmosféricos, alimenticia, etcétera; el desarrollo de la morbimortalidad de la violencia (tortura, asesinatos masivos, desapariciones, etcétera); la evidenciación de las enfermedades ocupacionales, así como el reconocimiento larvado o no de las “drogadicciones” de todo tipo, implican de hecho las limitaciones del Modelo Médico de dar cuenta de las mismas y de requerir el análisis especializado de estas problemáticas a través de los científicos sociales. Pero no debemos olvidar que nuestras enfermedades “tradicionales”: desnutrición, gastroenteritis, parasitosis, respiratorias agudas, que en la mayoría de nuestros países siguen constituyéndose en las primeras causas de muerte, también requerían de dicha participación, que sin embargo operó muy limitada y subordinadamente.

5.6 Indicadores de Medición del Desempeño de un Sistema de Salud

Como marco teórico de referencia fue elegido un trabajo de la OPS del año 1997, que propone un enfoque por indicadores.

El procedimiento por indicadores es el que se utiliza con más frecuencia, probablemente porque consiste en compilar los datos existentes. Este procedimiento no produce información nueva, analiza la que existe, la interpreta y se sirve de ello para deducir necesidades. Los indicadores son las reglas de cálculo y / o ratios de gestión que sirven para medir y valorar el cumplimiento de los objetivos estratégicos. Su selección y definición es una decisión muy importante, ya que son los que provocarán que la organización se mueva en la dirección correcta o no.

Los indicadores sanitarios son medidas directas o indirectas del estado de salud. Los otros indicadores, particularmente los indicadores socio demográficos, se consideran como predictores de las necesidades. En este sentido son particularmente útiles para trazar la situación sanitaria de una población, y tener elementos para poder comparar el estado actual de salud y un estado de salud objetivo.

Las cinco dimensiones clave que propone para la evaluación del desempeño de un sistema de salud son: **Acceso, Equidad, Calidad, Eficiencia y Sustentabilidad.**

Por norma general, el concepto **Acceso** se refiere a la presencia o ausencia de barreras físicas o económicas que pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud. Por barreras físicas, por lo general se entienden aquellas relacionadas con la disponibilidad y suministro general de los servicios de salud y la distancia a que se encuentran los establecimientos de salud. Por barreras económicas, por lo general se entienden aquellas relacionadas con el costo de buscar y obtener atención médica, con respecto a los ingresos del paciente o del hogar. Muchas de las características del Acceso también están incluidas en las definiciones de los aspectos estructurales de las evaluaciones de la calidad de la atención.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Tabla N ° 1 – Indicadores de Acceso

ACCESO	
FISICO	ECONOMICO
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un centro de atención primaria.	Costo privado promedio total de los episodios de enfermedades de pacientes ambulatorios tratados profesionalmente, como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita X.
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital/sanatorio	Costo privado promedio total de los medicamentos para un típico episodio de enfermedad de un paciente ambulatorio, como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita X.
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de una farmacia que atienda por su obra social.	
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de una farmacia que atienda por su obra social, la entrega de medicamentos crónicos.	
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital que entrega atención de emergencia (obstétrica, pediátrica y traumatológica) las 24 horas del día	
Porcentaje de la población que cuenta con servicios de ambulancia las 24 horas del día	
Porcentaje de la población que vive a más de X kilómetros de un establecimiento de salud que está cubierto por servicios de asistencia médica en domicilio.	
Población por médico	
Población por enfermera	
Población por cama de hospital	

Fuente: Elaboración Propia

El concepto de **equidad**, en lo que hace a su relación con los sistemas de salud, se puede referir indistintamente a diferencias en el *estado*, *utilización* o *acceso* a la salud entre diferentes grupos de ingresos, socioeconómicos, demográficos, étnicos y/o de género.

Tabla N ° 2 – Indicadores de Equidad

EQUIDAD
Relación entre las tasas de uso de los servicios sanitarios, según quintil de ingresos, provincia, patología, grupos étnicos, género, etc.
Relación entre el coeficiente de Gini para los costos de los servicios de salud según provincia, ciudad, cobertura de salud, etc. y el ingreso total (o gasto total)

Fuente: Elaboración Propia

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Es claro que el concepto de **Calidad** de la atención tiene múltiples dimensiones y que todavía no existe una definición consensuada ni siquiera en los Estados Unidos. Sin embargo, hay un punto de referencia básico de amplia utilización por parte de los expertos en el campo de la calidad de la atención. En base a esta referencia, la literatura normalmente hace una distinción entre las dimensiones de estructura, procedimientos y resultados de la calidad. El principal proponente de este marco conceptual, Arvedis Donabedian, define la calidad de la atención como aquel tipo de atención de la que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de tener la cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas esperadas que asisten al proceso de la atención en todas sus partes (Donabedian:1980).

En este marco, por *proceso* generalmente se entiende todo lo que ocurre durante la interacción entre el sistema de salud y el usuario, lo que incluye los aspectos interpersonales de la atención y también aquellos del contexto de la prestación del servicio (por ej., salas de reconocimiento limpias, flujo ordenado de pacientes) que afectan directamente al paciente. Una persona que escucha un mensaje de radio que promueve la inmunización forma parte de este proceso de atención, del mismo modo que una madre reciente que recibe consejos de nutrición en un servicio de salud. Dentro de los textos sobre la calidad de la atención, muchos indicadores de eficiencia y acceso como aquellos que se incluyen en esta guía, a menudo también se consideran medidas de la estructura. Los *resultados* son consecuencia del proceso y se refieren a los cambios en el estado de salud actual y futuro de un paciente que se pueden atribuir a la atención de salud anterior. Los resultados incluyen las actitudes de un paciente (inclusive su satisfacción), los conocimientos respecto a su salud que adquiere el paciente, y los cambios de comportamiento relacionados con la salud como posibles resultados. Los indicadores de resultados que se refieren al estado de salud se están usando cada vez más, en especial en los países desarrollados, como medida de la calidad de la atención, marginando las medidas de proceso y de estructura.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Tabla Nº 3 – Indicadores de Calidad

CALIDAD	
ESTRUCTURALES	PROCESO
Proporción del personal sanitario que posee secundario completo.	Proporción de clínicas en que los servicios están plenamente integrados de acuerdo a las normas nacionales.
Proporción del personal sanitario que posee una carrera terciaria completa.	Proporción del personal de la salud que fue supervisado de manera efectiva y oportuna de acuerdo a las normas nacionales.
Proporción del personal sanitario que posee posgrados completos.	Proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con las directrices para la interacción usuario-proveedor
Proporción del personal sanitario que posee más de un posgrado.	Proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con las directrices para la interacción usuario-proveedor
Cantidad de instituciones que están trabajando con programas de mejora continua.	Proporción de remisiones ordenadas y realizadas de acuerdo a las directrices y normas nacionales
	Proporción de usuarios que conocen y comprenden las medidas esenciales necesarias para completar los tratamientos y evitar futuras condiciones posibles de prevenir
	Proporción de casos en que todos los medicamentos recomendados estaban disponibles.
	Proporción de establecimientos de salud que no tuvieron problemas de existencia de medicamentos durante los tres meses anteriores.
	Proporción de usuarios que prosiguen los tratamientos recomendados hasta su término (tasa de abandono)
	Tiempo de espera para el otorgamiento de turnos, para atención primaria como para intervenciones quirúrgicas.
	Satisfacción de los usuarios.

Fuente: Elaboración Propia

Tradicionalmente, al igual que se aplica a los programas o proveedores de salud individuales, la **eficiencia** tiene tres dimensiones (técnica, económica y de asignación) que se relacionan con los servicios de salud que se producen y con el modo en que se producen. Estos conceptos también pueden aplicarse a la medición de desempeño del sistema de salud.

Para los efectos de una clara presentación, la eficiencia tal como se define a continuación, se presenta sin una mención extensa de la calidad de los servicios de salud que se proveen. Cuando se aplica a los sistemas o proveedores de servicios de salud, en la interpretación del concepto de eficiencia a menudo se incluyen nociones de efectividad del servicio de atención de salud.

Asimismo, a menudo se usan indicadores similares para medir la eficiencia y los aspectos del proceso en la evaluación de la calidad de atención. En esta guía se analizan las medidas de la calidad de atención bajo una categoría separada, dado que se necesitan

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

indicadores separados para medir calidad, eficacia o efectividad. Es necesario tomar en cuenta los resultados de los indicadores de eficiencia y calidad cuando se evalúa el desempeño general del sistema de salud.

Un proveedor de salud es eficiente desde un punto de vista *técnico* cuando produce el máximo de servicios (efectivos) físicos (por ej., número de visitas) para un determinado nivel de insumos. La ineficiencia técnica es común en los sistemas de salud públicos y a menudo es el resultado de fallas en la gestión y supervisión.

Un proveedor de salud es eficiente desde el punto de vista *económico* si usa combinaciones de insumos (por ej., médicos, enfermeras, medicamentos) que le permiten producir un determinado nivel de servicios (efectivos) al menor costo. En el largo plazo, la eficiencia económica también exige a los proveedores que operen a una escala que les permita producir al menor costo unitario posible (aunque en mercados de tamaño reducido tal escala óptima no sea factible). A menudo, se encuentra ineficiencia económica en aquellas situaciones en que los administradores tienen reducido o ningún control sobre las combinaciones de insumos que utilizan, y donde los establecimientos se construyen para servir a mercados que son demasiado pequeños para soportar una escala de servicios óptima.

Un proveedor de servicios es eficiente desde el punto de vista de la asignación cuando asigna los recursos a actividades en que éstos tienen el máximo valor (esto es, cuando el nivel de producción de cada servicio producido es tal que el costo social marginal de la última unidad producida es igual a su valor social marginal). El sistema de salud asigna los recursos de manera eficiente si produce una combinación y nivel óptimos de servicios de salud, donde óptimo significa que se obtiene la mayor cantidad de valor en salud para la mayor cantidad de personas por el costo incurrido (se entrega cada servicio hasta el punto donde su costo social marginal es igual a su valor social marginal).

Hay un consenso generalizado sobre la utilidad e interpretación de las dimensiones de eficiencia técnica y económica. El motivo de este consenso es que ambas dimensiones se refieren a distintos modos de usar los recursos para producir servicios de salud específicos (es decir, cantidad de servicios obtenidos de insumos determinados, costo de un determinado nivel de producción), y asumen que el servicio se debe producir. Los indicadores de eficiencia técnica y económica son directos y no implican un juicio de valor sobre los méritos en que se basa el servicio.

El consenso se quiebra con respecto a los indicadores adecuados de eficiencia en asignación, en especial cuando se aplican al sector salud en general, debido principalmente a los juicios de valor basados en el mérito relativo de los distintos servicios de salud. Estos méritos relativos dependen principalmente de sí se juzgan desde la perspectiva de los profesionales de la salud o de los usuarios de la atención de salud.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Tabla Nº 4 – Indicadores de Eficiencia

EFICIENCIA
Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico (o por médico)
Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera (o por enfermera)
Relación entre visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal (costos unitarios de personal)
Costo por visita de paciente ambulatorio (o costo de operación por visita de paciente ambulatorio)
Costo por día -cama de hospital (o por admisión en hospital o alta de hospital)
Porcentaje de visitas de pacientes ambulatorios atendidos.
Camas de hospitales privados / seguridad social como porcentaje del total
Costos de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud
Gastos en medicamentos e insumos como porcentaje del gasto ordinario total en salud
Número de enfermeras por médico
Número de enfermeras por cama de hospital
Número de médicos por cama de hospital
Relación entre el sueldo promedio de un trabajador de la salud (por ej., médico, enfermera, técnico) con un determinado nivel de experiencia, y el sueldo de un trabajador de la salud comparable del sector privado/público/seguridad social
Los sueldos de los trabajadores de la salud se pagan puntualmente (sí /no)
Existen incentivos de desempeño adecuados para el personal de la salud (si /no)
Gasto en medicamentos prescritos por su nombre genérico como porcentaje del gasto total en medicamentos
Gasto en atención primaria como porcentaje de los gastos ordinarios
Porcentaje del gasto total en medicamentos asignado a los establecimientos de atención primaria
En todos los establecimientos se cobran copagos (si/no)
Los niveles de los copagos promueven la eficiencia (si/no)
El sistema de remisión (transferencia de pacientes) funciona eficazmente (si/no)
Duración promedio de las estadías de pacientes hospitalizados en hospitales públicos / privados/seguridad social
Tasa de ocupación de las camas de hospital público/ privado/seguridad social
Porcentaje de asegurados inscritos en planes que usan copagos
Relación entre las tasas de uso de los servicios sanitarios, según, provincia, patología, grupos étnicos, género, etc., y los resultados sanitarios obtenidos.

Fuente: Elaboración Propia

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Al nivel de un sistema de salud, la **sustentabilidad** se refiere a la capacidad del sistema de continuar exitosamente con sus actividades normales en el futuro. La mayoría de las definiciones de sustentabilidad también incluyen el requisito adicional de que el sistema debe ser capaz de aumentar sus actividades en el grado necesario para cubrir los aumentos generados por el crecimiento demográfico y económico. La sustentabilidad incluye dos dimensiones: la financiera y la institucional. La primera se refiere a la capacidad del sistema de salud de obtener los fondos necesarios para sobrevivir y continuar prestando los servicios que había proporcionado en el pasado (y posiblemente ampliar sus operaciones para cubrir el crecimiento de la demanda) La segunda se refiere a la capacidad del sistema, si está debidamente financiado, de reunir y manejar los recursos no financieros necesarios para llevar adelante sus actividades normales.

Tabla Nº 5 – Indicadores de Sustentabilidad

SUSTENTABILIDAD		
FINANCIERA	INSTITUCIONAL	ESTRATEGICA
Porcentaje del subsistema de salud financiado con ingresos obligatorios.	Número de iniciativas del personal aprobadas por la gerencia.	% de cumplimiento de las estrategias de corto, mediano, y largo plazo.
Porcentaje del subsistema de salud financiado con ingresos voluntarios (planes superadores, copagos, etc.)	% de pedidos de nuevas prácticas ó medicamentos solicitadas.	
Gasto del subsistema de las Obras Sociales nacionales (discriminado por aportes obligatorios y voluntarios) como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)	Número de sugerencias de los clientes aplicadas.	
Porcentaje del gasto en salud orientado a la atención primaria		
Porcentaje del gasto en salud orientado a la medicina preventiva		
Porcentaje del gasto en salud orientado a los servicios de salud del segundo y tercer nivel.		
Porcentaje del gasto en salud con recupero de la APE, general y por patología.		
Descripción pool de riesgo e ingresos, actuales y tendencia.		
Análisis de la forma de pago a los prestadores y los resultados sanitarios obtenidos.		
Cuota del mercado.		

Fuente: Elaboración Propia

5.7 El problema antropológico: el cuerpo biológico y el cuerpo social

Seguramente es una perogrullada decir que el sentido del cuerpo y del yo cambia a través del tiempo y varía entre diferentes culturas. En la cultura capitalista moderna el cuerpo adquiere una fenomenología dualista, “cosa como de mi ser”, y de “cuerpo y alma”. Basta considerar los capítulos de Sartre sobre el cuerpo en “El ser y la nada”. (Taussig: 1997)

Por supuesto que los médicos que me han atendido, los cirujanos que me han operado, han podido tener una experiencia directa con el cuerpo que yo mismo no conozco. No estoy en

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

desacuerdo con ellos. No pretendo carecer de cerebro, corazón ó estómago. Pero es de suma importancia elegir el orden nuestros retaceados conocimientos. En tanto y en cuanto los médicos han tenido alguna experiencia con mi cuerpo, ha sido con mi cuerpo en medio del mundo, como es para los otros. Mi cuerpo, como es para mí, no se me aparece en medio del mundo. Por supuesto, en una radiografía he podido ver la imagen de mis vértebras en una pantalla, pero yo me encontraba afuera, en medio del mundo. Yo estaba aprehendiendo un objeto constituido en su totalidad como un esto, rodeado de otros estos, y era sólo a través de un proceso de razonamiento que lograba referirlo a mí: era mucho más mi propiedad que mi ser.

Mientras oscila entre mi propiedad y mi ser, especialmente cuando lo ataca alguna enfermedad, mi cuerpo me pregunta: “¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora?”. Como observó Evans - Pritchard, estas son las razones principales por las que los azande atribuyen una enfermedad grave o una desgracia a hechicerías o brujerías: a la disposición maliciosa de relaciones sociales especialmente relevantes. La ciencia, como la conocemos hoy en día, no puede explicar el significado humano de los efectos físicos. Para expresarnos en términos de todos los días, la ciencia, al igual que la ciencia médica, puede explicarnos el “como” pero no el “porque” de la enfermedad; puede apuntar a las cadenas causa y efecto, pero al porque me tocó en este momento y no en otro, o por qué me tocó a mí y no a otro, la ciencia médica sólo puede responder con una variedad de la teoría de las probabilidades, que no es satisfactoria para la mente que busca certidumbre y sentido. En la práctica azande los temas del “como” y “porque” se fusionan: la etiología es simultáneamente física, social y moral. La causa de mi evidente desgracia física se encuentra localizada en mi nexo de relaciones sociales que incluye la injusta malevolencia de otro. Esta propiedad de mi nexo social se manifiesta en síntomas y signos físicos. Mi enfermedad es una relación social y el tratamiento debe encarar esa síntesis de orden moral, social y físico. En relación con esto surgen dos problemas. El primero, ¿los pacientes de nuestra sociedad se preguntan lo mismo que los azande a pesar de los desencantos de nuestra época y su incredulidad con respecto a la hechicería y brujería? El segundo ¿no hemos falseado la epistemología azande, siguiendo a Evans – Pritchard, al tratar de distinguir el “como” del “porque”, “el hecho” del “valor”, y las causas inmediatas de las últimas? A menos que entendamos claramente desde el principio que estas no son distinciones nativas destacadas, sino que son necesidades nuestras para poder entender una epistemología foránea, no comprenderemos lo que está en juego. La distinción más saliente que debe ser tomada en cuenta es que en la epistemología azande hay una concepción muy diferente de los hechos y de las cosas. Los hechos no están separados de los valores, las manifestaciones físicas no están separadas de los valores, las manifestaciones físicas no están desgarradas de sus contextos sociales y, por lo tanto, no se requiere un gran esfuerzo mental para leer relaciones sociales dentro de los acontecimientos materiales.

En toda sociedad, la relación médico - paciente es más que una relación técnica. Es, en

gran parte, una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente. La persona enferma es una persona dependiente y ansiosa, maleable en las manos del médico y del sistema de salud, y vulnerable a su manipulación y a su moralidad. La persona enferma se precipita en una vorágine de preguntas sobre cuestiones más fundamentales concernientes a la vida y la muerte. La rutina cotidiana de aceptar más o menos sin cuestionamientos el sentido de la vida se ve abruptamente interrumpida por la enfermedad grave, que tiene su propio modo de transformarnos a todos en metafísicos y filósofos (para no mencionar a los críticos de una sociedad que deja a sus enfermos y sus familias que se defiendan como puedan).

Las manifestaciones de una enfermedad son como símbolos, y el médico que hace el diagnóstico los ve y los interpreta con el ojo entrenado por las determinaciones sociales de la percepción. Pero esto es negado por una ideología o una epistemología que considera a sus creaciones como cosas “allí”, cosas sólidas y sustanciales, en sí mismas. Nuestras mentes, como cámaras fotográficas, o como papeles carbónicos, no hacen otra cosa que registrar fielmente los hechos de la vida. Esta ilusión se encuentra omnipresente en nuestra cultura, es a los que se refería Lucas como la reificación que surge de la estructura de la mercancía, y la práctica médica es una manera singularmente importante de mantener la negación en cuanto a la facticia social de los hechos. Las cosas por ende, toman vida propia, separadas del nexo social que las originó, y quedan encerradas en su propia autoconstitución. (Taussig:1995)

5.8 Justicia Social y Equidad Sanitaria

Para abordar los temas Justicia Social y Equidad Sanitaria fue seleccionado el Informe “*Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*” (OMS: 2008), que plantea:

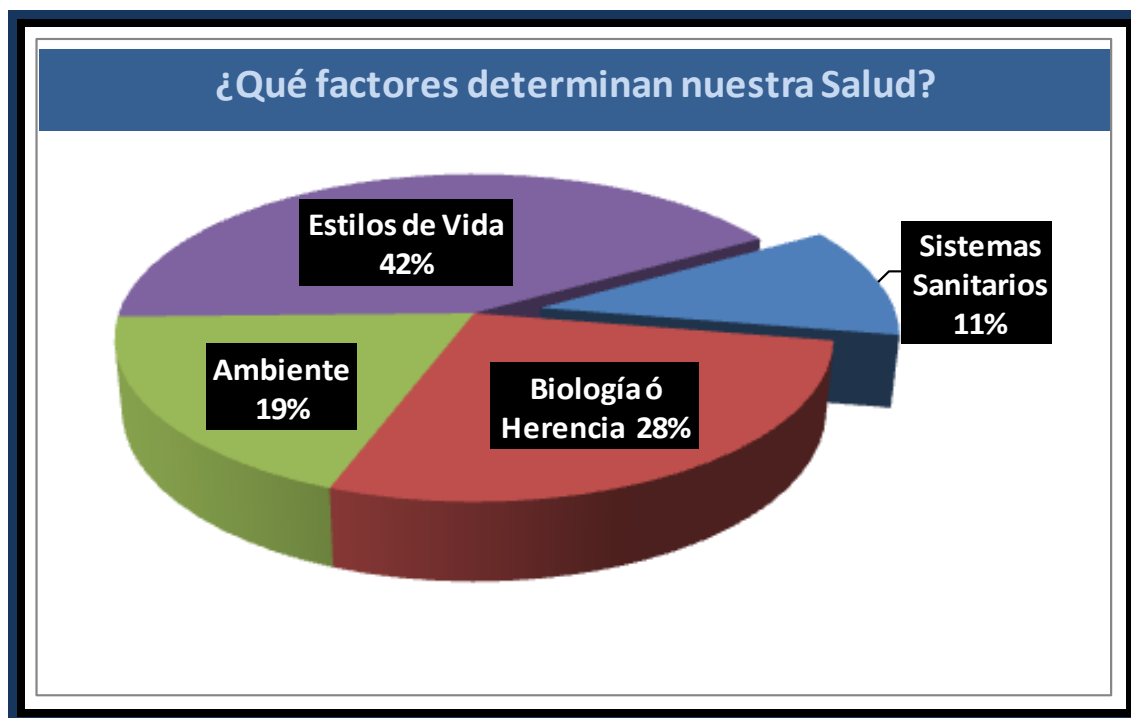
En todos los países del mundo cuanto más baja es su situación socioeconómica, peor es su estado de salud. La justicia social afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. La esperanza de vida y el estado de salud mejoran de forma constante en algunas partes del mundo, mientras ocurre lo contrario en otras. La esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros. Dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

La mayoría de las personas no se enferman ni se mueren por causa de las falencias de los sistemas de atención médica. Los sistemas de salud contribuyen poco en la mejora de las condiciones de salud de la población. Los resultados de salud de la población, y por lo tanto algunos de sus indicadores tales como la esperanza de vida, están condicionados en los países en vías de desarrollo por cuatro grandes factores, como lo explican González García y Tobar (2004):

- **La biología o la herencia:** La mejor forma de vivir muchos años es “elegir” bien a los padres, algunas personas nacen con mayor predisposición que otras para adquirir ciertas enfermedades. Un panel de especialistas mundiales concluyó que las principales causas de muerte la genética es responsable por aproximadamente el 28 % de los casos.
- **El ambiente:** Es obvio que hay lugares más saludables que otros. Aunque en general las áreas más pobres son también las más insalubres, aunque hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto a la salud de los ricos como de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel. Los factores ambientales representan, en promedio, el 19 % de los casos de enfermedad.
- **Los estilos de vida** incluyen aspectos como la forma en que la gente se alimenta, el hábito del tabaco, la prevalencia de conductas agresivas, el consumo de drogas, las prácticas sedentarias así como las deportivas, etc. Los epidemiólogos han cuantificado el peso de la responsabilidad individual concluyendo que un 42% de las veces nos enfermamos, morimos – y también enfermamos y matamos a otros – por causa de nuestros hábitos nocivos.
- **El sistema sanitario,** constituido por los hospitales, Seguros médicos, consultorios, médicos, laboratorios, medicamentos, etc. Es responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte.

Gráfico N° 2 - Factores que determinan nuestra salud.



Fuente: Elaboración propia, en base a González García y Tobar (2004)

Factores que intervienen en la mortalidad según su peso relativo (Denver: 1988)

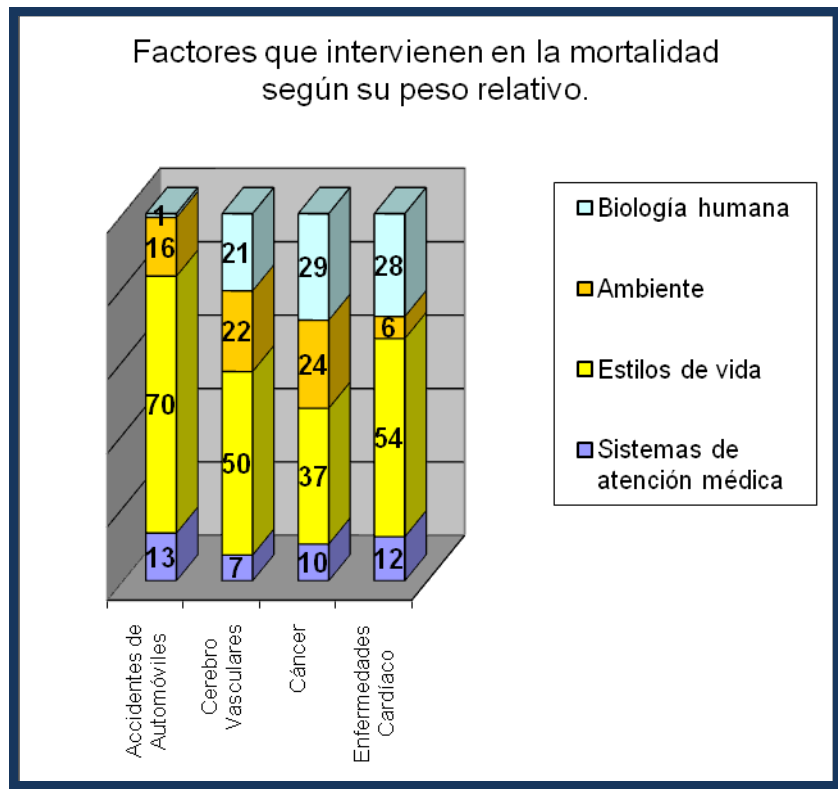
Accidentes de Automóviles: 13% Servicios de Atención Médica, 70% Estilos de Vida, 16% Ambiente, 1% Biología Humana.

Cerebro Vasculares: 7% Servicios de Atención Médica, 50% Estilos de Vida, 22% Ambiente, 21% Biología Humana.

Cáncer: 10% Servicios de Atención Médica, 37% Estilos de Vida, 24% Ambiente, 29% Biología Humana.

Enfermedades Cardíacas: 12% Servicios de Atención Médica, 54% Estilos de Vida, 6% Ambiente, 28% Biología Humana.

Gráfico N° 3 - Factores que intervienen en la mortalidad según su peso relativo.



Fuente: Denver: 1988

Factores en la Mortalidad y el Gasto Mundial

Biología Humana: 28% Mortalidad y 7% Gasto.

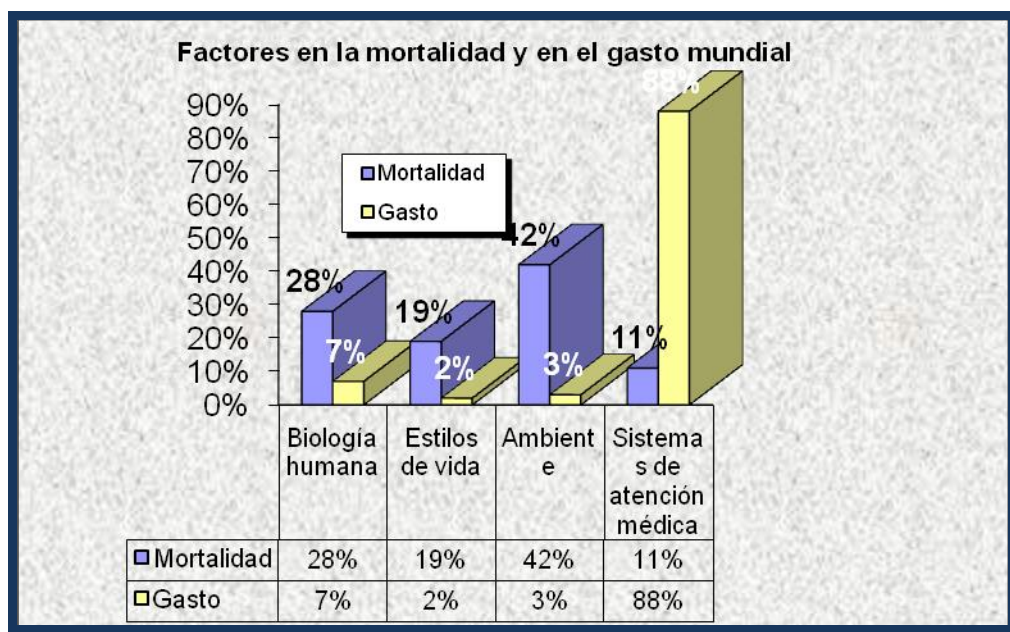
Estilos de Vida: 19% Mortalidad y 2% Gasto.

Ambiente: 42% Mortalidad y 3% Gasto.

Sistemas de Salud: 11% Mortalidad y 88% Gasto.

Fuente: González García y Tobar: 2004

Gráfico N° 4 - Factores en la mortalidad y en el gasto mundial.



Fuente: González García y Tobar: 2004.

5.9 El proceso de empobrecimiento argentino. Desde una perspectiva social

Kessler (2003) nos muestra con una situación cotidiana, el proceso de empobrecimiento argentino por la crisis del año 2001, de la cual ha ido recuperándose la Argentina como podremos verificar más adelante, a través del aumento de empleo y como consecuencia el crecimiento de la cantidad de beneficiarios del Subsistema de la Seguridad Social Nacional. Abordando una perspectiva social y comunitaria, nos relata: “En el barrio Necochea de José León Suárez (Provincia de Buenos Aires) dos vecinas, Ana Alteza y Eva Simmons, se enfrentan al mismo dilema. Despojadas de la obra social cuando sus maridos pierden la condición de asalariados, deben tomar una decisión respecto de la cobertura médica familiar. Ambas comparten tanto una limitación creciente de los ingresos familiares como innumerables dudas sobre un tema complejo como la salud. Ana y Eva barajan las mismas opciones: adoptar el hospital público o asociarse a una de las coberturas privadas de bajo costo de las que ofrecen en la zona.

Se hallan ante un problema inédito: hasta entonces, para bien o para mal, la obra social había sido la forma de cobertura de salud familiar. La pérdida del derecho ligado a la condición de asalariado genera no sólo una nueva carencia sino también incertidumbre.

Ana – y otros nuevos pobres como ella, realiza una equivalencia entre sociedad y mercado. El “como pagas” muestra que sólo el lazo mercantil autoriza a esperar una

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

contrapartida en forma legítima, razón por la cual es imposible confiar en un servicio público: Eva no piensa de este modo, considera que la mercantilización de la atención sanitaria vuelve a los servicios privados poco confiables. Al fin de cuentas y a pesar de todas sus carencias, el hospital le merece más confianza, pues rige allí una “lógica estatal” de gastar lo mínimo posible, que le asegura al menos que no especulen con su salud.

Los nuevos pobres deben dotar de significación a una situación para la que no encuentran respuestas ni en las “reservas de experiencias comunes (Schütz: 1997) de la sociedad, ni en la propia historia familiar”. Esto es, a nuestro entender, lo que otorga a la pauperización su carácter excepcional en la historia argentina moderna. El empobrecimiento de una parte importante de la clase media marcó un corte abrupto con el modelo generacional y el modelo histórico cultural hasta entonces vigente. Ni la socialización familiar ni la cultura, ni las estrategias más cotidianas y ni siquiera sus peores pesadillas los preparaban para el empobrecimiento definitivo, sin retorno. Por ende, tampoco en la reserva de experiencias comunes de la sociedad argentina había disponibles estrategias adecuadas para hacer frente a tal situación, como sí la había para el tipo de crisis habitual, la inflación.

Durante el empobrecimiento, no sólo hay una reducción del capital económico sino que también el capital social anterior entra en una fase de suspenso. Todo capital social es entonces potencial, es decir, sugiere la posibilidad, pero de ningún modo la certeza de obtener beneficios de la red de conocidos.

En lo que respecta al “capital cultural”, tal concepto da cuenta de una serie de ventajas que los nuevos pobres obtienen en instituciones públicas como escuelas, hospitales u Obras Sociales: particularmente evidentes cuando se compara en una misma institución su desempeño con el de los pobres estructurales.

El diploma, la posición profesional, una vaga referencia al derecho o a la ciudadanía o todo atributo que los diferencie y eleve por encima de la masa de usuarios puede transformarse en capital mediante una operación de valorización exitosa.

Es evidente que gran parte de los que caracterizamos como el capital social de un individuo empobrecido, no era antes para él recursos sino amigos, familiares o vecinos. Las competencias lingüísticas o la capacidad argumentativa que ofician ahora de capital cultural, en la situación anterior ni siquiera estaban en un nivel conciente, o a lo sumo se las consideraban como “facilidad de palabra”, “poder de convencimiento”. En suma, un elemento no puede ser definido como capital social o capital cultural a priori, sólo podrá ser considerado como tal por sus efectos, por haber permitido obtener beneficios de algún tipo. La nueva pobreza pone en evidencia la incertidumbre, sobre el valor de los eventuales recursos, cuya utilidad y por ende, su definición como capital, no se verificará hasta la realización de una operación de valorización determinada.

En resumen, los nuevos pobres no pueden evitar la incertidumbre sobre el valor del capital cultural y social que poseen.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

Para los protagonistas de las historias que expondremos “Ser de clase media” remite en su óptica a una época para ellos pretérita, una suerte de edad de oro en la que el bienestar material estaba asegurado, la dignidad personal se mantenía intacta y el futuro se percibía con cierta tranquilidad.

En efecto, a lo largo de varias décadas, en el imaginario de muchos argentinos la pertenencia a la clase media simbolizaba la posibilidad del ascenso social, la garantía de que el trabajo y su compensación mantenían un vínculo indudable, la certeza de ser poseedores de una serie de derechos, la convicción de que la posesión de atributos educativos, culturales o del orden de los méritos individuales los distinguía con nitidez tanto de las clases dominantes como de los situados en los escalones inferiores de la estructura social.

Un conjunto amplio, que abarcaba desde docentes a comerciantes, de empleados públicos a trabajadores calificados y de profesionales a pequeños industriales, compartían tales convicciones. Sin embargo, para una significativa cantidad de miembros de ese grupo, aquella época pertenece al pasado.

Algunos ejemplos son: Beto, que hoy es un trabajador precario, su último trabajo formal fue a los 48 años como personal jerárquico de YPF (Yacimientos Petrolíferos Fiscales), Armando, que llegó a ser copropietario de un importante bazar mayorista, sobrevive en la actualidad con una magra jubilación junto a María; Octavio, que fue durante años empleado de la Caja Nacional de Ahorro y Seguro, es actualmente un desocupado de 55 años.

Todos ellos, están ahora como dice Octavio, “colgados de una soga”, apelando a todos sus recursos materiales y simbólicos, para intentar amortiguar los golpes de sus abruptas caídas. Han ingresado así a una nueva y precaria situación, cada vez más extendida en la Argentina, que el lenguaje sociológico ha dado en denominar “nueva pobreza”. Aunque no todos los que integran el grupo de los nuevos pobres provienen de los sectores medios- debido a que se estima que un 25% de ellos son antiguos pobres estructurales que habían logrado mejorar su situación en términos de vivienda e infraestructura, para volver a caer a causa del deterioro de sus ingresos por debajo de la línea de pobreza (Minujín, 1997). A diferencia de los generalmente denominados pobres estructurales – un grupo socialmente homogéneo, caracterizado por la falta de satisfacción de sus necesidades básicas y concentrado geográficamente en el cordón de barrios periféricos y villas miserias que rodea las ciudades, los nuevos pobres tienen, en general, sus necesidades básicas de tipo estructural satisfechas, aunque el deterioro de sus ingresos ha tornado a éstos insuficientes para solventar una canasta básica de bienes y servicios. Se trata de una pobreza dispersa, de “puertas adentro”, dado que pese al cambio de su situación continúan en general viviendo en los mismos barrios en los que habitaban con anterioridad. Las causas del descenso social de los nuevos pobres pueden ser muchas, entre otras, la pérdida total o parcial del empleo, la precarización de las condiciones laborales, la disminución del ingreso (por falta de actualización, la inflación, etc.), la viudez o divorcio, la enfermedad de un familiar cuyo tratamiento requiera grandes gastos, la

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

jubilación. La retirada del Estado de distintas áreas y el deterioro de la calidad de la educación y la salud pública han contribuido sin duda a la erosión de su nivel de vida. (Kessler: 2003)

6. Desarrollo

6.1 Análisis de la composición del Subsistema de la Seguridad Social Nacional y la naturaleza jurídica de los agentes del seguro que lo componen.

Luego de investigar sobre la naturaleza jurídica de las 299 Obras Sociales, que forman el Sistema Nacional del Seguro de Salud, quiero tomar la mirada del Doctor, Profesor e Investigador en Derecho Horacio A. Faillace (2008), porque creo que es enriquecedora, ante la predominante mirada médica, política, y cada vez más económica, sobre el Subsistema de la Seguridad Social Nacional.

Faillace (2008), se transcribe textual, nos dice:

“La atención de la salud de los habitantes de la República Argentina ha dejado de ser una prioridad indiscutible e indelegable del Estado para convertirse en otra de las actividades explotadas por el sector privado, entendido el concepto en sus variadas y posibles acepciones.

Poco queda de la concepción decimonónica del Estado liberal, que incluía el cuidado de la salud de la población en el espectro de sus funciones indelegables (justicia, salud, educación), y menos queda, todavía, del llamado “Estado de Bienestar” surgido en la segunda mitad del pasado siglo XX, a pesar de que, como lo sostiene Zamudio (1998), “el acceso igualitario a los servicios de salud (si bien complejo, exigible) y la justa asignación de los recursos de los recursos médicos: humanos, de infraestructura, tecnológicos, medicamentos, distribución del tiempo, etc., a fin de asegurar el derecho a la preservación de la salud – en Argentina, de rango constitucional -, es también un factor determinante de la problemática indicada.

En los últimos treinta años hemos presenciado la desactivación de la estructura del Estado benefactor y con ello, el reemplazo de la operación pública por la operación privada, decidida, de manera eminente y excluyente, por las reglas del mercado y la obtención del lucro como parámetros ontológicos.

En la década del sesenta del pasado siglo, el Estado había autorizado la acción de las Obras Sociales sindicales para la atención de la salud, como factor de complementación y, por qué no, de beneficio para los trabajadores encuadrados en las convenciones colectivas de trabajo. De esta forma se imaginaba aliviar el presupuesto nacional de una carga que bien podía ser atendida por quienes, se suponía, velarían por los intereses de los trabajadores afiliados a los sindicatos”.

“...En la década de los años sesenta del siglo pasado, el gobierno surgido de la violación del orden constitucional sancionó en el mes de junio de 1966, la ley 18.610 que bien podría ser caracterizada como la partida de nacimiento de las Obras Sociales sindicales.

Desde entonces, esos verdaderos apéndices de los sindicatos crecieron de manera geométrica, y, como lo hemos dicho, se convirtieron en administradoras de un patrimonio cuantioso, formado por el aporte de los trabajadores.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

La naturaleza jurídica de las llamadas “Obras Sociales” es materia de un debate no zanjado, puesto que la complejidad jurídica de su estructura no permite un tránsito sereno hacia la definición buscada.

El origen electivo de sus miembros y su vinculación a la organización sindical, presenta a las Obras Sociales como una extensión de la personería gremial concedida por el Estado a través de la autoridad de aplicación.

La existencia de un organismo de registro y superintendencia regulado por la ley 23.661 nos llevaría a considerar que existe una verdadera similitud con la personería gremial y su sometimiento a la Superintendencia que ejerce el Estado a través del Ministerio del área.

La finalidad altruista y solidaria las acerca a las asociaciones civiles sin fines de lucro, sobre todo porque carecen de objetivos gremiales, por lo menos en el plano de la abstracción teórica.

Asimismo, cuando actúan como efectores del sistema de salud lo hacen de la misma forma que las sociedades comerciales de medicina prepaga, asumiendo responsabilidades y obligaciones propias del derecho privado, a tal punto que pueden convocar a sus acreedores en el marco de la ley 24.522 y aun ser declaradas en quiebra.

En su Art. 2 de la ley 23.660:

“Art. 2° — Las Obras Sociales comprendidas en los incisos c), d) y h) del artículo 1 funcionarán como entidades de derecho público no estatal, con individualidad jurídica, financiera y administrativa y tendrán el carácter de sujeto de derecho, con el alcance que el Código Civil establece para las personas jurídicas; las Obras Sociales señaladas en los incisos a), e) y f) de dicho artículo funcionarán con individualidad administrativa, contable y financiera y tendrán el carácter de sujeto de derecho con el alcance que el Código Civil establece en el inciso 2 del segundo apartado del artículo 33.

Las Obras Sociales señaladas en el inciso b) del artículo 1, creados por leyes especiales al efecto, vigentes a la sanción de la presente ley, mantendrán sus modalidades administrativas, contables y financieras conforme a las leyes que le dieron origen, con las salvedades especificadas en los artículos 37, 38, 39 y 40 de la presente ley”.

De esta forma nos encontramos con una profusión de entes jurídicos que, teniendo los mismos fines y hasta la misma regulación legal, tienen una consideración diferente cuando distinta debería ser la naturaleza jurídica y el estatuto de cada uno de ellos.

La ley pretendió extender su posibilidad regulatoria a todas las Obras Sociales que contemplaba en su art. 1°, lo que permite afirmar que si existía identidad de fines e identidad de obligaciones, no había razón para sostener que unas son personas de derecho público no estatal y otras simples asociaciones civiles.

En principio, parece más exacto concluir que en su conjunto deben ser definidas como personas jurídicas de derecho privado con fines de Seguridad Social, y, por lo tanto, obligadas a excluir de su actividad la obtención de lucro o ganancias.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina”

...es necesario tener presente que las Obras Sociales sindicales han venido a reemplazar al Estado, nada más y nada menos, que en la atención de la salud de los trabajadores, razón por la cual su frecuente desfinanciamiento se traduce en una desatención del bien máspreciado de quienes deberían ser sus principales beneficiarios”

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla Nº 6 - Cantidad de Obras Sociales y Beneficiarios del Régimen de las leyes 23660 y 23661; agrupadas por tipología institucional e incisos (Art. 1ª Ley 23660); años 2004 y 2009.

Denominación de las Tipologías	Código R.NOS	Ley 23660 Art. 1º - Inciso	2009			2004	Diferencia en Cantidad de Obras Sociales por Inciso entre el Año 2004 y 2009	Diferencia en Cantidad de Beneficiarios por Inciso entre el Año 2004 y 2009	Diferencia % de Beneficiarios por Inciso entre el Año 2004 y 2009
			Cantidad de Obras Sociales	Total de Beneficiarios por Tipología	Total de Beneficiarios por Inciso	Total de Beneficiarios por Inciso			
TOTALES			299	18.412.905	18.412.905	14.133.585	14	4.279.320	23,24%
Las obras sociales sindicales correspondientes a las asociaciones gremiales de trabajadores con personería gremial, signatarias de convenios colectivos de trabajo.	1	a)	206	12.687.879	12.687.879	9.334.483	5	3.353.396	26,43%
Los institutos de administración mixta, las obras sociales y las reparticiones u organismos que teniendo como fines los establecidos en la presente ley hayan sido creados por leyes de la Nación; (500807 - PAMI).	5	b)	1	3.400.118	3.402.716	2.981.093	0	421.623	12,39%
Obras Sociales de Universidades Nacionales, que han adherido voluntariamente. Sólo informan Padrón dos.	5	b)	4	2.598			4		
Las obras sociales de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados; (Inciso sustituido por art. 1º de la Ley Nº 23890 B.O. 30/10/90). (2-0040-0 Correos). Antes: ley 23660 "Las obras sociales de la Administración central del Estado nacional, sus organismos autárquicos y descentralizados; la del Poder Judicial y las de las universidades nacionales".	2	c)	1	16.352	16.352	31.468	-1	-15.116	-51,96%
Las obras sociales de las empresas y sociedades del Estado.	...	d)	0	0	0	0	0	0	0
Las obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios.	4	e)	27	1.047.223	1.047.223	741.753	2	305.470	29,17%
Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2º inciso g) punto 4 de la ley 21.476; obras sociales por convenio EMPRESA - SINDICATO	3	f)	12	19.449	57.481	79.974	-3	-22.493	-39,13%
Las obras sociales constituidas por convenio con empresas privadas o públicas y las que fueron originadas a partir de la vigencia del artículo 2º inciso g) punto 4 de la Ley 21.476.	8	f)	3	22.196			0		
Obras Sociales de Empresas.	9	f)	1	15.836			0		
Las obras sociales del personal civil y militar de las Fuerzas Armadas, de seguridad, Policía Federal Argentina, Servicio Penitenciario Federal y los retirados, jubilados y pensionados del mismo ámbito, cuando adhieran en los términos que determine la reglamentación.	...	g)	0	0	0	0	0	0	0,00%
Toda otra entidad creada o a crearse que, no encuadrándose en la enumeración precedente, tenga como fin lo establecido por la presente ley. (Mutuales por ejemplo) Ley 23661 - "Art. 16.- Las entidades mutuales podrán integrarse al seguro, suscribiendo los correspondientes convenios de adhesión con la Secretaría de Salud de la Nación. En tal caso las mutuales se inscribirán en el Registro Nacional de Agentes del Seguro tienen respecto de sus beneficiarios y del sistema."	0	h)	31	1.144.426	1.201.254	964.814	10	236.440	19,68%
Obras Sociales por Adhesión, municipales.	7	h)	3	29.054			0		
Asociaciones de Obras Sociales (A.D.O.S.).	6	h)	10	27.774			-3		

Fuente: Elaboración propia sobre datos Julio 2009: Superintendencia de Servicios de Salud, y datos 2004: Rubén Torres. "Mitos y realidades de las Obras Sociales". Ediciones ISALUD. Buenos Aires. 2004.

Gráfico N° 5 – Cantidad de Obras Sociales Régimen de las leyes 23660 y 23661; agrupadas por tipología institucional (Inciso y N° RNOS) (Art. 1ª Ley 23660); años 2004 y 2009.

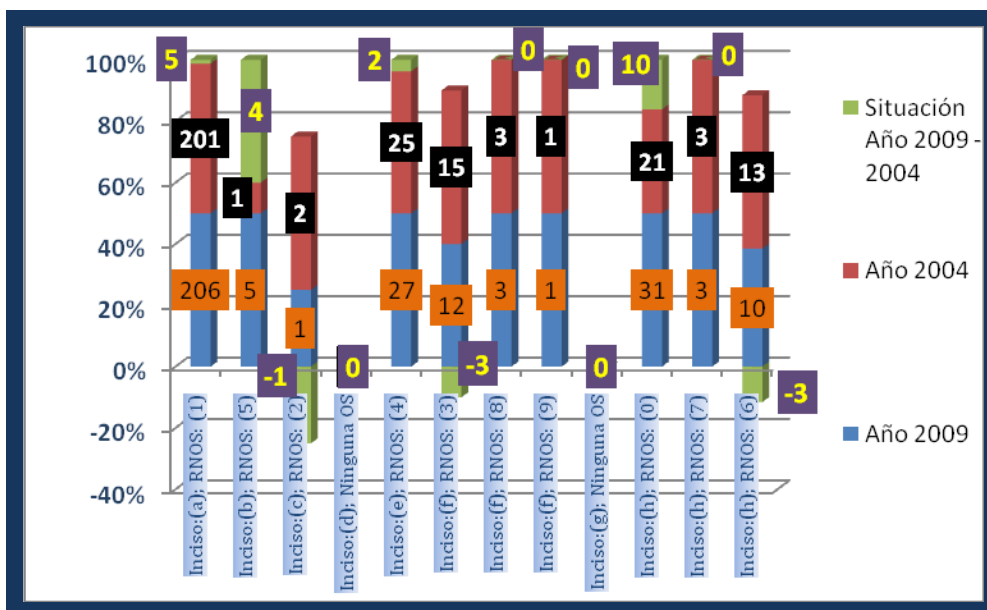
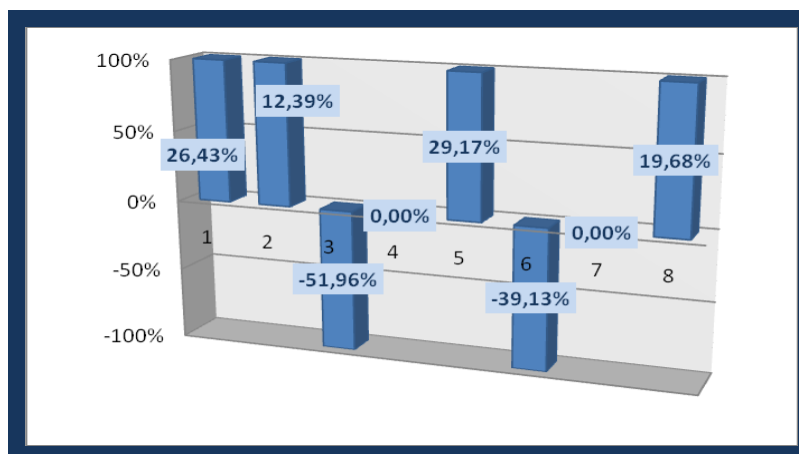


Gráfico N° 6 – Diferencia % del Total de Beneficiarios entre los años 2004 y 2009. Régimen de las leyes 23660 y 23661; agrupadas por tipología institucional (Inciso y N° RNOS) (Art. 1ª Ley 23660).



N° Serie	1	2	3	4	5	6	7	8
Inciso y RNOS	Inciso:(a); RNOS: (1)	Inciso:(b); RNOS: (5)	Inciso:(c); RNOS: (2)	Inciso:(d); Ninguna OS	Inciso:(e); RNOS: (4)	Inciso:(f); RNOS: (3, 8, 9)	Inciso:(g); Ninguna OS	Inciso:(h); RNOS: (0, 7, 6)
Diferencia % de Beneficiarios por Inciso entre el Año 2004 y 2009	26,43%	12,39%	-51,96%	0,00%	29,17%	-39,13%	0,00%	19,68%

Fuente: Elaboración propia sobre datos Julio 2009: Superintendencia de Servicios de Salud y datos 2004: Rubén Torres. "Mitos y realidades de las Obras Sociales". Ediciones ISALUD. Buenos Aires. 2004.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

En la Tabla y Gráficos anteriores, podemos observar en el año 2009 en comparación con el año 2004, un aumento de catorce (14) Agentes del Seguro, con ingresos y bajas según se detalla a continuación:

- Ingresaron al Subsistema de la Seguridad Social Nacional veintiún (21) Agentes del Seguro de Salud:
 - Cinco (5) obras sociales sindicales Inciso (a), RNOS (1)
 - Cuatro (4) obras sociales de Universidades Nacionales de forma voluntaria Inciso (b), RNOS (5)
 - Dos (2) obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios Inciso (e), RNOS (4)
 - Diez (10) entidades no encuadradas en ninguno de los demás incisos y que adhieren voluntariamente al sistema, por ejemplo: Mutuales, Inciso (h), RNOS (0)

- Se dieron de baja del Subsistema de la Seguridad Social Nacional siete (7) Agentes del Seguro de Salud:
 - Una (1) obra social de la administración central del Estado Nacional y sus organismos autárquicos y descentralizados Inciso (c), RNOS (2)
 - Tres (3) obras sociales por convenio Empresa –Sindicato Inciso (f), RNOS (3)
 - Tres (3) Asociaciones de Obras Sociales (A.D.O.S) Inciso (h), RNOS (6)

En relación con el número de total de beneficiarios del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, podemos notar un incremento del 23,24% del Padrón (4.279.320 nuevos beneficiarios), distribuido por inciso de la siguiente manera:

- 3.353.396 nuevos beneficiarios de las obras sociales sindicales Inciso (a), RNOS (1)
- 421.623 nuevos beneficiarios del PAMI Inciso (b), RNOS (5)
- 305.470 nuevos beneficiarios obras sociales del personal de dirección y de las asociaciones profesionales de empresarios (Inciso (e), RNOS (4));
- 236.440 nuevos beneficiarios en su mayoría entidades no encuadradas en ninguno de los demás incisos y que adhieren voluntariamente al sistema, por ejemplo: Mutuales, Inciso (h), RNOS (0); y algunos pocos de las Obras Sociales por Adhesión, municipales Inciso (h), RNOS (7)

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

El aumento de beneficiarios al Subsistema de la Seguridad Social Nacional en forma obligatoria, como sucede con las obras sociales sindicales y las del personal de dirección está directamente relacionado a las mejoras económicas de nuestro país y el control y fiscalización sobre el trabajo en negro; en el caso de PAMI (obra social de los jubilados y pensionados) del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, está relacionado a planes de facilidades que otorgo el estado argentino, para poder jubilarse a las amas de casa y a las personas que teniendo la edad para jubilarse no llegaban a los treinta años de aportes necesarios; y por último las entidades que voluntariamente ingresan al Subsistema con sus grupos de beneficiarios.

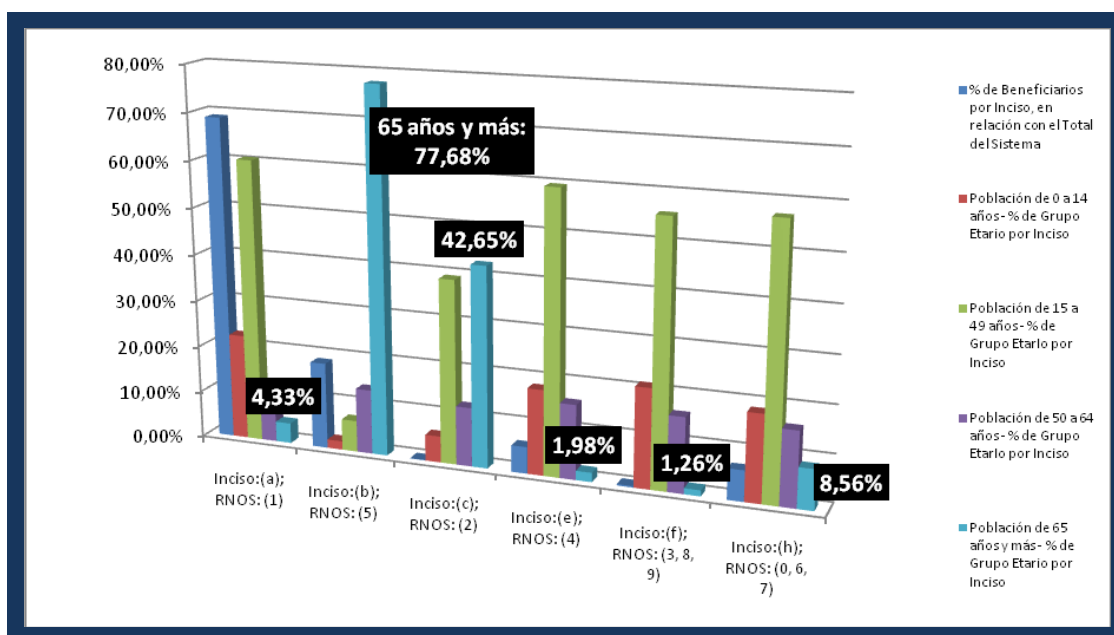
Tabla N ° 7 – Todos los Agentes del Subsistema de la Seguridad Social por Tipología y Grupo Etario en % - Marzo 2009

			Valores más Altos por Grupo Etario		Segundos Valores por Grupo Etario		Terceros Valores por Grupo Etario
Cantidad de Obras Sociales - Total: 299	Código RNOS	Ley 23660 - Inciso	% de Beneficiarios por Inciso, en relación con el Total del Sistema	Población de 0 a 14 años - % de Grupo Etario por Inciso	Población de 15 a 49 años - % de Grupo Etario por Inciso	Población de 50 a 64 años - % de Grupo Etario por Inciso	Población de 65 años y más - % de Grupo Etario por Inciso
206	1	a)	68,91%	22,56%	60,47%	12,65%	4,33%
6	5	b)	18,48%	1,83%	6,71%	13,79%	77,68%
1	2	c)	0,09%	5,63%	39,16%	12,57%	42,65%
0	...	d)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
27	4	e)	5,69%	18,17%	59,60%	15,85%	1,98%
16	3,8,9	f)	0,31%	21,12%	55,71%	15,97%	1,26%
0	...	g)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
44	0, 7, 6	h)	6,52%	18,48%	57,03%	15,93%	8,56%

Fuente: Elaboración propia, sobre datos Julio 2009 de la Superintendencia de Servicios de Salud

Gráfico N° 7 – % de Beneficiarios por Grupo Etario por Inciso (Art. 1º Ley 23660)

Año 2009



Fuente: Elaboración propia, sobre datos Julio 2009 de la Superintendencia de Servicios de Salud

Esta Tabla y el Gráfico nos permite una mirada, sobre los integrantes del Subsistema de la Seguridad Social Nacional tanto de sus agentes como de sus beneficiarios, como está integrado su “pool de riesgo”, el momento de su transición demográfica y epidemiológica, en una segunda mirada deberíamos llevar este análisis a cada agente, pero excedería los objetivos de este trabajo.

Tabla N° 8 – Comparativo por año y Naturaleza Jurídica de todas las Obras Sociales

Comparativo para los años	2002	2005	2006
Obras Sociales Sindicales	202	204	204
Obras Sociales Estatales	2	2	2
Obras Sociales por Convenio Empresa Sindicato	16	13	13
Obras Sociales de Dirección	24	27	27
Obras Sociales de Administración Mixta	1	5	1
Asociaciones de Obras Sociales	13	11	11
Obras Sociales por Adhesión	3	3	3
Ley N° 21.476	3	3	3
Obras Sociales de Empresas	1	1	1
Federaciones	3	0	0
Mutuales	3	0	3
Otra Naturaleza	20	27	30
TOTAL	291	296	298

Fuente: AGN, en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud – Año 2006

Tabla N° 9 –Total de Beneficiarios del Sistema por año

Fecha	Cantidad de Afiliados
31/12/2002	12.167.730
31/12/2005	15.530.855
31/12/2006	15.501.874
31/12/2009	18.412.905

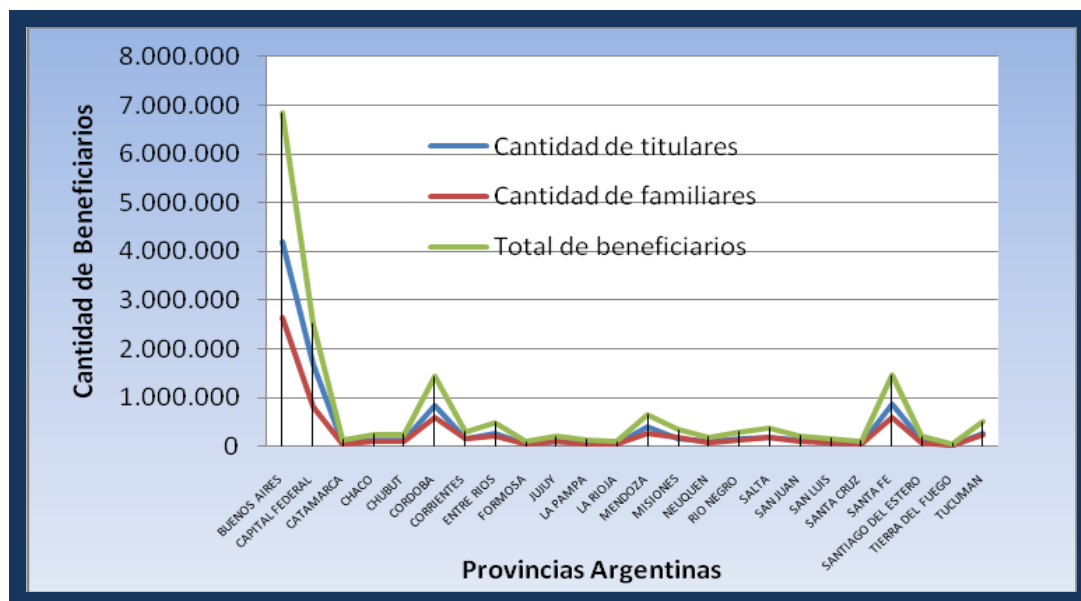
Fuente: AGN, en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud
– Año 2006 - Año 2009 elaboración propia en base a datos SSSalud.

Tabla N° 10 - Beneficiarios totales, titulares y familiares por provincia

Provincia	Cantidad de titulares	Cantidad de familiares	Total de beneficiarios	% del Total del Padrón
Totales	10.949.937	7.275.421	18.225.358	100%
BUENOS AIRES	4.196.498	2.645.146	6.841.644	37,54%
CAPITAL FEDERAL	1.700.126	820.943	2.521.069	13,83%
SANTA FE	871.565	592.130	1.463.695	8,03%
CORDOBA	848.736	587.372	1.436.108	7,88%
MENDOZA	396.272	261.779	658.051	3,61%
TUCUMAN	272.028	237.014	509.042	2,79%
ENTRE RIOS	272.500	216.733	489.233	2,68%
SALTA	188.698	195.129	383.827	2,11%
MISIONES	157.672	181.803	339.475	1,86%
CORRIENTES	157.598	146.350	303.948	1,67%
RIO NEGRO	166.971	131.147	298.118	1,64%
CHACO	136.106	118.056	254.162	1,39%
CHUBUT	128.731	114.634	243.365	1,34%
SAN JUAN	123.230	99.324	222.554	1,22%
JUJUY	103.698	109.520	213.218	1,17%
SANTIAGO DEL ESTERO	118.558	90.815	209.373	1,15%
NEUQUEN	113.885	86.264	200.149	1,10%
SAN LUIS	84.283	77.271	161.554	0,89%
CATAMARCA	89.217	53.571	142.788	0,78%
LA PAMPA	78.302	62.363	140.665	0,77%
SANTA CRUZ	60.339	52.700	113.039	0,62%
LA RIOJA	54.654	49.316	103.970	0,57%
FORMOSA	59.322	43.418	102.740	0,56%
TIERRA DEL FUEGO	31.371	29.094	60.465	0,33%

Fuente: Elaboración propia, en base a datos Agosto 2009 de la Superintendencia de Servicios de Salud

Gráfico N° 8 - Beneficiarios totales, titulares y familiares por provincia



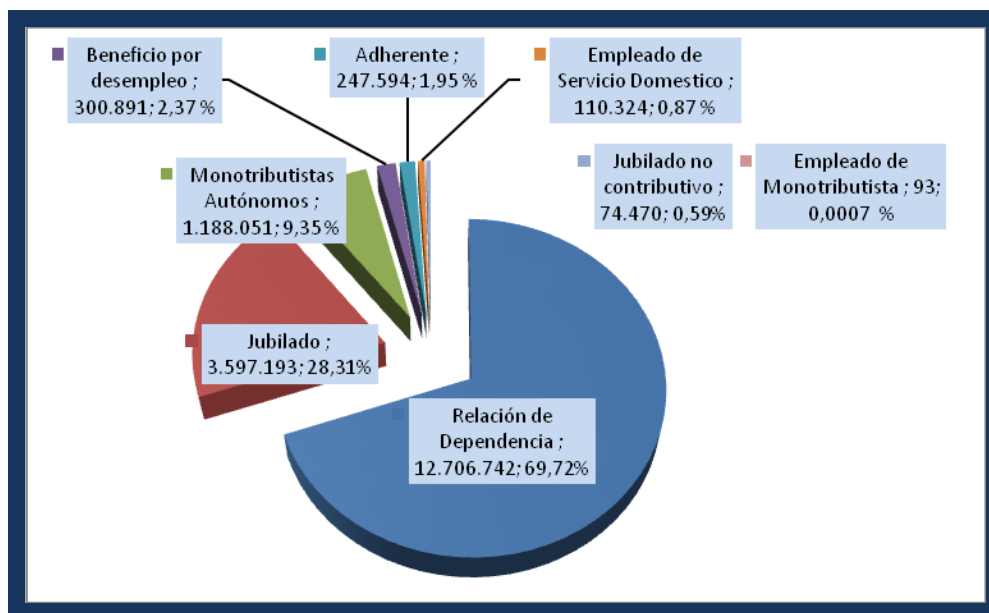
Fuente: Elaboración propia, en base a datos Agosto 2009 de la Superintendencia de Servicios de Salud

Tabla N° 11 - Por tipo de beneficiario

Tipo de beneficiario	Cantidad Total	% del Total
Total	18.225.358	100%
Relación de Dependencia	12.706.742	69,72%
Jubilado	3.597.193	28,31%
Monotributistas Autónomos	1.188.051	9,35%
Beneficio por desempleo	300.891	2,37%
Adherente	247.594	1,95%
Empleado de Servicio Domestico	110.324	0,87%
Jubilado no contributivo	74.470	0,59%
Empleado de Monotributista	93	0,0007%

Fuente: Elaboración propia, en base a datos Agosto 2009 de la Superintendencia de Servicios de Salud

Gráfico N° 9 - por tipo de beneficiario



Fuente: Elaboración propia, en base a datos Agosto 2009 de la Superintendencia de Servicios de Salud

Las Tablas y Gráficos anteriores nos muestran la forma en que está creciendo el número de beneficiarios, en que provincias están concentrados, su conformación por Titulares aportantes y sus familias, y en la categoría “Tipo de Beneficiario” con la que entran al Subsistema de la Seguridad Social Nacional, a continuación desarrollaremos según la normativa vigente por cada “Tipo de Beneficiario” cuanto aportan para el financiamiento de las prestaciones que deben brindar:

- Trabajadores en relación de dependencia: financiación: 3% Aportes/5% Contribuciones / 1.5% por personas a cargo fuera del grupo familiar primario; Aportes al Fondo Solidario de Redistribución: OS Sindicales para sueldos brutos iguales ó inferiores a \$ 2.400.-.10% y para sueldos superiores 15%. OS de Dirección 15% y 20% respectivamente. (Decreto 10/2009).
- Monotributistas: financiación: Resolución General AFIP N° 2746/2010 - Titular \$ 70.-; \$ 70.- por cada integrante del grupo familiar primario; Monotributo Social \$ 35.- y 35.- respectivamente; Aportes al Fondo Solidario de Redistribución: 10% según corresponda.
- Adherentes a OSSN: financiación: de bolsillo - Según escala Res. SSSalud N° 737/2007; Aportes al Fondo Solidario de Redistribución: Res. SSSalud N° 490/90 – INOS – Fija el 10% de la cuota en el caso de las Obras Sociales sindicales y el 15% para las Obras Sociales de dirección.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

- Subsidio de Desempleo: financiación: Transfiere el ANSES a la obra social que tenía en situación de empleo. no puede ejercer opción de cambio de OS. según Decreto N° 1901/2006; no aporta al Fondo Solidario de Redistribución.
- Empleadas del Servicio Doméstico: financiación: Según escala Resolución General N° 2538/2009; Aportes al Fondo Solidario de Redistribución: 10%.
- Jubilados y Pensionados que optaron por OSSN que reciben Jubilados y Pensionados: financiación: Resolución Conjunta 128/2010, 274/2010 y 428/2010 - MECON - MTRABAJO - MSAL – \$ 148,00.- por Beneficiario. lo transfiere el ANSES sacándolo de la partida de PAMI.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) ó popularmente llamado PAMI (Programa de Atención Médica Integral): Fue fundado por la Ley 19032 (Mayo 1971), que luego fue modificada por la ley 25615 (Julio 2002). Su acción queda sometida al contralor de la Auditoría Interna de PAMI, quedando su auditoría externa a cargo de la Auditoría General de la Nación. Reiteradamente los informes de la AGN destacan la falta de control y fiscalización de Superintendencia de Salud sobre el PAMI. No aporta al Fondo Solidario de Redistribución según el Art. 1 de la ley 25615 y en la misma ley en su Art. 6 define como se financiará: del haber de sus jubilados y pensionados que reciban el haber mínimo el 3% y el 6% para los haberes superiores al mínimo; del haber de los jubilados y pensionados autónomos el 6%; de los autónomos en actividad el 5% del aporte que corresponda a su categoría; de la remuneración de todos los trabajadores en actividad del Subsistema de la Seguridad Social el 3% en concepto de aporte y el 2% como contribución de sus empleadores; y por último con los aportes del Tesoro que determine la Ley de Presupuesto Nacional para cada período anual.

Fondo Solidario de Redistribución (FSR):

Las cotizaciones al Fondo Solidario de Redistribución tienen dos destinos:

- el apoyo económico a los Agentes del Seguro sobre una canasta de prestaciones de alto costo y baja incidencia. Administrado por la Administración de Programas Especiales (APE);
- Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales “SANO” (Decreto 576/93) que garantiza a los Agentes del Seguro la percepción de una cotización mínima mensual por cada uno de sus beneficiarios. Administrado por la Subgerencia de Informática de la Superintendencia de Servicios de Salud.

A esos fines se aprobó una denominada Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo (Decreto N° 1901/06), teniendo en consideración los diferentes grupos etarios, este subsidio cubre la diferencia entre el total de aportes y contribuciones de cada individuo titular del grupo

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

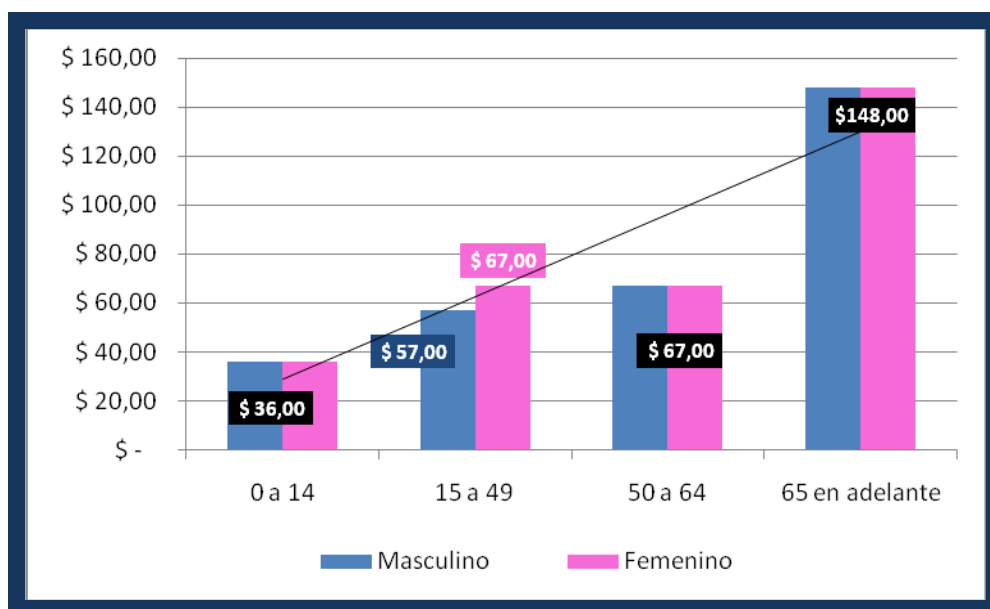
familiar y los valores definidos en la Matriz para cada integrante del grupo familiar. Este mecanismo se hace efectivo en la medida que las empresas cumplen con sus obligaciones y en los valores para los mayores hombres de 65 años y mujeres 60 años se compensan mientras estén en actividad, cuando adquieran la condición de jubilados o pensionados el ANSES del presupuesto de PAMI le transferirá a los Agentes que están inscriptos para recibir jubilados una cápita, según esta Matriz de Ajuste por Riesgo:

Tabla N ° 12 – Matriz de Ajuste por Riesgo por Edad

Matriz de Ajuste por Riesgo por Individuo		
Grupo Etario	Valor Asignado	
Edad	Masculino	Femenino
0 a 14	\$ 36,00	\$ 36,00
15 a 49	\$ 57,00	\$ 67,00
50 a 64	\$ 67,00	\$ 67,00
65 en adelante	\$ 148,00	\$ 148,00

Fuente: Decreto 330/10

Gráfico N ° 10 – Matriz de Ajuste por Riesgo por Edad



Fuente: Decreto 330/10

A continuación, para ampliar esta perspectiva del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, es importante tener en cuenta algunas aclaraciones sobre los Derechos y Obligaciones, tanto de los beneficiarios como de los Agentes del Seguro:

- El Decreto 576/93 en su Art. 16 deja muy claro que las cotizaciones son del

trabajador, los Agentes del Seguro son administradores de las mismas “...Los aportes y contribuciones que, por imperativo legal, se efectúan sobre la base de la remuneración del trabajador a favor del sistema de salud, le pertenecen pues constituyen parte de su salario diferido y solidario, Los trabajadores y empleadores, de manera individual o colectiva pueden pactar entre sí o con el agente del Seguro respectivo un aporte adicional. Las Obras Sociales podrán recibir aportes y contribuciones voluntarios adicionales...”

- La Resolución SSSalud 075/98 ha establecido un mecanismo de reclamo frente a hechos o actos de los Agentes del Sistema de Salud que afecten la normal cobertura de las prestaciones que están obligadas a brindar. Cabe destacar que mediante la Resolución SSSalud 457/00 resulta obligatoria la exhibición de un afiche en todos los centros de atención al público de las Obras Sociales y de los prestadores por ellas contratados, en el que se informa sobre el derecho de los beneficiarios a recurrir a tal procedimiento.
- Opción de Cambio (Derecho de los Beneficiarios Obligatorios únicamente) (Decreto 504/98) Establece la sistematización y adecuación de la reglamentación del derecho de opción de cambio por parte de los beneficiarios titulares del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Cada beneficiario no puede estar afiliado a más de un (1) agente del Seguro, en forma obligatoria, puede pertenecer a dos agentes uno en forma obligatoria y al otro voluntaria (Beneficiario Adherente). Los Agentes del Seguro no podrán efectuar discriminación alguna para acceder a la cobertura básica obligatoria (PMO) por parte de los beneficiarios, quedando prohibido realizar exámenes psico-físicos o equivalentes, cualquiera sea su naturaleza. como requisito para la admisión (sólo es permitido a los Beneficiarios Adherentes). Los Agentes del Seguro no podrán imponer períodos de carencia, ni decidir unilateralmente sin causa la baja del afiliado (Decreto 576/93). La opción de cambio podrá ejercerse sólo una vez al año durante todo el año calendario y se hará efectiva a partir del primer día del tercer mes posterior a la presentación de la solicitud. La opción deberá ejercerse en forma personal ante la Obra Social elegida, (los Jubilados y Pensionados en la ANSES), la que deberá enviar semanalmente los formularios y la nómina de las opciones recibidas en soporte magnético a la SSSalud, la que a su vez lo comunicará:
 - a la Administración Nacional de la Seguridad Social para su procesamiento y actualización del padrón de beneficiarios;
 - a la Obra Social de origen;
 - a la Administración Federal de Ingresos Públicos, quien dentro del plazo

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

de quince (15) días informará a la SSSalud sobre los aportes y contribuciones efectuados en los últimos doce (12) meses a la Obra Social de origen.

Las Obras Sociales deberán brindar la más amplia información a los beneficiarios y entregar una cartilla que contenga los planes y programas de cobertura, bajo constancia. Cuando ambos cónyuges fueran afiliados titulares, podrán unificar sus aportes en una misma Obra Social. La Administración Federal de Ingresos Públicos arbitrará las medidas necesarias a fin de que, cuando se efectivice el cambio, se transfiera automáticamente a la Obra Social elegida el total de los aportes que correspondan.

La obra social receptora de la opción de cambio de un beneficiario obligatorio, no podrá establecer carencias ni preexistencias ni ningún examen que condicione su admisión, por lo que está establecido en la Resolución 420/1997 ANSSAL, que durante nueve meses la obra social de origen deberá abonar a la obra social receptora la cobertura asistencial respecto de las enfermedades que estuvieran en tratamiento o fueran crónicas preexistentes, comprende las siguientes patologías: a) enfermedades coronarias crónicas y sus complicaciones; b) lupus eritematososistémico – dermatomiositis - esclerodermia; c) insuficiencia renal crónica en hemodiálisis; d) enfermedades oncológicas; e) policitemia vera y aplasia medular; f) enfermedades congénitas y sus complicaciones; g) Parkinson; h) epilepsia; i) diabetes, insulino dependiente; j) afecciones psiquiátricas crónicas que requieran internación; k) miopatías crónicas progresivas; l) catarata oftálmica; ll) colocación de prótesis y órtesis por patologías previas; m) enfermedad obstructiva crónica pulmonar complicada; n) secuelas de ACV y enfermedades en rehabilitación permanente. Los valores de las prestaciones estarán sujetos a los valores del nomenclador del Régimen Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, y los procedimientos administrativos de las presentaciones también a la normativa que rige al RNHPGD.

Los jubilados y pensionados sólo podrán elegir entre el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y las Obras Sociales inscriptas en el Registro Nacional de Obras Sociales para recibir jubilados y pensionados.

No podrán ejercer el derecho de opción:

- Los beneficiarios una vez extinguida su relación laboral quedando su cobertura a cargo de la Obra Social a la que se encontraban afiliados durante los tres (3) meses previstos en la Ley Nº 23.660.
- Los trabajadores cuya retribución mensual sea inferior a los tres (3) MOPRES.

La Obra Social receptora no tendrá obligación de dar al afiliado proveniente de otra Obra Social más cobertura que el Programa Médico Obligatorio (PMO), aun cuando la cobertura para sus afiliados originarios fuere mayor. En este último caso los nuevos afiliados

podrán optar por pagar un suplemento determinado por la Obra Social elegida para equiparar su plan prestacional con el de los afiliados de origen.

6.2 Análisis de los indicadores que el marco normativo del Subsistema de la Seguridad Social Nacional exige a sus agentes.

Los Agentes del Seguro que en forma obligatoria o voluntaria integran el Subsistema Nacional de la Seguridad Social están obligados por la leyes 23660 y 23361, a presentar ante la Superintendencia de Servicios de Salud previo a su ejecución sus programas médico-asistenciales, junto a los presupuestos para su ejecución; y de los períodos anuales vencidos su Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros, como así también copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de que la SSSalud pueda confeccionar un registro de los mismos.

Estas obligaciones que así expuestas en las leyes parecen sencillas se complejizan, a través de Decretos, Resoluciones del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Servicios de Salud, donde muchas veces se les solicita en diferentes presentaciones, que los Agentes del Seguro están obligados a cumplimentar la misma información ó presentaciones tanto en papel como en formato digital que no está al acceso de otras áreas de la Superintendencia de Servicios de Salud, no están disponibles en el Tablero de Indicadores Generales del organismo. Los porcentajes de Agentes del Seguro que cumplen con estas obligaciones es también un problema, como se encuentra en detalle más adelante en este trabajo, cuando analizamos el último informe de la Auditoría General de la Nación.

Para presentar los indicadores del marco normativo del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, la información que deben presentar los agentes a la SSSalud y de no hacerlo según las leyes 23660 y 23661 deberían ser sancionadas, están organizadas en dos grandes grupos: obligaciones prestacionales y económico-financieras.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N° 13 – Obligaciones referidas a lo Prestacional

Tipo de Presentación	Normativa	Descripción	Presentación		
			Forma	Plazo	Fecha de Inicio
Programa Médico Asistencial (PMA)	Res. SSSalud 83/2007		Soporte Magnético y Papel	A anual	90 días previos a la fecha del cierre del ejercicio económico.
Cartillas	Res. SSSalud 76/989		Papel	A anual	Luego de aprobado el PMA
Planes Superadores	Res. SSSalud 195/98		Papel	Presentación previa a su implementación, luego de aprobado el PMA y la Cartilla.	
Planes para Beneficiarios Adherentes	Res. INOS 490/90		Papel		
Contratos con Prestadores (Incluye Farmacia)	Res. SSSalud 194/01 y 94/06 anexos IV y V	Copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período a efectos de confeccionar un registro de los mismos. Dictamen 3° Ejemplar para ahorrar \$\$\$	Papel	A anual	
Planes Preventivos	Res. SSSalud 806/2007 = Res.650/97 Periodos.	Programas: Programa de Prevención de Dislipemias, de Cáncer de Cuello de Útero e Infección por HPV, de Cáncer de Mama, de Prevención y Detección Precoz de la Diabetes, de la Obesidad, del Cáncer Colorectal (CCR), para la Hipertensión Arterial, de Prevención y Tratamiento Antitabaco.	Soporte Magnético y Papel	1° Trimestre: Enero/Marzo 2°Trimestre: Abril/Junio 3°Trimestre: Julio/Septiembre 4°Trimestre: Octubre/Diciembre. Período de actualización anual 31 de diciembre. Luego de operado el vencimiento, tanto los trimestrales como el anual, tienen 30 días de plazo para presentarlo.	27/12/2007
	Res. Msal.201/02 y sus modificatorias. Planes Preventivos PMO	Plan Materno Infantil - durante el embarazo y hasta el primer mes luego del nacimiento; Atención del recién nacido hasta cumplir un año de edad; Programas de Prevención de Cánceres Femeninos: de mamas y cuello uterino; Odontología preventiva; Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable.	Actualmente no se existe en la SSSalud un área que los apruebe, no los presentan. Los mencionan en las presentaciones del PMA.		
	Res. SSSalud 83/2007	PMA - La población bajo programa en forma cuantitativa y no por listado nominal, en forma trimestral y los resultados de los Programas Preventivos cada 6 meses	Aplicativo Informático	Trimestral y Semestral	01/01/2008
Información Epidemiológica	Res. SSSalud 83/2007	PMA - Sistema Básico de Datos de la Seguridad Social	Aplicativo Informático	1° Trimestre: Enero/Marzo 2°Trimestre: Abril/Junio 3°Trimestre: Julio/Septiembre 4°Trimestre: Octubre/Diciembre.	01/01/2008
		PMA - Información de Vigilancia Epidemiológica Obligatoria			
	Res. ANSSAL 650/97	Información Epidemiológica Anexo II - Registro de Consultas Médicas y Prácticas Ambulatorias; Registro de Egresos Hospitalarios y Sanatoriales; Anexo III - Relevamiento de Recursos Humanos en establecimientos propios de la obra social; Anexo IV - Relevamiento de recursos físicos propios y equipamiento afectado a prestaciones médico-asistenciales; Registro de Selección de Patologías, Por jurisdicción; Población Total de Pacientes con Diagnóstico y en Tratamiento: VIH / SIDA, Bulimia / Anorexia, Alcoholismo / Drogadicción, Oncológicos, Diabetes, Hemofilia, Discapacitados.	Soporte Magnético y Papel	1° Trimestre: Enero/Marzo 2°Trimestre: Abril/Junio 3°Trimestre: Julio/Septiembre 4°Trimestre: Octubre/Diciembre. Período de actualización anual 31 de diciembre. Luego de operado el vencimiento, tanto los trimestrales como el anual, tienen 30 días de plazo para presentarlo.	30/06/1997
	Res. SSSalud 331/04	Información Epidemiológica sobre las Prestaciones Farmacéuticas.	Aplicativo Informático	1° Trimestre: Enero/Marzo 2°Trimestre: Abril/Junio 3°Trimestre: Julio/Septiembre 4°Trimestre: Octubre/Diciembre.	01/07/2004

Fuente: Elaboración propia, en base a la normativa vigente.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N ° 14 - Sistema Básico de Datos de la Seguridad Social

A - Demográficos				
		Unidad de Medida	Categorías	Sub-categorías
1 - Tasa de Natalidad	Relación Nacidos Vivos / Población Total	Por 1.000 Habitantes		
B - Del Estado Salud - Enfermedad				
1 - Tasa de Mortalidad General		Por 1.000 Habitantes		
2 - Tasa de Mortalidad Infantil		Por 1.000 Nacidos Vivos	Reportada. Estimada	Neonatal (0 a 27 días); Post-neonatal (de 28 días a < 1 año)
3 - Tasa de Mortalidad Materna	Tipo: Razón	Por 100.000 nacidos vivos	Mujeres	
4 - Prevalencia de Bajo Peso al Nacer	Tipo: Proporción	Por ciento		
5 - Salud Bucodental: Índice CPOD a los 12 años de edad.	Tipo: Índice	Dientes		
6 - Prevalencia de sobrepeso en Población Adulta	Tipo: Proporción	Por ciento	Hombres. Mujeres entre 20 y 74 años	
7 - Prevalencia de Diabetes Tipo I y II en población general	Tipo: Tasa	Por 100.000 personas		
8 - Egresos Hospitalarios y/o Sanatoriales por enfermedad diabética y sus complicaciones	Tipo: Razón	Por 100 Habitantes		
9 - Prevalencia de Hipertensión Arterial en población general	Tipo: Tasa	Por 100.000 Habitantes		
10 - Egresos Hospitalarios y/o Sanatoriales por Hipertensión Arterial y sus complicaciones	Tipo: Razón	Por 100 Habitantes		
Fuente: Elaboración propia, en base a la Res. SSSalud 83/07				

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N ° 15 – Programa Médico Asistencial (PMA)		
Propuesta: Programa Médico Asistencial (PMA)		
1. Objetivo General		
2. Objetivos específicos		
3. Metas		
4. Material y Métodos	4.1 Recursos	4.1.1 Recursos Físicos
		4.1.2 Recursos Humanos
		4.1.3 Recursos Económicos
	4.2 Procedimientos	4.2.1 Estrategias para identificar las causas: Agente; Huésped; Medio ambiente
		4.2.2 Selección de las enfermedades de atención prioritaria
		4.2.3 Selección de las sub-poblaciones
		4.2.4 Identificación de factores de riesgo de las sub-poblaciones o de grupos poblacionales por edad y sexo identificadas como de riesgo
		4.2.5 Estrategias para actividades de prevención
		4.2.6 Estrategias para combatir las principales causas de enfermedad, muerte, discapacidad. riesgo de lesiones en el trabajo
El Agente del Seguro deberá intensificar las acciones de vigilancia epidemiológica. Por las implicancias que representan. En las patologías de notificación obligatoria garantizando su tratamiento y notificación en tiempo y forma según Ley N° 15.465 y Decreto Reglamentario N° 771.		
Fuente: Elaboración propia, en base a la Res. SSSalud 83/07		

Tabla N ° 16 – Información Epidemiológica sobre las Prestaciones Farmacéuticas	
Anexo I – Información Epidemiológica a remitir por los Agentes del Seguro de Salud	
1	Cantidad total de afiliados asistidos con medicamentos en el I nivel desagregados por región geográfica y/o prestacional
2	Cantidad total de recetas facturadas al Agente en el trimestre y monto total facturado en dicho período. por convenio y/o contrato
3	Cantidad de prestadores farmacéuticos adheridos y su representación proporcional en el GASTO
4	Gasto farmacéutico ambulatorio con cobertura al 40% del Precio de Referencia (F.T. PMO: Anexo III y IV)
5	Gasto farmacéutico ambulatorio con cobertura al 70% del Precio de Referencia (F.T. PMO: Anexo III y IV)
6	Gasto farmacéutico ambulatorio con cobertura al 100% a cargo del Agente del Seguro de Salud
7	Gasto farmacéutico por medicamentos por Excepción (Anexo V del PMO)
8	Padrón de afiliados identificando beneficiario afectado por las patologías establecidas en las coberturas 70% y 100% (especificando cada una) y la cantidad de beneficiarios por región y agrupados por edad
9	Ranking de problemas de salud (patologías) determinantes del Gasto Ambulatorio Total de Medicamentos.
10	Ranking de medicamentos determinantes del Gasto Ambulatorio Total de Medicamentos (representación de cada genérico y/o producto en el gasto total)
Fuente: Elaboración propia, en base a Res. SSSalud 331/04	

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Como Anexo I del presente trabajo, se adjunta un listado completo de la canasta de prestaciones médico asistenciales obligatorias mínimas, que deben brindar a sus beneficiarios los Agentes del Seguro, que forman el Sistema de la Seguridad Social Nacional Argentina, independientemente si su incorporación al sistema ha sido en forma obligatoria o voluntaria. Los Agentes del Seguro pueden decidir brindar más prestaciones médico-asistenciales, que las que obliga la legislación vigente.

Tabla N ° 17 - Obligaciones referidas a lo Económico - Financiero			
Informes a presentar con intervención Profesional de un Contador Público Nacional			
Normativa	Descripción	Forma	Plazo
Res. SSSalud 744/2004	Estado de Origen y Aplicación de Fondos	Mensual	Último día hábil del 2º mes siguiente al Período informado
Res. SSSalud 98/2006	Estado de Situación Financiera		
Ley 23660 Art. 4º Inc. b	Presupuesto de Gastos y Recursos	Anual	90 días antes del inicio del ejercicio económico
Res. 330/91 ANSSAL	Lineamientos para la presentación del Presupuesto		
Ley 23660 Art. 4º Inc. c	Memoria General y Balance de Ingresos y Egresos	Anual	90 días posteriores al cierre del ejercicio
Res. 980/81 ANSSAL	Modelo de Presentación y Plan de Cuentas		
Res. 349/90 ANSSAL	Presentación conforme Normas Técnicas de la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas (F.A.C.P.C.E)		

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud - Gerencia de Control Económico Financiero - Racca, Oscar.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N ° 18 - Presupuesto de Gastos y Recursos
Presupuesto de Gastos y Recursos
Denominación del Agente del Seguro de Salud:
Domicilio actualizado. código postal. teléfono:
Número de inscripción otorgado por el INOS - ANSSAL:
1. ORIGEN DE LOS FONDOS
1.1 Ingresos Ordinarios:
1.1.1 Para el cálculo mensual de los ingresos en concepto de aportes y contribuciones. art. 19 ley N° 23660 inc. a). b) y c) se considerará el importe que surja de multiplicarse:
a) Promedio mensual del número de titulares aportantes tomando en consideración los últimos seis (6) meses. por:
b) Salario medio de la actividad vigente a la fecha de la preparación del presupuesto. referenciando la norma ó acuerdo homologado. Al monto antes obtenido deberá adicionarse en el mes que corresponda los siguientes importes: Sueldo anual complementario; variaciones por estacionalidad. si las hubiere. consideraciones de su cálculo e importe; Variación esperada por modificación en el salario real. si existieren condiciones de certeza que hagan valedera su inclusión.
1.1.2 Otros: Se incluirán aquí otros ingresos de carácter periódico. establecidos por normativas especiales que no correspondan al encuadre en el punto 1.
1.1.4. Por ventas
1.1.4.1. Servicio médico-asistencial
1.1.4.2. Productos de farmacia y óptica
1.1.4.3. Turismo y otros
1.1.5. Coseguros cobrados a beneficiarios
1.1.6. Recupero préstamos otorgados
1.1.7. Otros: Se incluirán. con la debida especificación. a efectos de sus individualidades.
SUBTOTAL
1.2 Otros ingresos:
1.2.1. Renta de Inversiones
1.2.1.2. Intereses y otras rentas: Deberán discriminarse por cada inversión financiera que genera el origen de los fondos.
1.2.2. Recupero capital e inversiones: Deberá exhibirse cada colocación financiera que no se reinvierta a su vencimiento y/o aquellas inversiones de otro tipo que sean vendidas o negociadas en el período.
1.2.3. Subsidios ley N° 23661: Deberán discriminarse con indicación específica del encuadre del beneficio recibido (p.ej. Art. 24 inc a) o Art. 24 inc b). acápites 2º. 3º. 4º o 5º)
1.2.4. Otros subsidios y subvenciones: Se incluirán aquellos de carácter no periódico. con indicación expresa del concepto que los generó.
1.2.5. Donaciones. legados. etc.
1.2.6. Préstamos. ley 23661: Deberá indicarse el destino que se le dará al préstamo recibido.
1.2.7. Otros préstamos: Deberá discriminarse cada préstamo recibido. indicando nombre del acreedor. vencimiento de la obligación. intereses pactados y motivos que generaron la captación de fondos.
1.2.8. Venta de bienes de uso
1.2.9. Otros: Deberá especificarse cada ingreso a efectos de su individualización.
SUBTOTAL
TOTAL
2. APLICACIÓN DE LOS FONDOS
<i>Consideraciones generales:</i> a) En cada mes presupuestado deberán incluirse aquellos egresos cuya exigibilidad de pago se espera que opere en ese período. b) Los egresos proyectados por deudas cuyos vencimientos operaron en períodos anteriores a los presupuestados se mostrarán expuestos en forma separada de aquellos apropiables al período. en el rubro que corresponda. c) En los casos de apropiación de erogaciones que. correspondientes a un ítem de índole general incidan en su participación en varias áreas. deberá indicarse el monto parcializado y el porcentaje de asignación a cada una de ellas.
2.1 Prestaciones Médicas:
2.1.1 Servicios Propios:
2.1.1.1. Sueldos: En el acápite correspondiente a sueldos deberá indicarse cantidad de personal en relación de dependencia y convenio que rige su actividad. incluyéndose los montos que se estiman pagar de acuerdo a la modalidad de efectivización implementada.
2.1.1.2. Cargas Sociales
2.1.1.3. Honorarios: En el acápite correspondiente a honorarios deberá indicarse el número de profesionales contratados discriminados por área de competencia.
2.1.1.4. Insumos sanatoriales: Deberán incluirse las erogaciones en concepto de elementos fungibles tales como medicamentos. drogas. etc.. afectados a los servicios sanatoriales.
2.1.1.5. Bienes de consumo: Deberán incluirse en este acápite aquellos bienes tales como vajilla. enseres. ropa y otros que no se consumen con el primer uso. afectados al funcionamiento de los servicios sanatoriales.
2.1.1.6. Gastos de funcionamiento
2.1.1.7. Actualizaciones monetarias
2.1.1.8. Otros
2.1.2 Servicios contratados:
2.1.2.1. Prestaciones médicas
2.1.2.2. Prestaciones odontológicas
2.1.2.3. Prestaciones farmacéuticas
2.1.2.4. Prestaciones bioquímicas
2.1.2.5. Servicios de ambulancia
2.1.2.6. Actualización monetaria
2.1.2.7. Otros: En el caso que se efectúe apropiación de erogaciones de índole general al área de prestaciones médico-asistenciales. deberán incluirse en este acápite. conforme lo indicado en el punto c) de las Consideraciones Generales.
2.2 Otras prestaciones correspondientes a:
2.2.1. Servicios propios: Deberá individualizarse cada prestación en razón de su tipo (guardería. etc.) con desagregación similar a la prevista para el punto 2.1.1.
2.2.2. Servicios contratados: Deberá individualizarse cada prestación en razón de su tipo.
2.3 Prestaciones de Turismo y recreación:
2.3.1. Servicios propios:
2.3.1.1. Sueldos
2.3.1.2. Cargas Sociales
2.3.1.3. Honorarios
2.3.1.4. Insumo Hotelaría: Deberán incluirse las erogaciones en concepto de elementos fungibles afectados a la atención de los beneficiarios. tales como alimentos. bebidas. etcétera.
2.3.1.5. Bienes de Consumo: Deberán incluirse en este acápite aquellos bienes tales como vajilla. enseres. ropa y otros que no se consumen con el primer uso. afectados al funcionamiento de los servicios de hotelería.
2.3.1.6. Gastos de Funcionamiento
2.3.1.7. Actualizaciones monetarias

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

2.3.1.8. Otros: En caso que se efectúe apropiación de erogaciones de índole general al área de prestaciones de turismo y recreación. deberán incluirse en este acápite. conforme lo indicado en el punto c) de las Consideraciones generales.
2.3.2. Servicios contratados: Deberán discriminarse dentro de este ítem las erogaciones proyectadas conforme la política de contratación. la cual deberá ser explicitada.
2.4. Gastos de Administración: Se incluirán aquí otros gastos de carácter periódico establecidos por normativas especiales que no correspondan al encuadre en el punto 1.
2.4.1. Sueldos
2.4.2. Cargas sociales
2.4.3. Honorarios y servicios contratados.
2.4.4. Servicios Públicos
2.4.5. Gastos de Funcionamiento
2.4.6. Actualizaciones monetarias
2.4.7. Otros: En caso que se efectúe apropiación de erogaciones de índole general al área administrativa. deberán incluirse en este acápite. conforme lo indicado en el punto c) de las Consideraciones Generales.
2.5. Costos Financieros: <i>Todas aquellas erogaciones por el concepto del rubro que no tengan origen en deudas específicas imputables a las áreas de responsabilidad expuestas deberán incluirse en este ítem. indicando el origen de la misma. e incluirán aquí otros costos de carácter periódico establecidos por normativas especiales que no correspondan al encuadre en el punto 1.</i>
2.5.1. Comisiones Bancarias
2.5.2. Intereses y actualizaciones XXXX
2.5.3. Diferencia de cambio
2.6. Transferencias a Filiales: Deberá indicarse la pauta o porcentaje de distribución a cada una de las Filiales. informando las bases tomadas en cuenta para la misma.
3. INFORMACIONES COMPLEMENTARIAS:
Al momento de producirse una variación en el salario medio mensual de los trabajadores de la actividad beneficiarios de la entidad presentante. deberá indicarse: 1) Fecha de vigencia del acuerdo homologado. 2) Nuevo monto. En caso de producirse una variación en +/- 5% en el número de titulares aportantes a la entidad presente deberán indicarse los nuevos totales de beneficiarios que revistan tal carácter. Atento que la preparación de la información que se solicita está basada en términos de presupuestos flexibles la entidad presentante deberá suministrar. al momento que se produzcan. las variaciones que pudieren haber operado en las bases de cálculo. En un lapso de ciento ochenta (180) días a contar de la presentación del presupuesto. los Agentes del Seguro deberán remitir a esta ANSSAL su padrón de beneficiarios debidamente actualizado y ajustado a la forma que oportunamente se establezca.
Fuente: Elaboración propia en base a Res. 330/91 ANSSAL

6.3 Identificación de los indicadores disponibles en la Superintendencia de Servicios de Salud, ente responsable de la regulación del Subsistema de Seguridad Social Nacional, para la toma de decisiones.

La Superintendencia de Servicios de Salud cuenta con un Tablero de Indicadores Generales, al que ellos definen así: *“El tablero de gestión es una herramienta que permite consultar información estadística y los principales indicadores de algunos de los sistemas implementados por la Subgerencia de Informática. La tecnología sobre el cual se encuentra desarrollado, permite a cualquier usuario sin conocimiento técnico específico, consultar información general y/o parcial, con solo seleccionar lo que se desea buscar mediante la utilización de los filtros que se encuentran en la barra superior del programa. El contenido de la información de cada indicador, en cuanto a su validación y consistencia, es competencia directa de las áreas usuarias responsables de cada sistema”*

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Gráfico N ° 11 – Pantalla de Inicio del Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud: Padrón Beneficiarios – Traspasos – Resoluc. 75 – Estados Financieros – Resoluc. 331 – RNProfesionales – HPGD – Expedientes – Salir



Gráfico N ° 12 – Pantalla de los Indicadores del Padrón de Beneficiarios: Globales del Sistema – Detalle por Obra Social

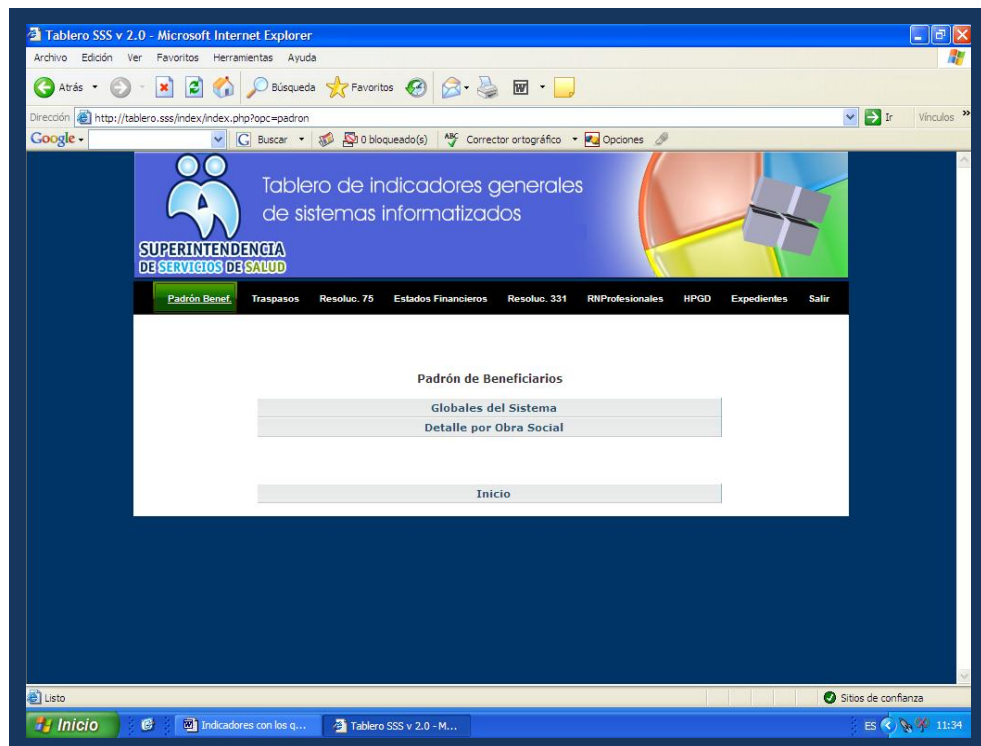


Gráfico N ° 13 – Pantalla de los Indicadores Globales del Sistema: Globales del Sistema: Población Global por Rango de Edad – Población Global por Tipo de Obra Social – Opciones de Jubilados Anses – Cápitas por Desempleo Anses

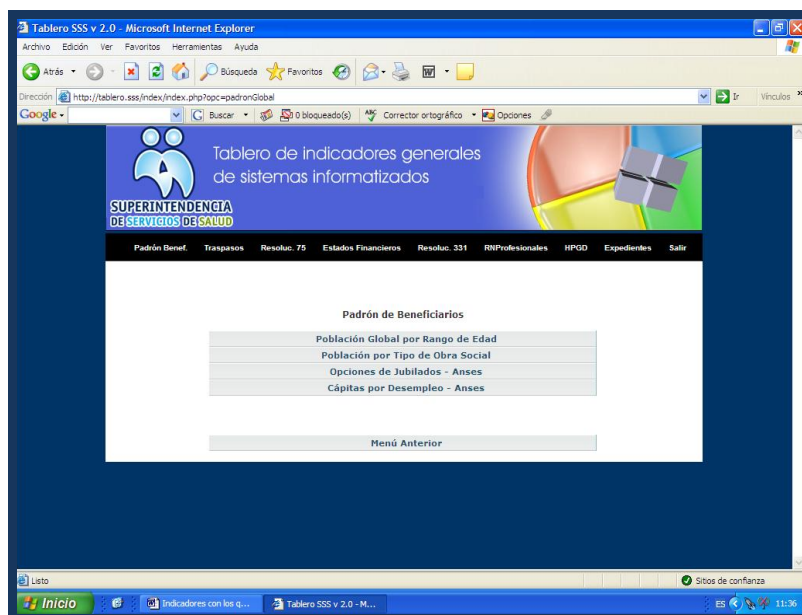


Gráfico N ° 14 – Pantalla de los Indicadores por Obra Social – Detalle por Obra Social: Detalle por Obra Social: Población por Obra Social – Beneficiarios por Provincia – Población por Tipo de Beneficiario – Población por Período y Tipo de Beneficiario – Población por Grupo Erario. Sexo y Provincia – Población por Obra Social y Parentesco – Población por Provincia. Beneficiario y Parentesco.

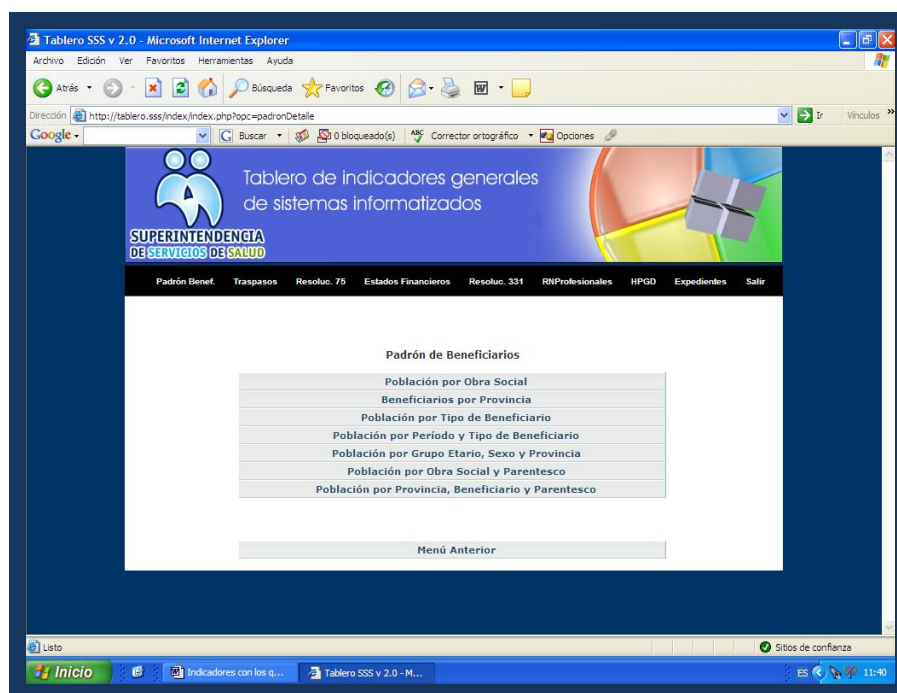


Gráfico N ° 15 – Pantalla de los Indicadores de los Traspasos: Globales del Sistema – Detalle por Obra Social

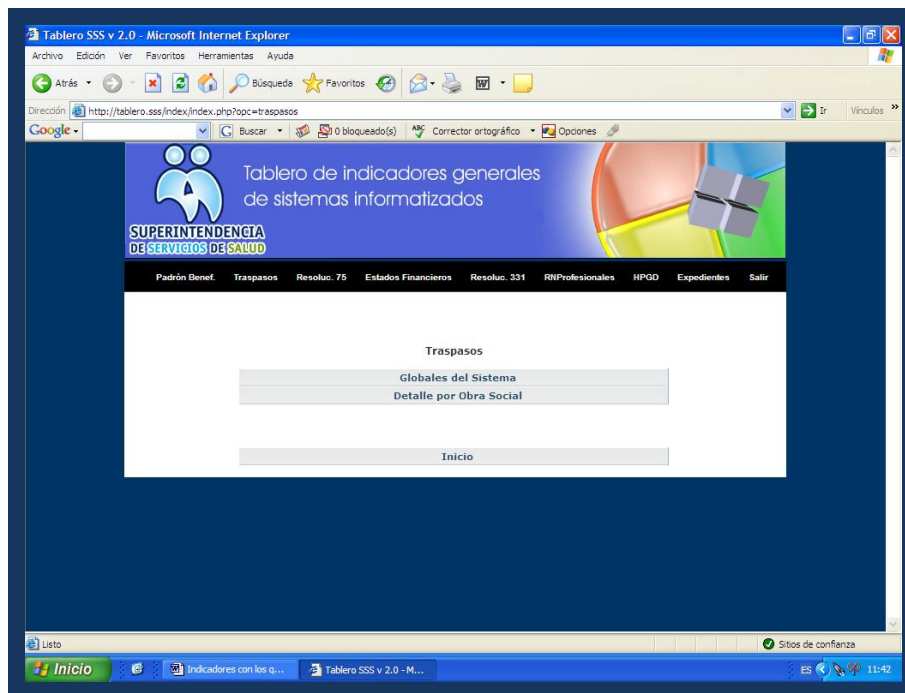
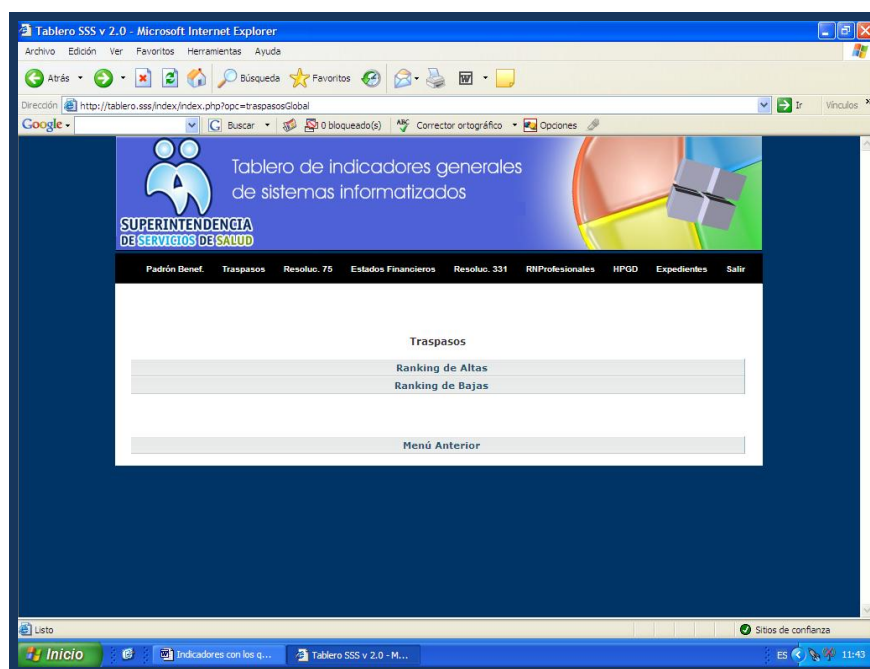


Gráfico N ° 16 – Pantalla de los Indicadores de los Traspasos – Globales del Sistema: Globales del Sistema: Ranking de Altas y Bajas



“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Gráfico N ° 17 – Pantalla de los Indicadores de los Traspasos – Detalle por Obra Social: Detalle por Obra Social: Altas. Bajas y Neto; Traspasos por Período; Altas por Origen; Bajas por OS de Destino; Relación CUIT-CUIL; Relación CUIT-CUIL por Obra Social con Origen y Destino; Relación CUIT-CUIL por Obra Social con origen y Destino sin remuneración; Relación CUIT-CUIL por Provincia y Empleador; Altas de Formularios por Origen.

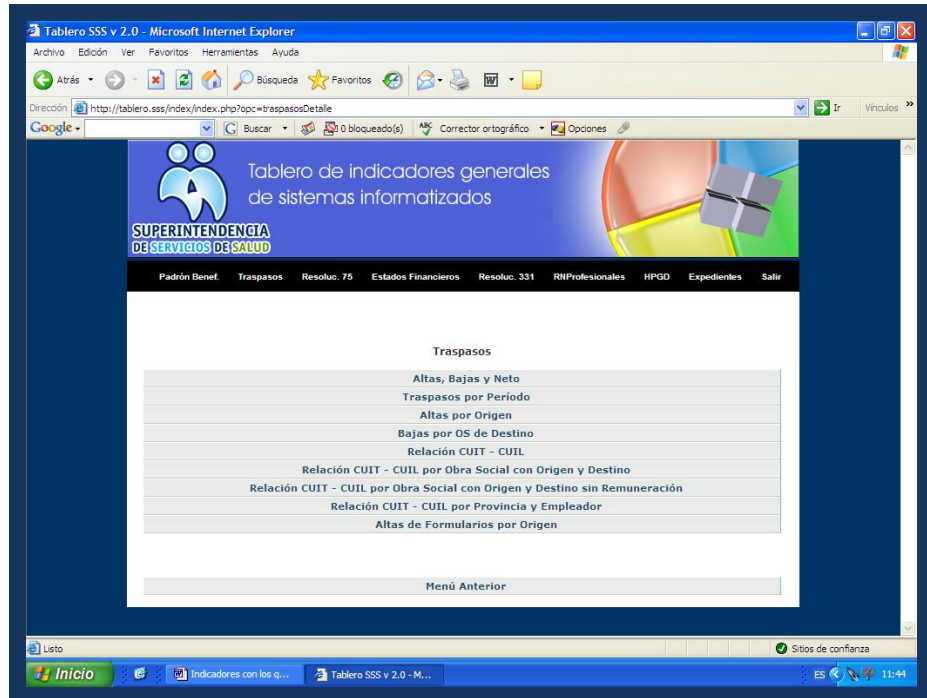
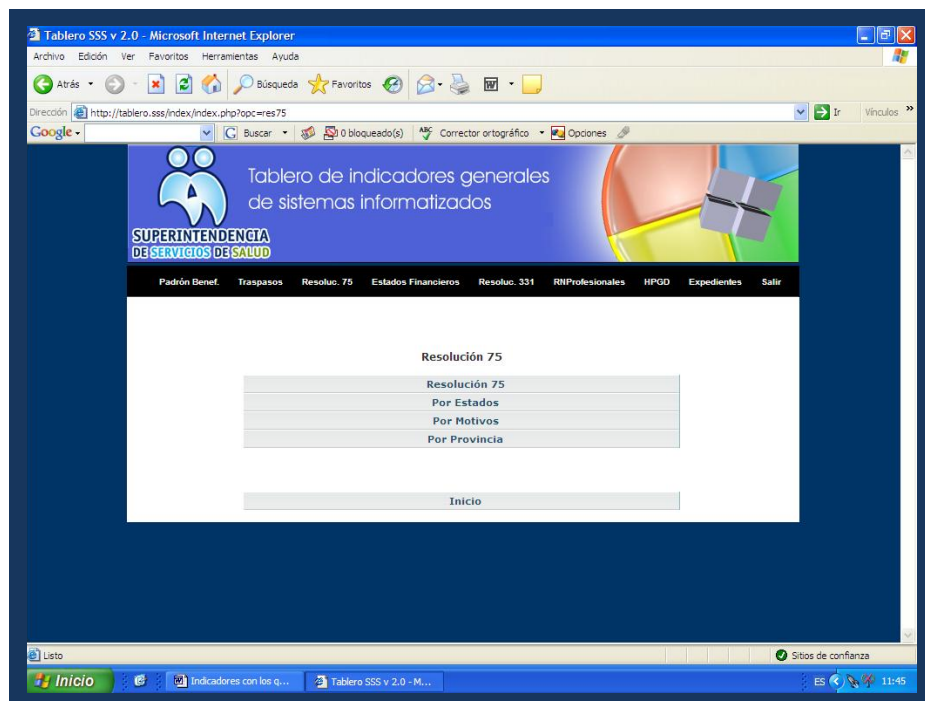


Gráfico N ° 18 – Pantalla de los Indicadores de la Resolución 75: Resolución 75. Por Estado; Por Motivos; Por Provincia



“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Gráfico N ° 19 – Pantalla de los Indicadores de la Estados Financieros: Estados Financieros: Indicadores; Planilla; Planilla Último Período; Planilla Gastos Médicos; Planilla Gastos Médicos Último Período; Planilla de Origen de Fondos; Planilla de Origen de Fondos Último Período.

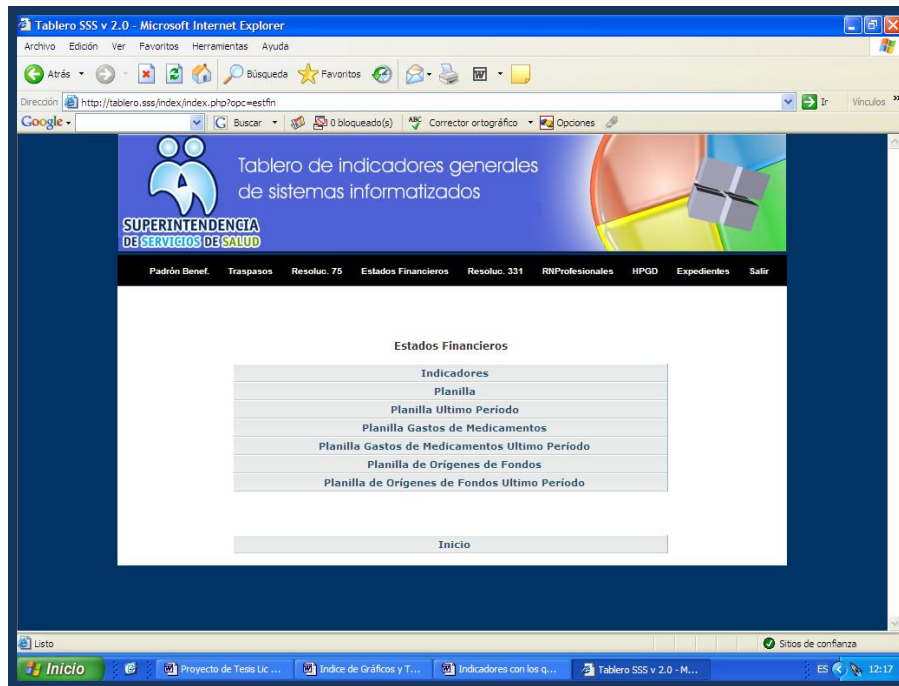


Gráfico N ° 20 – Pantalla de los Indicadores de la Estados Financieros – Indicadores: Indicadores: Cápita Media; Cápita Aportantes en Relación de Dependencia; Nivel de Egresos en Prestaciones Médicas; Nivel de Egresos Administrativos; Nivel de Erogaciones no Operativas; Nivel de Otras Aplicaciones; Prestaciones Médico Asistenciales Propias; Prestaciones Médico Asistenciales Contratadas; Prestaciones Farmacéuticas Propias.

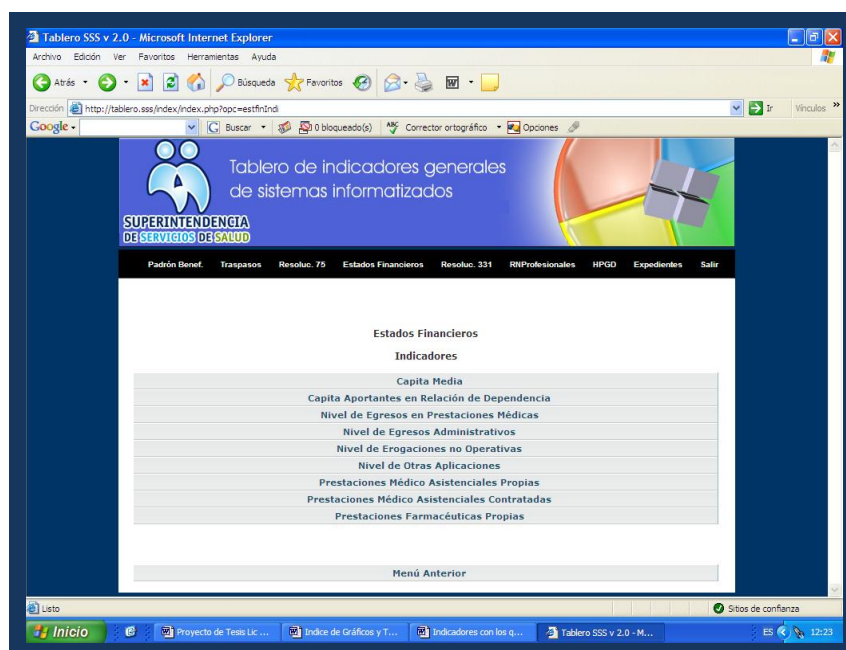


Gráfico N ° 21 – Pantalla de los Indicadores de la Resolución 331 y Otros Indicadores:

Indicadores de la Resolución; Otros Indicadores.

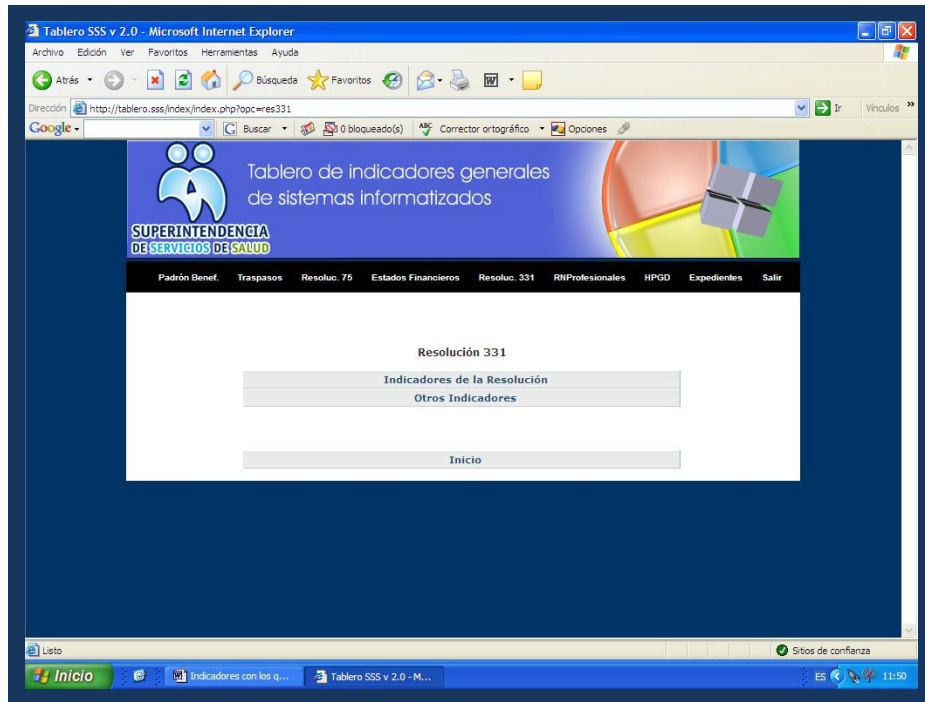


Gráfico N ° 22 – Pantalla de los Indicadores de la Resolución 331: Indicadores de la Resolución: Afiliados Asistidos con Medicamentos por Nivel de Cobertura; Cantidad de Farmacias Adheridas y su Representación en el Gasto; Cantidad de Recetas Facturadas por el Prestador; Gasto Farmacéutico Ambulatorio en Función de la cobertura según su Precio de Referencia; Ranking de Medicamentos; Ranking de Patologías.

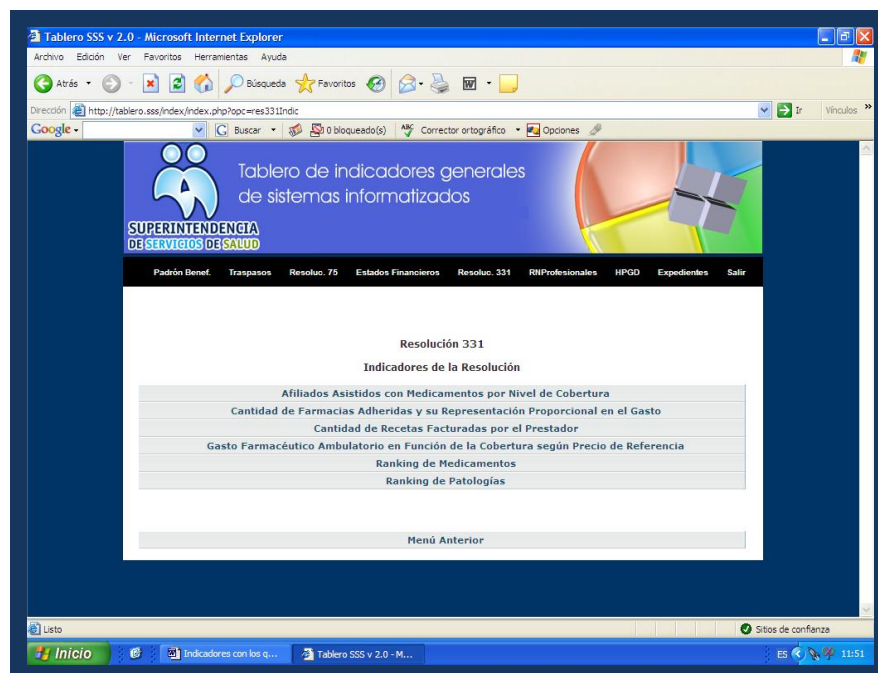


Gráfico N° 23 – Pantalla de los Otros Indicadores: Población Bajo Programa; Prescripción de Medicamentos; Índice de Accesibilidad; Gastos; Gastos per Cápita; Gastos per Cápita Crónico; Padrón de Beneficiarios; Indicador General.

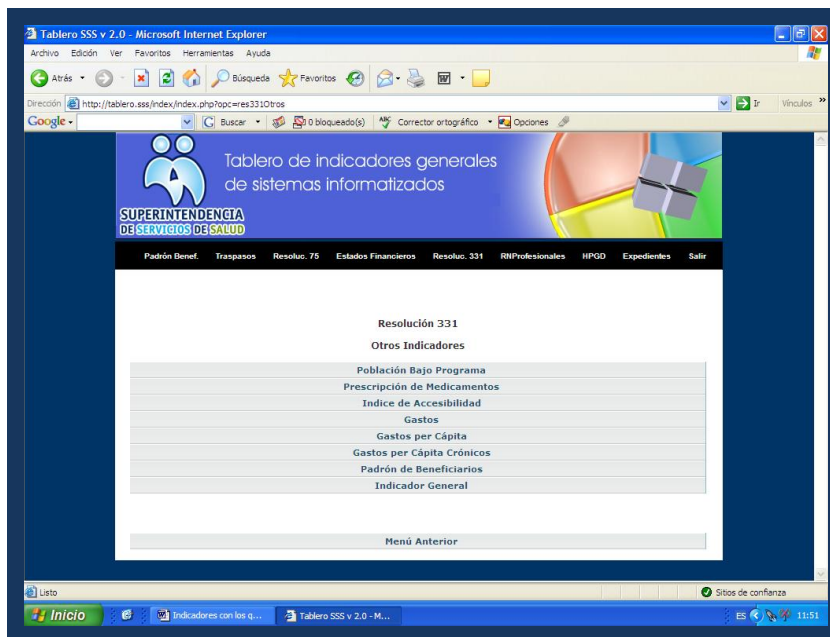
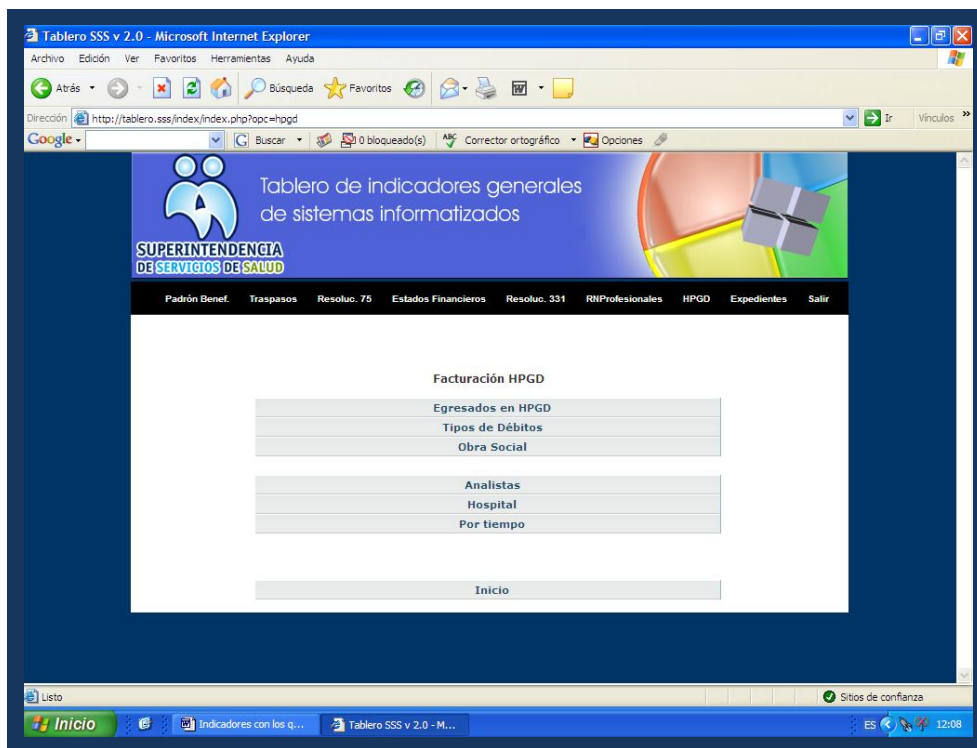


Gráfico N° 24 – Registro Nacional de Prestadores Profesionales: Por Especialidad y Provincia.

Provincias	Nacionalidad	Profesion	Especialidades					
			Bacteriólogo/a	Bioquímico/a	Farmacéutico/a	Fonoaudiólogo/a	Kinesólogo/a	Licenciado/a en Química
Buenos Aires		Bacteriólogo/a Clínica e Industrial	1742	3346	1732	2032	92	25458
Capital Federal		Bacteriólogo/a	326	655	776	1085	27	16483
Catamarca		Bacteriólogo/a	96	125	26	143	1	494
Chaco		Bacteriólogo/a	182	269	24	237	1	1190
Chubut		Bacteriólogo/a	90	141	72	168	1	1033
Córdoba		Bacteriólogo/a	1235	2768	502	1480	1	6328
Corrientes		Bacteriólogo/a	140	200	35	295		1807
Desconocida		Bacteriólogo/a	33		7	22		283
Entre Ríos		Bacteriólogo/a	427	314	108	219		1885

Gráfico N ° 25 - Indicadores Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada: Egresados en HPGD; Tipo de Débitos; Obra Social; Analistas; Hospital; Por Tiempo.



“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N ° 19 - Indicadores del Tablero de Indicadores Generales - Disponibilidad de Información para la toma de decisión de la Superintendencia de Servicios de Salud

Padrón Beneficiarios		Trasposos		Resolución 75	Estados Financieros		Resolución 331		Registro Nacional de Prestadores	Indicadores Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada
Globales del Sistema	Detalle por Obra Social	Globales del Sistema	Detalle por Obra Social	Por Estado	Indicadores	Planilla	Indicadores de la Resolución	Otros Indicadores	Profesionales: Por Especialidad y Provincia	Egresados en HPGD
Población Global por Rango de Edad	Población por Obra Social	Ranking de Altas y Bajas	Detalle por Obra Social: Altas, Bajas y Neto	Por Motivos	Cápita Media	Planilla Último Período	Afiliados Asistidos con Medicamentos por Nivel de Cobertura	Población Bajo Programa		Tipo de Débitos
Global por Tipo de Obra Social	Beneficiarios por Provincia		Trasposos por Período	Por Provincia	Cápita Aportantes en Relación de Dependencia	Planilla Gastos Médicos	Cantidad de Farmacias Adheridas y su Representación en el Gasto	Prescripción de Medicamentos		Obra Social
Opciones de Jubilados Anses	Población por Tipo de Beneficiario		Altas por Origen		Nivel de Egresos en Prestaciones Médicas	Planilla Gastos Médicos Último Período	Cantidad de Recetas Facturadas por el Prestador	Índice de Accesibilidad		Analistas
Cápitales por Desempleo Anses	Población por Período y Tipo de Beneficiario		Bajas por OS de Destino		Nivel de Egresos Administrativos	Planilla de Origen de Fondos	Gasto Farmacéutico Ambulatorio en Función de la cobertura según su Precio de Referencia	Gastos		Hospital
	Población por Grupo Etario, Sexo y Provincia		Relación CUIT-CUIL		Nivel de Erogaciones no Operativas	Planilla de Origen de Fondos Último Período	Ranking de Medicamentos	Gastos per Cápita		Por Tiempo
	Población por Obra Social y Parentesco		Relación CUIT-CUIL por Obra Social con Origen y Destino		Nivel de Otras Aplicaciones		Ranking de Patologías.	Gastos per Cápita Crónico		
	Población por Provincia, Beneficiario y Parentesco.		Relación CUIT-CUIL por Obra Social con Origen y Destino sin remuneración		Prestaciones Médico Asistenciales Propias			Padrón de Beneficiarios		
			Relación CUIT-CUIL por Provincia y Empleador		Prestaciones Médico Asistenciales Contratadas			Indicador General		
			Altas de Formularios por Origen.		Prestaciones Farmacéuticas Propias					

Fuente: Elaboración Propia

Analizando esta tabla que resume lo presentado en los anteriores gráficos, podemos confirmar el Planteamiento del Problema que dio origen a este trabajo de investigación “*El Subsistema de la Seguridad Social Nacional no cuenta hoy, con todos los indicadores necesarios para tomar decisiones fundadas en su misión, visión y valores*”.

Desde esta perspectiva el organismo regulador del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo que debe regular y controlar el funcionamiento del Subsistema del Seguridad Social Nacional no cuenta con Planes Estratégicos u Operativos anuales, y los indicadores que le brindan información, para la toma

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

de decisiones a la Superintendencia de Servicios de Salud, no han sido creados para verificar la eficiencia y eficacia del funcionamiento del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, desde una perspectiva sistémica y global que siga un destino planificado estratégicamente. Son indicadores surgidos aisladamente, a partir de la creación de una norma que tampoco está enmarcada en una Planificación Estratégica, sino de decisiones aisladas basadas en capacidades e intereses sectoriales, que difícilmente puedan responder a la Misión del Subsistema de la Seguridad Social Nacional que es brindar una respuesta organizada a los problemas de salud de “todos los Beneficiarios que lo componen”, respetando los valores que se acordaron de Equidad, Universalidad y Solidaridad, sin una Visión Compartida...sin saber cómo quieren ver el futuro.

No está disponible en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud, información sobre los reintegros que otorga la Administración de Programas Especiales (APE) por las prestaciones de alto costo y baja incidencia, financiadas con el Fondo Solidario de Redistribución.

Es alarmante descubrir la falta de información epidemiológica, disponible para la toma de decisiones, desde la perspectiva que el Subsistema de la Seguridad Social Nacional fue creado para dar una respuesta organizada los problemas de salud de su población beneficiaria. Si no cuenta con información que le informe de que se enferman y mueren sus beneficiarios, mal puede brindar respuestas correctas. Muestra un Subsistema construido desde la oferta de servicios sanitarios, que cada actor del subsistema tuvo interés en ofrecer y no desde la demanda real de servicios sanitarios de sus beneficiarios. Es un ejemplo concreto y real donde se cumple un principio económico, la ley de Say que también es conocida como la ley de los mercados “Toda oferta genera su propia demanda”.

El Subsistema de la Seguridad Social Nacional nace en la década de 1940, siendo el año 1944 en que se reconoce como "fundacional" de las obras sociales sindicales mediante el Dec. 30.655/44 se crea la Comisión de Servicio Social, el Gral. Juan Domingo Perón era entonces Secretario de Trabajo, pensado para mejorar la salud de los trabajadores y sus familias.

Hoy 66 años después de creado el Subsistema de la Seguridad Social Nacional ó Sindical, basado en los principios de Equidad, Universalidad y Solidaridad, y oponiéndose a las leyes del mercado que son la conversión en mercancía de todos los factores de producción (tierra, o naturaleza y trabajo, o seres humanos) en beneficio del capital. ¿Le brindó, le brinda y le podrá brindar el Subsistema de la Seguridad Social una respuesta a los problemas de salud de sus beneficiarios Equitativa, Universal y Solidaria desconociendo las enfermedades que padecen y los llevan a la muerte, con servicios sanitarios construidos desde la oferta, y sin una Planificación Estratégica?

Informe de la Auditoría General de la Nación sobre la situación de la Superintendencia de Servicios de Salud:

La Auditoría General de la Nación en su último Informe de Julio 2008, sobre la situación de la Superintendencia de Servicios de Salud, se transcribe textual, informa:

Tabla N ° 20 – Comparativo por año y Naturaleza Jurídica de todas las Obras Sociales

Comparativo para los años	2002	2005	2006
Obras Sociales Sindicales	202	204	204
Obras Sociales Estatales	2	2	2
Obras Sociales por Convenio Empresa Sindicato	16	13	13
Obras Sociales de Dirección	24	27	27
Obras Sociales de Administración Mixta	1	5	1
Asociaciones de Obras Sociales	13	11	11
Obras Sociales por Adhesión	3	3	3
Ley N ° 21.476]	3	3	3
Obras Sociales de Empresas	1	1	1
Federaciones	3	0	0
Mutuales	3	0	3
Otra Naturaleza	20	27	30
TOTAL	291	296	298

Fuente: Registro Nacional de Obras Sociales – Gerencia de Asuntos Jurídicos

No obstante, otras áreas del Organismo, tales como la Gerencia de Control Económico – Financiero. A través del Departamento Control registraba información de 291 Obras Sociales al 31/12/2005. Y la Gerencia de Servicios al Beneficiario, en dónde se encuentra el Departamento Control de Opciones. Y que administra el Registro de Beneficiarios contabiliza 287 Obras Sociales a la misma fecha. En este sentido se observó que tres Obras Sociales figuraban en el de Beneficiarios y no en el Registro Nacional de Obras Sociales (Gerencia de Asuntos Jurídicos). Lo que pone de relieve una inconsistencia del sistema, dado que todos los Agentes del Seguro de Salud para constituirse como tales deben inscribirse primero en el Registro Nacional de Obras Sociales (RNOS)

Se observó un incremento en la cantidad de afiliados que registra el sistema. los cuales de acuerdo a los datos que brindó el organismo auditado:

Tabla N ° 21 –Total de Beneficiarios del Sistema por año

Fecha	Cantidad de Afiliados
31/12/2002	12.167.730
31/12/2005	15.530.855
31/12/2006	15.501.874

Fuente: AGN

3.4 – Herramientas de Gestión

La SSSalud ha desarrollado en su red informática interna un tablero de control de acceso gerencial que a través de su página principal facilita el acceso a los siguientes ítems principales:

- *Padrón de Beneficiarios*
- *Trasposos de afiliados (Cambio de Obra Social)*
- *Resolución N ° 75/98 SSSalud (Procedimiento Administrativo de Reclamos de Afiliados)*
- *Estados Financieros de los Agentes del Seguro*
- *Resolución N ° 331/04 SSSalud (Ranking de medicamentos y patologías)*
- *Registro Nacional de Prestadores Profesionales*
- *Facturación de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada*

A partir de cada uno de estos ítems se puede obtener información desagregada e histórica, por lo que se observa la SSSalud posee un razonable caudal de información sobre el Sistema, elabora indicadores útiles para la toma de decisiones y realiza procedimientos específicos de control. Sin embargo, la mitología utilizada adolece de debilidades que la tornan ineficaz para generar el impacto esperado sobre los Agentes de Salud e introducir medidas correctivas.

Los mecanismos de que se vale la SSSalud para llevar a cabo el control (Auditoría y auditoría) no aseguran la evaluación crítica de la gestión de los Agentes de Salud. Los procedimientos de Auditoría se ejecutan en base a cuestionarios preestablecidos que sólo permiten obtener información esquemática sobre el cumplimiento de disposiciones reglamentarias, no tiene desarrollados indicadores para mejorar la calidad prestacional

Del análisis practicado con relación a la producción de las Gerencias de Control Estratégico y de Control Prestacional se observó que no se realizan acciones tendientes a validar en terreno la información sanitaria remitida por las Obras Sociales en cumplimiento de la Resolución N ° 650/97 ANSSAL ni de la Resolución N ° 331/04 SSSalud.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

De la escasa información obtenida no surgen conclusiones sobre el análisis de los datos obtenidos ni se practican comparaciones entre los indicadores suministrados por los Agentes y los parámetros establecidos como referencia para cada rubro. No existe una visión integral de la situación de los Agentes de salud, ni del Sistema Nacional de la Seguridad Social dado que la información se segmenta entre los diferentes sectores que intervienen en los procedimientos y no se compila en un solo legajo para uso común. y que permita un análisis global de la situación de cada Agentes, y en consecuencia del sistema.

La SSSalud evaluó en 2002 la situación de 114 Obras Sociales esto es un 40% del universo, representativo del 93% de la población cubierta. El “Informe Epidemiológico” realizado por la SSSalud, expone datos que podría indicar un sub registro de la información de cada obra social incluye en sus estadísticas, la existencia de algún tipo de barrera de accesibilidad al sistema o la sub prestación de servicios a los afiliados. Así, el cotejo de los mismos efectuado por esta auditoría arrojó que:

Tabla N ° 22 –Indicadores Epidemiológicos

Indicadores Epidemiológicos	Parámetro de referencia según SSSalud	Cantidad de O.S por debajo del parámetro	% sobre 114 OS
Consultas Beneficiario /Año	De 4 a 6 consultas por año	65	57
Egresos casa 100 Beneficiarios	De 6 a 8 egresos cada 100 beneficiarios	48	42
Mortalidad en Internación	De 1 a 2%	70	61
% de Pacientes Diabéticos	6%	99	87
% de Discapacitados	1%	90	79
% de Pacientes con VIH	0.7%	95	83

Fuente: Elaboración propia (AGN) sobre datos proporcionados por la SSSalud

El “Informe Epidemiológico” al que se hace referencia, no fue previsto normativamente y sólo fue elaborado en el año 2002 como documento interno, consolidando la información de diferentes áreas del organismo. No se obtuvo evidencia de la realización de documento posterior con características similares.

Actualmente los indicadores epidemiológicos considerados en el cuadro anterior, provenientes de la información exigida por Resolución N °650/97 ANSSAL, no está disponible en el Tablero de Control de uso gerencial, ni son objeto de comparación, dado que el organismo no cuenta con parámetros sanitarios de referencia.

Por otra parte, sobre las referidas 114 Obras Sociales sólo cincuenta de ellas. que brindan cobertura a 3.383.687 beneficiarios equivalentes al 28% del total, cumplen con el

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Programa Médico Obligatorio. De ellas, sólo 26 presentan una capacidad financiera inmediata suficiente.

La SSSalud controla que la oferta prestacional de los Agentes de salud cumpla con las exigencias del Programa Médico Obligatorio (PMO) a través de la evaluación/aprobación del Programa Médico Asistencial (PMA) que éstas deben presentar anualmente y que como mínimo debe contener las prestaciones previstas en el PMO. Se trata de un control formal.

Tabla N° 23 – Cumplimiento de las presentaciones obligatorias ante la Gerencia de Control Prestacional

No presentaron para su Aprobación por la SSSalud	Cantidad de OS – Año 2005	% 2005	Cantidad de OS – Año 2006	% 2006
Programa Médico Asistencial (PMA)	47	15.87	95	31.87
Cartilla de Prestadores	171	57.77	245	82.21
Contratos con Prestadores	155	52.36	209	70.13

Fuente: Elaboración propia (AGN) sobre datos proporcionados por la SSSalud

Se aprecia en consecuencia que en los ejercicios analizados la falta de presentación del PMA por parte de las Obras Sociales disminuyó respecto del período auditado anteriormente. No obstante sólo 112 PMA fueron aprobados en término en el año 2005. Persiste un importante grado de incumplimiento de la presentación de las cartillas y los contratos con prestadores.

Con relación a los planes de adherentes, la SSSalud informó que en el año 2005, 22 Agentes de salud los presentaron.

En cuanto al cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica que desarrolla el Ministerio de Salud, de aplicación obligatoria a las Obras Sociales, cabe señalar que la SSSalud requiere información tendiente a ese fin, faltando acreditar la efectiva realización de comprobaciones en terreno que posibilitarían una conclusión real sobre el aspecto indicado.

El “Informe Epidemiológico” realizado por la SSSalud no incluye la evaluación de ítems tales como “Mortalidad Materna”. “Mortalidad Infantil” o porcentaje de pacientes oncológicos, lo que no se compadece con la evaluación de los Programa Materno Infantil, de prevención del cáncer de mama y de cuello uterino que impone el Programa Médico Obligatorio (Resolución N° 201/02 MS)

La situación económico – financiera, en un número significativo de casos, las Obras Sociales evidenciaron una tendencia al incremento progresivo del índice que relaciona los gastos administrativos con los recursos brutos, un alto nivel de endeudamiento, un capital de trabajo negativo o exiguo u otras situaciones que se reiteran en el tiempo.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Se analizó la evolución que presentan las 8 Obras Sociales integrantes de la muestra con indicadores desfavorables.

Los siguientes cuadros exponen estas tendencias.

Tabla N ° 24 – Indicadores Financieros Desfavorables - Promedio primer Trimestre Año 2005 - Fuente: Elaboración propia (AGN) sobre datos proporcionados por la Gerencia de Control Económico Financiero e información obtenida del Tablero de Control.

Obra Social	Capacidad de Repago en días	Cápita Promedio \$	Gastos Administrativos %	Endeudamiento \$	Capital de Trabajo \$
Actividad Docente (OSPLAD)	9.94	48.26	4.96	5.003.161.33	104.194.773.67
Ferrovianos	163.08	49.23	8.92	16.530.789.33	(21.949.967.00)
Personal de la Industria Botonera	136.77	19.52	23.56	26.241.00	126.112.67
Personal de Cementerios	292.96	47.58	11.62	1.152.553.00	427.976.67
Choferes de Camiones	14.77	47.95	8.88	2.919.671.33	13.498.948.67
Locutores	281.11	73.40	34.50	815.167.33	1.680.078.67
Unión Obrera Metalúrgica R.A.	81.44	45.64	10.00	34.525.212.67	28.082.255.67
Personal de la Sanidad Argentina	141.77	39.72	8.99	49.278.966.00	(20.881.358.33)

Tabla N° 25 - Indicadores Financieros Desfavorables - Promedio primer Trimestre Año 2006

Obra Social	Capacidad de Repago en días	Cápita Promedio \$	Gastos Administrativos %	Endeudamiento \$	Capital de Trabajo \$
Actividad Docente (OSPLAD)	10.42	58.80	6.12	6.470.030.67	127.136.157.00
Ferrovianos	263.29	51.50	9.04	27.969.433.00	(12.309.167.67)
Personal de la Industria Botonera	98.76	24.39	9.08	23.285.33	145.532.33
Personal de Cementerios	138.20	50.69	9.31	694.994.00	1.559.569.67
Choferes de Camiones	41.75	65.63	6.46	11.273.368.33	1.098.039.00
Locutores	172.77	83.59	45.93	643.935.33	1.098.039.00
Unión Obrera Metalúrgica R.A.	16.85	65.99	5.53	10.611.112.33	49.094.200.00
Personal de la Sanidad Argentina	110.19	51.33	3.35	49.736.210.67	(14.310.851.67)

Fuente: Elaboración propia (AGN) sobre datos proporcionados por la Gerencia de Control Económico Financiero e información obtenida del Tablero de Control.

Analizando la evolución de los parámetros que indican la situación económica financiera de las Obras Sociales consideradas en el punto anterior, entre el primer trimestre de los años 2005 y 2006, surgen tres casos (Obras Sociales de: Ferrovianos, Choferes de Camiones y Locutores) que no mejoraron su situación económica, verificando – en términos generales- un aumento de días en la capacidad de repago, aumento de días en la capacidad de repago, aumento en los gastos administrativos, un mayor endeudamiento y disminución de su capital de trabajo.

La información no permite conocer la situación actual, corregir desvíos, planificar. etc.; por lo tanto el contar con excesiva información que no es procesada, informatizada en un tablero de control, muestra en el caso de la SSSalud una clara decisión política de no cumplir con su misión de "controlar" a los Agentes del Seguro, además de no ejecutar sanciones ó realizar estas acciones para unos y no para todos.

El Decreto 405/98 presenta el Plan Estratégico de la Salud, es el único Plan que se conoce.”

La UAI (Unidad de Auditoría Interna) que funciona dentro de la estructura de la SSSalud y la SIGEN (Sindicatura General de la Nación) a quién reporta la UAI, son quienes deben ejercer el control sobre el cumplimiento de la Misión de la SSSalud, y de toda la legislación que debe cumplir, no mencionan en sus informes la falta de un Plan Estratégico; producen algunas recomendaciones ante la falta de controles sobre los Agentes del Seguro, pero al revisar los informes de los diferentes años, se observa que se repiten las mismas recomendaciones sin soluciones ni sanciones.

6.4 Comparación entre los indicadores teóricamente necesarios, los exigidos por la legislación vigente, y los disponibles en la Superintendencia de Servicios de Salud

Luego, de un extenso proceso de búsqueda de trabajos de investigación, que presentaran indicadores para medir el desempeño de un sistema de salud y en definitiva, la relación del sistema con los beneficiarios, fue seleccionado este trabajo de la Organización Panamericana de la Salud(OPS) porque presenta indicadores sobre cinco dimensiones clave: acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad, centrándose en el desempeño del sistema, no en el desempeño de un servicio o programa específico ó sobre el estado de salud de su población.

El Subsistema de la Seguridad Social Nacional necesita indicadores que muestren su desempeño, los indicadores nos muestran la medida en que se están cumpliendo la Visión, Misión, Valores, Objetivos del Subsistema. El Subsistema de la Seguridad Social Nacional se constituyo sobre tres valores fundamentales: la Equidad, la Universalidad y la Solidaridad, pero no cuenta hoy con indicadores que nos muestren si se están cumpliendo, si esos valores se hicieron reales para sus beneficiarios. Si los servicios de salud que ofrece son accesibles (Acceso), y aquí nos referimos a la presencia o ausencia barreras físicas ó económicas que tengan que enfrentar los beneficiarios para usar los servicios de salud Por ejemplo: los horarios, las distancias, los co-seguros, etc., si el Acceso a los servicios considera los valores de Equidad, Universalidad y Solidaridad.

¿Es equitativo (Equidad) en lo que hace a su relación con los beneficiarios?, refiriéndonos indistintamente a diferencias en el estado, utilización o acceso de los servicios entre diferentes grupos de ingresos, socioeconómicos, demográficos, étnicos y/o género. Si se cumplen y en qué medida los valores de Equidad, Universalidad y Solidaridad, entre los diferentes grupos que conforman el Subsistema de la Seguridad Social Nacional.

¿Son de Calidad los servicios que ofrece el Subsistema de la Seguridad Social Nacional?, Arvedis Donabedian (1980), define la calidad de la atención como aquel tipo de

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

atención de la que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de tener en cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas esperadas que asisten al proceso de la atención en todas sus partes. Hoy no se puede medir la calidad de los servicios de salud, que ofrece el Subsistema de la Seguridad Social Nacional.

¿Usa el Subsistema de la Seguridad Social Nacional sus recursos de forma eficiente? (Eficiencia), la eficiencia tiene tres dimensiones (técnica, económica y de asignación) que se relacionan con los servicios de salud que se producen y con el modo en que se producen, por lo tanto son aplicables para medir el desempeño del Subsistema de la Seguridad Social Nacional. ¿Ese desempeño respeta en el momento de utilizar sus recursos sus valores fundamentales de Equidad, Universalidad y Solidaridad?

¿Puede sustentarse (Sustentabilidad) el Subsistema de la Seguridad Social Nacional en el futuro, con los avances de la tecnología médica, la transición demográfica y epidemiológica, el crecimiento económico? La Sustentabilidad comprende tres dimensiones, la financiera, la institucional y la estratégica. La financiera se refiere a la capacidad del Subsistema de la Seguridad Social Nacional de financiarse con los aportes y contribuciones de los trabajadores; La Institucional se refiere a la capacidad del subsistema de reunir y manejar los recursos no financieros necesarios para llevar adelante sus actividades normales y la estratégico en grado de cumplimiento de las estrategias de corto, mediano y largo plazo.

A continuación hacemos una comparación entre los indicadores Definidos Conceptualmente en el trabajo seleccionado de la OPS, y su existencia o no dentro del Marco Normativo vigente y si está o no Disponible la Información para la toma de decisiones en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud. En este punto es válido aclarar, que en la normativa vigente se les solicita información a los agentes del seguro que es sólo para cumplimentar un trámite burocrático, ya que son datos en un expediente porque no es procesada, no genera ningún tipo de informe ni está disponible en formato digital, son presentaciones en papel que una vez que cumplen determinados requisitos se envían al archivo. Por alguna solicitud particular de alguna autoridad llegan a convertirse en Información disponible para la toma de decisiones. Un ejemplo muy claro de lo expresado, son los informes de los Síndicos ó los Auditores de la Superintendencia de Servicios de Salud en terreno; ó los escasos datos epidemiológicos que pudimos ver informados en el informe de la AGN. Todas las bibliotecas coinciden en definir, a un sistema de salud como la respuesta organizada a los problemas de salud de la población a la que asisten, el Subsistema de la Seguridad Social Nacional no dispone de la información epidemiológica que le indique las patologías que padecen y/o mueren sus beneficiarios.

Por todas estas razones, en la siguiente comparación sólo de considero en la columna “Disponibilidad de Información”, la información disponible al momento de necesitar tomar decisiones.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N° 26 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Acceso					
FISICO			ECONOMICO		
Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información	Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un centro de atención primaria.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Costo privado promedio total de los episodios de enfermedades de pacientes ambulatorios tratados profesionalmente, como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita X.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital/sanatorio	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Costo privado promedio total de los medicamentos para un típico episodio de enfermedad de un paciente ambulatorio, como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita X.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de una farmacia que atienda por su obra social.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de una farmacia que atienda por su obra social, la entrega de medicamentos crónicos.	La Res.SSSalud 331/04 - Dice: "Todos los medicamentos cubiertos por los Agentes del Seguro de Salud, deberán ser distribuidos por una o más redes de farmacias que garanticen accesibilidad geográfica adecuada al beneficiario, debiendo para ello suprimirse las limitantes económicas que impidan que las farmacias puedan formar parte de las redes de prestación de servicios. A tal efecto la prestación a organizar deberá contar en cualquier población con un mínimo de una farmacia por cada 4000 habitantes y, en poblaciones con menos de esa cantidad, al menos con una farmacia a no más de 20 kilómetros del domicilio del beneficiario. El agente del seguro deberá planificar como parte integrante de la cobertura obligatoria, el modo de garantizar el cumplimiento de estos estándares de accesibilidad". No existe norma que los obligue a presentarlo como lo organizaron ante la SSSalud.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital que entrega atención de emergencia (obstétrica, pediátrica y traumatológica) las 24 horas del día	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Porcentaje de la población que cuenta con servicios de ambulancia las 24 horas del día	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Porcentaje de la población que vive a más de X kilómetros de un establecimiento de salud que está cubierto por servicios de asistencia médica en domicilio.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Población por médico	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Población por enfermera	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Población por cama de hospital	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			

Fuente: Elaboración propia.

"Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N° 27 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Equidad

Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información
Relación entre las tasas de uso de los servicios sanitarios, según quintil de ingresos, provincia, patología, grupos étnicos, género, etc.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Relación entre el coeficiente de Gini para los costos de los servicios de salud según provincia, ciudad, cobertura de salud, etc. y el ingreso total (o gasto total)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Fuente: Elaboración propia.		

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N° 28 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Calidad

ESTRUCTURALES			PROCESO		
Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información	Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información
Proporción del personal sanitario que posee secundario completo.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Proporción de clínicas en que los servicios están plenamente integrados de acuerdo a las normas nacionales.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Proporción del personal sanitario que posee una carrera terciaria completa.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Proporción del personal de la salud que fue supervisado de manera efectiva y oportuna de acuerdo a las normas nacionales.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Proporción del personal sanitario que posee posgrados completos.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con las directrices para la interacción usuario-proveedor	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Proporción del personal sanitario que posee más de un posgrado.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con las directrices para la interacción usuario-proveedor	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Cantidad de instituciones que están trabajando con programas de mejora continua.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Proporción de remisiones ordenadas y realizadas de acuerdo a las directrices y normas nacionales	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
			Proporción de usuarios que conocen y comprenden las medidas esenciales necesarias para completar los tratamientos y evitar futuras condiciones posibles de prevenir	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
			Proporción de casos en que todos los medicamentos recomendados estaban disponibles.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
			Proporción de establecimientos de salud que no tuvieron problemas de existencia de medicamentos durante los tres meses anteriores.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
			Proporción de usuarios que prosiguen los tratamientos recomendados hasta su término (tasa de abandono)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
			Tiempo de espera para el otorgamiento de turnos, para atención primaria como para intervenciones quirúrgicas.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
			Satisfacción de los usuarios.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N° 29 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Eficiencia

EFICIENCIA		
Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información
Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico (o por médico)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera (o por enfermera)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Relación entre visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal (costos unitarios de personal)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Costo por visita de paciente ambulatorio (o costo de operación por visita de paciente ambulatorio)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Costo por día -cama de hospital (o por admisión en hospital o alta de hospital)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Porcentaje de visitas de pacientes ambulatorios atendidos.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Camas de hospitales privados / seguridad social como porcentaje del total	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Costos de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Gastos en medicamentos e insumos como porcentaje del gasto ordinario total en salud	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Número de enfermeras por médico	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Número de enfermeras por cama de hospital	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Número de médicos por cama de hospital	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Relación entre el sueldo promedio de un trabajador de la salud (por ej., médico enfermera, técnico) con un determinado nivel de experiencia, y el sueldo de un trabajador de la salud comparable del sector privado/público/seguridad social	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Los sueldos de los trabajadores de la salud se pagan puntualmente (sí/no)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Existen incentivos de desempeño adecuados para el personal de la salud (sí/no)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Gasto en medicamentos prescritos por su nombre genérico como porcentaje del gasto total en medicamentos	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Gasto en atención primaria como porcentaje de los gastos ordinarios	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Porcentaje del gasto total en medicamentos asignado a los establecimientos de atención primaria	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
En todos los establecimientos se cobran copagos (sí/no)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Los niveles de los copagos promueven la eficiencia (sí/no)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
El sistema de remisión (transferencia de pacientes) funciona eficazmente (sí/no)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Duración promedio de las estadías de pacientes hospitalizados en hospitales públicos / privados/seguridad social	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Tasa de ocupación de las camas de hospital público/ privado/seguridad social	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Porcentaje de asegurados inscritos en planes que usan copagos	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Relación entre las tasas de uso de los servicios sanitarios, según, provincia, patología, grupos étnicos, género, etc., y los resultados sanitarios obtenidos.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.

Fuente: Elaboración propia.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N° 30 - Comparación entre los Indicadores de la Definición Conceptual (OPS), el Marco Normativo y los Disponibles de Información de la dimensión Sustentabilidad

FINANCIERA			INSTITUCIONAL			ESTRATEGICA		
Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información	Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información	Definición Conceptual (OPS)	Marco Normativo	Disponibilidad de Información
Porcentaje del subsistema de salud financiado con ingresos obligatorios.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Número de iniciativas del personal aprobadas por la gerencia.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	% de cumplimiento de las estrategias de corto, mediano, y largo plazo.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.
Porcentaje del subsistema de salud financiado con ingresos voluntarios (planes superadores, copagos, etc.)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	% de pedidos de nuevas prácticas ó medicamentos solicitadas.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Gasto del Subsistema de las Obras Sociales Nacionales (discriminado por aportes obligatorios y voluntarios) como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.	Número de sugerencias de los clientes aplicadas.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.			
Porcentaje del gasto en salud orientado a la atención primaria	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.						
Porcentaje del gasto en salud orientado a la medicina preventiva	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.						
Porcentaje del gasto en salud orientado a los servicios de salud del segundo y tercer nivel.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.						
Porcentaje del gasto en salud con recupero de la APE, general y por patología.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.						
Descripción pool de riesgo e ingresos, actuales y tendencia.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.						
Análisis de la forma de pago a los prestadores y los resultados sanitarios obtenidos.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.						
Cuota del mercado.	No se dispone de marco normativo, que lo incluya en forma directa.	No está disponible esta información para la toma de decisiones.						

Fuente: Elaboración propia.

"Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

Tabla N° 31 - Comparación entre las Dimensiones que forman: la "Definición Conceptual (OPS)", el "Marco Normativo" y los "Disponibles de Información" en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud

Definición Conceptual (OPS)		Marco Normativo Vigente		"Disponibles de Información" en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud
Acceso		Obligaciones referidas a lo Prestacional		Padrón de Beneficiarios
Equidad		Obligaciones referidas a lo Económico Financiero		Trasposos de Beneficiarios entre las obras sociales
Calidad				Reclamos de los Beneficiarios - Resoluc. 75
Eficiencia				Estados Financieros
Sustentabilidad				Información Epidemiológica Farmacéutica - Resoluc. 331
				Profesionales Individuales Inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores - RNProfesionales
				HPGD - Movimientos de pagos y débitos a los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada
				Expedientes (sin implementar aún)

Fuente: Elaboración propia

En esta comparación vamos a poder observar, al comparar los indicadores teóricamente necesarios, los exigidos por la legislación vigente, y los disponibles en Superintendencia de Servicios de Salud, enfoques muy diferentes en sus dimensiones de análisis, la "Definición Conceptual (OPS)" propone un enfoque sistémico ó global enfocado en la relación Subsistema – Beneficiario, como lo realizan todas las organizaciones que trabajan en la mejora continúa buscando un feedback de los destinatarios de su razón de existir. Trabajan con una Planificación Estratégica que permite cumplir con la Misión, y llegar a la Visión, respetando los Valores. En cinco dimensiones de análisis: Acceso, Equidad, Calidad, Eficiencia y Sustentabilidad. Las dimensiones del "Marco Normativo" están organizadas en dos dimensiones las "obligaciones prestacionales" y las "obligaciones económico –financieras", son indicadores surgidos aisladamente, a partir de la creación de una norma que tampoco está enmarcada en una Planificación Estratégica, se trata de decisiones aisladas basadas en capacidades e intereses sectoriales, que difícilmente puedan responder a la Misión del Subsistema de la Seguridad Social Nacional que es brindar una respuesta organizada a los problemas de salud de "todos los Beneficiarios que lo componen". El enfoque de las

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

dimensiones relevadas como “Disponibles de Información” en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud, nos muestra un listado de dimensiones muy importantes pero insuficientes, no disponibles antes del año 2003 para la toma de decisiones. Ofrece datos cuantitativos, ninguno cualitativo y no ha sufrido modificaciones desde esa fecha. Desde el año 2003 para la toma de decisiones y para el público en general a través de la página web del organismo, está disponible el Padrón de Beneficiarios, inexistente hasta ese momento, el cual tiene un cruce de información entre la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos) y lo informado por los agentes del seguro a través de la Res. SSSalud 370/10, esta información permite distribuir los recursos del Fondo Solidario de Redistribución. No existe información epidemiológica, ni sobre los reintegros que administra la Administración de Programas Especiales (APE) por las prestaciones de alto costo y baja incidencia, financiadas con el Fondo Solidario de Redistribución.

7. Conclusiones

El Subsistema de la Seguridad Social Nacional está formado por 299 agentes del seguro nacional de salud, que teniendo los mismos fines y hasta la misma regulación legal, unas son personas jurídicas de derecho público no estatal y otras simples asociaciones civiles de derecho privado, dice Faillace (2008): *“parece más exacto concluir que en su conjunto deben ser definidas como personas jurídicas de derecho privado con fines de Seguridad Social, y, por lo tanto, obligadas a excluir de su actividad la obtención de lucro o ganancias...es necesario tener presente que las Obras Sociales sindicales han venido a reemplazar al Estado, nada más y nada menos, que en la atención de la salud de los trabajadores, razón por la cual su frecuente desfinanciamiento se traduce en una desatención del bien máspreciado de quienes deberían ser sus principales beneficiarios”*

El organismo regulador del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, la Superintendencia de Servicios de Salud por el Decreto 1547/2007 Anexo I Objetivo 9, debe contar con un Plan Estratégico y planes operativos anuales. El único Plan Estratégico que se conoce es del año 1998 (Decreto 405/98), desde esa fecha doce años han pasado, tampoco se han realizado planes operativos anuales, ni producido informes al respecto.

Krieger (2009) dice: *“El planteamiento estratégico es el proceso mediante el cual una organización define su futuro y los procedimientos necesarios para alcanzarlo. Esta construcción desde el presente trasciende a la planificación tradicional a largo plazo puesto que no extrapola, sino proyecta desde el presente el futuro. En un sentido amplio, el planeamiento estratégico puede ser entendido como el desarrollo de una visión para el futuro de la organización, que identifica el sentido de sus existencia, esto es, la misión de la organización, su propósito ligado a sus capacidades, y plantea cómo se logrará que la organización alcance ese futuro deseado. No es una ruptura traumática con el pasado, sino la evolución de planteamientos y acciones hacia el futuro, cuyo punto inicial es la revisión del comportamiento histórico de la misma, para encontrar los elementos que puedan servir de puente entre el pasado y el futuro”.*

Un Planeamiento Estratégico requiere:

- En principio de un cambio de pensamiento desde el Pensamiento Tradicional cerrado y centrado en el pasado, a un Pensamiento Estratégico abierto y enfocado en el futuro;
- Un Análisis de Escenarios que permita conocer los cambios surgidos, en la realidad con la que interactúa la organización (como máximo una vez al año).
- Establecer los Valores Comunes, significa fijar líneas fundamentales que guiaran el

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

accionar de la organización, inspiran la conducta de los integrantes de la organización.

- Una Visión Compartida: Es la imagen futura pretendida, sitúa al organismo en el mediano y largo plazo. Responde a la pregunta ¿cómo nos queremos ver allá?
- La Misión de una organización es lo que define su función principal, su “razón de ser”, justificando su existencia.
- Un análisis FODA: A partir del análisis de escenarios efectuado y en función de los Valores, la Visión y la Misión de la organización se buscan identificar las oportunidades y los desafíos actuales y futuros de la organización en la consecución de su Misión. Las Oportunidades son situaciones favorables que se presentan para el desarrollo de la misión de la organización. Los Desafíos son amenazas y problemas que se presentan para el desarrollo de la misión de la organización. Pueden darse en tiempo presente o en un horizonte de tiempo de desarrollo del Planeamiento Estratégico. Para aprovechar cada oportunidad y hacer frente a cada desafío a organización debe tener una estrategia.
- Definir los Ejes Estratégicos de la organización, permitirá cumplir con la Misión, llegar a la Visión, respetando los Valores
- Plan de Implementación: El Plan Estratégico para su efectiva implementación debe traducirse en Planes Operativos anuales y formar parte de la programación y presupuestación del organismo con fuente en el Presupuesto. Definir metas e indicadores tanto de procesos como de resultados, que puedan medir si se cumple o existen desvíos entre lo que sucede y lo que se planifico.

Los 299 agentes del seguro que componen el Subsistema de la Seguridad Social Nacional obligados por las leyes 23660 y 23661, deben presentar para su aprobación en la Superintendencia de Servicios de Salud, anualmente noventa (90) días antes de la fecha de inicio del ejercicio económico el Programa Médico Asistencial (PMA), que es la respuesta a los problemas de salud de la población que asisten, es un Plan Operativo para el año que se inicia. Deben presentarlo junto al presupuesto para ejecutarlo. La legislación pensó la Planificación Estratégica de corto plazo, en un plan operativo para los integrantes del subsistema, aunque no en el mediano y largo plazo, como tampoco en la Planificación Estratégica del Subsistema.

El problema es la implementación, los PMA son analizados sin conocer información epidemiológica, proponen dar respuesta a problemas de salud que desconocen, al no estar disponible en ninguna consulta del organismo, la información queda en los expedientes que luego de ser aprobados terminan en el archivo general. No existen controles sobre el cumplimiento de lo planificado. Los informes que genera el área, se limitan a los trámites administrativos (aprobado o no). Tampoco existe cruce de información con el Presupuesto que

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

presentan, el PMA se aprueba por Disposición firmada por el Gerente de Control Prestacional y el Presupuesto es analizado en la Gerencia de Control Económico – Financiero.

También, los Agentes del Seguro que en forma obligatoria o voluntaria integran el Subsistema Nacional de la Seguridad Social están obligados también por la leyes 23660 y 23361, a presentar ante la Superintendencia de Servicios de Salud, de los períodos anuales vencidos su Memoria general y balance de ingresos y egresos financieros, como así también copia legalizada de todos los contratos de prestaciones de salud que celebre durante el mismo período, a efectos de que la SSSalud pueda confeccionar un registro de los mismos.

Estas obligaciones que así expuestas en las leyes parecen sencillas se complejizan, a través de Decretos, Resoluciones del Ministerio de Salud y de la Superintendencia de Servicios de Salud, donde muchas veces se les solicita en diferentes presentaciones, que los Agentes del Seguro están obligados a cumplimentar la misma información ó presentaciones tanto en papel como en formato digital que no está al acceso de otras áreas de la Superintendencia de Servicios de Salud, no están disponibles en el Tablero de Indicadores Generales del organismo. Los porcentajes de Agentes del Seguro que cumplen con todas las obligaciones es también un problema, como se encuentra en detalle en este trabajo, cuando analizamos el último informe de la Auditoría General de la Nación.

Los indicadores que le brindan información, para la toma de decisiones a la Superintendencia de Servicios de Salud, no han sido creados para verificar la eficiencia y eficacia del funcionamiento del Subsistema de la Seguridad Social Nacional, desde una perspectiva sistémica y global que siga un destino planificado estratégicamente. Son indicadores surgidos aisladamente, a partir de la creación de una norma que tampoco está enmarcada en una Planificación Estratégica, sino de decisiones aisladas basadas en capacidades e intereses sectoriales, que difícilmente puedan responder a la Misión del Subsistema de la Seguridad Social Nacional que es brindar una respuesta organizada a los problemas de salud de “todos los Beneficiarios que lo componen”, respetando los valores que se acordaron de Equidad, Universalidad y Solidaridad, sin una Visión Compartida...sin saber cómo quieren ver el futuro.

Es alarmante descubrir la falta de información epidemiológica, disponible para la toma de decisiones, desde la perspectiva que el Subsistema de la Seguridad Social Nacional fue creado para dar una respuesta organizada los problemas de salud de su población beneficiaria. Si no cuenta con información que le informe de que se enferman y mueren sus beneficiarios, mal puede brindar respuestas correctas. Muestra un Subsistema construido desde la oferta de servicios sanitarios, que cada actor del subsistema tuvo interés en ofrecer y no desde la demanda real de servicios sanitarios de sus beneficiarios. Es un ejemplo concreto y real donde se cumple un principio económico, la ley de Say que también es conocida como la ley de los mercados “Toda oferta genera su propia demanda”.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

El Subsistema de la Seguridad Social Nacional nació en la década de 1940, siendo el año 1944 en que se reconoce como "fundacional" de las obras sociales sindicales mediante el Dec. 30.655/44 se crea la Comisión de Servicio Social, el Gral. Juan Domingo Perón era entonces Secretario de Trabajo, pensado para mejorar la salud de los trabajadores y sus familias.

Hoy 66 años después de creado el Subsistema de la Seguridad Social Nacional ó Sindical, basado en los principios de Equidad, Universalidad y Solidaridad, oponiéndose a las leyes del mercado que son la conversión en mercancía de todos los factores de producción (tierra, o naturaleza y trabajo, o seres humanos) en beneficio del capital. ¿Le brindó, le brinda y le podrá brindar el Subsistema de la Seguridad Social una respuesta a los problemas de salud de sus beneficiarios Equitativa, Universal y Solidaria desconociendo las enfermedades que padecen y los llevan a la muerte, con servicios sanitarios construidos desde la oferta, y sin una Planificación Estratégica?

Al comparar los indicadores teóricamente necesarios, los exigidos por la legislación vigente, y los disponibles en Superintendencia de Servicios de Salud, se observan enfoques muy diferentes en sus dimensiones de análisis, la “Definición Conceptual (OPS)” propone un enfoque sistémico ó global enfocado en la relación Subsistema – Beneficiario, como lo realizan todas las organizaciones que trabajan en la mejora continúa buscando un feedback de los destinatarios de su razón de existir. Trabajando con una Planificación Estratégica que permita cumplir con la Misión, y llegar a la Visión, respetando los Valores. En cinco dimensiones de análisis: Acceso, Equidad, Calidad, Eficiencia y Sustentabilidad. Las dimensiones del “Marco Normativo” están organizadas en dos dimensiones las “obligaciones prestacionales” y las “obligaciones económico –financieras”, son indicadores surgidos aisladamente, a partir de la creación de una norma que tampoco está enmarcada en una Planificación Estratégica, se trata de decisiones aisladas basadas en capacidades e intereses sectoriales, que difícilmente puedan responder a la Misión del Subsistema de la Seguridad Social Nacional que es brindar una respuesta organizada a los problemas de salud de “todos los Beneficiarios que lo componen”. El enfoque de las dimensiones relevadas como “Disponibles de Información” en el Tablero de Indicadores Generales de la Superintendencia de Servicios de Salud, nos muestra un listado de las dimensiones muy importantes pero insuficientes, no disponibles antes del año 2003 para la toma de decisiones. Ofrece datos cuantitativos, ninguno cualitativo y no ha sufrido modificaciones desde esa fecha. Desde el año 2003 para la toma de decisiones y para el público en general a través de la página web del organismo, está disponible el Padrón de Beneficiarios, inexistente hasta ese momento, el cual tiene un cruce de información entre la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos) y lo informado por los agentes del seguro a través de la Res. SSSalud 370/10, esta información permite distribuir los recursos del Fondo Solidario de Redistribución. No existe información epidemiológica, ni sobre los reintegros que

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

administra la Administración de Programas Especiales (APE) por las prestaciones de alto costo y baja incidencia, financiadas con el Fondo Solidario de Redistribución.

Finalizando, debemos incorporar otras variables que influyen en el desempeño del Subsistema de la Seguridad Social Nacional y que exceden a este trabajo, pero deberían considerarse en el momento de no introducir una reforma o de decidir hacer una reforma que incluya a todo el universo de trabajadores y familias, logrando como resultado una Seguridad Social Nacional más saludable.

Las variables recomendadas son: la transición demográfica y epidemiológica en que se encuentran, el envejecimiento de su población y recambio generacional, que genera un crecimiento de las enfermedades crónicas y al aumentar la Esperanza de Vida también aumenta el gasto del Subsistema. Aunque esto es inequitativo entre las diferentes jurisdicciones que componen la República Argentina².

La prevalencia de un modelo médico hegemónico centrado en el tratamiento de las enfermedades, en lugar de un modelo enfocado desde los determinantes sociales de la salud, en la educación para la salud para la promoción y prevención de la salud.

La creación de legislación generada por los grupos de interés, que obliga a incorporar a la canasta de prestaciones (PMO), prestaciones sin ningún estudio técnico actuarial que permita conocer la capacidad de financiación del subsistema.

El aumento de los amparos judiciales, que son batallas perdidas para los agentes del seguro nacional de salud en los tribunales, porque el derecho a la salud está consagrado en nuestra carta magna, los amparos judiciales son consecuencia de la falta de gestión sanitaria previa. La auditoría médica del seguro, que posee más información que el paciente – beneficiario, debe ser un aliado en la búsqueda de las mejores respuestas, que ofrezca la medicina basada en la evidencia a los problemas de salud de los beneficiarios, y el médico tratante también. Trabajar para el bien común y no el individual. Las soluciones a los problemas sanitarios de hoy son multidimensionales, y necesitan respuestas de equipos de salud multidisciplinarios.

“A veces sentimos que lo que hacemos es tan sólo una gota en el mar, pero el mar sería menos, si le faltara esa gota”

Madre Teresa de Calcuta.

² Según el censo 2001, un niño que nace en la provincia del Chaco tiene cinco (5) años menos de Esperanza de Vida que uno que nace en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

8. Bibliografía

1. Echebarria, Koldo y Mendoza, Xavier (1999) “La Especificidad de la Gestión Pública: el Concepto de Management Público”. Ed. Losada i Madorrán. ¿De Burócratas a Gerentes? BID. Washington D.C.
2. Faillace, Horacio (2008) “El sistema de salud: Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga”. Ediciones Cathedra Jurídica. 1° Edición. Buenos Aires.
3. González García, Ginés y Tobar, Federico (2004) “Salud para los argentinos”. Ed. Isalud. Buenos Aires.
4. González García, Ginés; De la Puente, Catalina y Tarragona, Sonia (2005) “Medicamentos. Salud. Política y Economía” Ed. Isalud. Buenos Aires.
5. González García, Ginés (1997) “Argentina en el Tercer Milenio”. Salud: Sala de Partos del Milenio”. Ed. Atlántida. Buenos Aires.
6. Groisman, Enrique (1991). “Políticas administrativas para el sistema democrático”. Buenos Aires. CEAL.
7. Hansen, Don y Mowen, Maryanne (2003) “Administración de Costos. Contabilidad y Control”. International Thomson Editores S.A. 3° Edición. México.
8. Kessler, Gabriel (2003) “Redefinición del mundo social en tiempos de cambio. Una tipología para la experiencia de empobrecimiento. Desde abajo. La transformación de las identidades sociales.” Pág. 25-51. Editorial Biblos y Universidad de General Sarmiento. Buenos Aires.
9. Knowles, James. Ph.D. Abt Associates Inc; Leighton. Charlotte. Ph.D. Abt Associates Inc; Stinson. Wayne. Ph.D. University Research Corporation (1997) “Indicadores de medición de Desempeño de Sistema de Salud”. OPS.
10. Krieger, Mario (2009). “Estado, Políticas y Gestión Pública. En tiempos del bicentenario”. Cap. 5. El Planeamiento Estratégico Participativo de los Organismos Públicos. Ed. Fundación Unión. Buenos Aires.
11. Llovet, Ignacio; Ramos, Silvina; Ortiz, Zulma y Segura; Elsa. Estudio realizado por acuerdo entre el Global Forum for Health Research y la Academia Nacional de Medicina de Argentina, sobre la base de entrevistas a decisores de política sanitaria. El estudio se realizó simultáneamente en seis países, coordinado por un equipo central de John Hopkins University, Estados Unidos. Publicado en la Revista del ITAES. Volumen 10 N°1 Enero-Febrero-Marzo 2008. “Política Sanitaria basada en la Evidencia. Demanda de Investigación por Tomadores de Decisión en el Área de Salud”
12. Martínez Hernández, Ángel; Comelles, Josep Maria. (1993) “Enfermedad. Cultura y Sociedad” Cap. 1 - La configuración del modelo médico y del modelo antropológico. Cap. 2 La Medicina era una ciencia social. Ed. Eudema. Madrid.

13. Martínez Pedros, Daniel y Milla Gutiérrez, Artemio (2005) “La elaboración del plan estratégico y su implantación a través del cuadro de mando integral”. Ediciones Díaz de Santos. España.
14. Mendoza, Xavier. (2000). “Management público e indicadores de gestión: una perspectiva organizativa”, en Francisco Longo y Manuel Zafra (coords.). Pensar lo público. CEMCI-UIMESADE. METCALFE. Les (1999) “La gestión Pública: de la imitación y la innovación”, en Losada i Madorrán (ed.). “¿De Burócratas a Gerentes?”. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D. C.
15. OMS (2008) Resumen Analítico del Informe Final “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/es/index.html>
16. Ortún Rubio, Vicente. (2003) “Gestión clínica y sanitaria – de la práctica a la academia. ida y vuelta”. Ed. Masson. España.
17. Oszlak, Oscar. (1981) “Recolección y procesamiento de datos para la planificación e implementación de reformas administrativas”. Buenos Aires. Mimeo. (1999b) “De menor a mejor: el desafío de la ‘segunda’ reforma del Estado”, en Revista Nueva Sociedad. N ° 160. Caracas.
18. Pineault, Raynald y Daveluy, Carole. (1990) “La Planificación Sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias” Ed. Masson S.A. España.
19. Prats I Catala, Joan (1998) “Administración Pública y desarrollo en América Latina. Un enfoque neoinstitucionalista”, en Revista del CLAD Reforma y Democracia. N° 11. Junio. Caracas.
20. Taussig, Michael. (1995) “La reificación y la conciencia del paciente”. Un gigante en convulsiones. Pp. 110-143. Ed. Gedisa. Barcelona.
21. Torres, Rubén. (2004). “Mitos y realidades de las Obras Sociales en la Argentina”. Ed. Isalud.
22. Zamudio, Teodora (1998) “Derecho a la Salud. La experiencia argentina”. Seminario de Bioética y Ciencias Médico-Biológicas. organizado por BioDiv y Ministerio de Salud del Perú. Lima. 16-18/11/98.

ANEXO I

Listado completo de la canasta de prestaciones médico- asistenciales obligatorias mínimas, que deben brindar a sus beneficiarios los Agentes del Seguro, que forman el Sistema Nacional de la Seguridad Social Nacional Argentina.

Diabetes

- Ley 23753 - 29/09/1983
- Decreto 1271/98 - 23/10/1998 - Reglamenta Ley 23753
- Resolución Msal 301/99 - 16/04/1999 - Incorpora las leyes 23753 y Decreto 1271/98 al PMO
- Resolución Msal 542/99 – 26/07/1999 – Norma Complementaria de la Res. Msal N°. 247/96, en relación con la inclusión de la insulina y demás elementos necesarios para su aplicación entre los medicamentos que deben ser obligatoriamente provistos por los Agentes de Salud en cumplimiento del Programa Médico Obligatorio.

Discapacidad

- Ley 22431 - 16/03/1981 - Sistema de Protección Integral de los Discapacitados
- Decreto 762/97 - 11/08/1997 - Define las Prestaciones Básicas: Prevención, Rehabilitación, etc.
- Ley 24901 - 05/11/1997 - Sistema de Prestaciones Básicas
- Decreto 1193/98 - 14/10/1998 - Reglamentación Ley 24901
- Ley 26480 - 30/03/2009 - Incorpora el inciso d) al artículo 39 de la Ley N° 24.901 - Asistencia Domiciliaria
- Resolución Msal 675/09 - 12/05/2009 - Aprueba el Modelo Único de Discapacidad y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad.
- Resolución Msal 57/10 - 13/01/2010 - Aranceles Prestaciones Discapacidad
- Resolución APE 1915/10 - 11/02/2010 - Aranceles Prestaciones Discapacidad

Droga-dependencia

- Res. Conjunta 361/97 y 153/97 Msal y SEDRONAR. Normas de categorización para aquellos establecimientos que brindan Servicios Preventivos - Asistenciales en Drogodependencia - 11/06/1997

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

- Resolución Msal 362/97 - 23/07/1997 - Agentes del Seguro Nacional de Salud (Leyes 23660 y 23661) y empresas de medicina privada - Programa para el Tratamiento de la Drogadicción.
- Resolución 524/05 SEDRONAR, crea el Registro de Instituciones Gubernamentales y no Gubernamentales para la prevención y tratamiento de droga-dependencia - 07/04/2005
- Ley 24788 - 31/03/1997 - Prohíbe en todo el territorio nacional, el expendio a menores de dieciocho años, de todo tipo de bebidas alcohólicas. Crease el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol.
- Decreto 149/09 - 03/03/2009 - Aprueba la reglamentación de la Ley N° 24.788
- Drogadependencia y SIDA – Ley 24455 - 01/03/1995 - Prestaciones obligatorias para Agentes del Seguro comprendidos Ley 23661
- Decreto 580/95 - 01/10/1995 - Reglamentación de la Ley 24455
- Resolución Msal 790/97 - 10/04/1997 - Apoyo Financiero
- Resolución Msal 625/97 - 19/09/1997 - Aprueba el Programa de Cobertura HIV/SIDA de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, y el Programa de Prevención del SIDA previsto en la Ley 24.455 y su Decreto Reglamentario N° 580/95. Con la obligatoriedad de cobertura por los Agentes de Seguro

Epilepsia

- Ley 25404 - 28/03/2001 - Establece medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia.
- Decreto 53/09 - 27/01/2009 - Marco regulatorio uniforme para el diagnóstico y tratamiento de las personas que padecen epilepsia.

Medicina Privada

- Ley 24754 - 23/11/1996 - Establece que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas "prestaciones obligatorias" dispuestas para las obras sociales.

Prescripción por nombre genérico de medicamentos

- Resolución SSSalud 163/02 - 07/05/2002 - Establece que los descuentos a favor de los beneficiarios en medicamentos en la modalidad ambulatoria sólo serán

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

reconocidos y aplicados por los Agentes respecto de aquellas recetas que se emitan por nombre genérico del principio activo.

- Ley 25649 – Fecha 28/08/2002 –
- Decreto 1855/02 - 19/09/2002 - Observa parcialmente el Proyecto de ley N° 25649, el resto lo promulga.
- Decreto 987/03 - 28/04/2003 - Reglamentación Ley 25649

Programa Médico Obligatorio (PMO)

- Resolución Msal 356/97 - 23/06/1997 - Hace referencia al PMO, debe considerarse al Médico Pediatra como el Médico Generalista de la etapa de la vida que incluye el período neonatal, la niñez y la adolescencia.
- Resolución Msal 157/98 - 13/03/1998 - Hace referencia que PMO, debe considerarse a los Médicos Ginecólogos y/u Obstetras como los Médicos Generalistas de la atención de los aspectos de la salud de la mujer relacionados con estas disciplinas.
- Resolución Msal 201/02 – 09/04/2002 - Resolución 201/02 y sus modificatorias - Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE). Derogada parcialmente por Res. Msal. 1991/05. (termina con el PMO de Emergencia e incorpora más prácticas, etc. Ver más adelante la Resolución donde está aclarado que sigue vigente)
- Resolución Msal 310/04 - 07/04/2004 - Formulario Terapéutico PMO
- Resolución Msal 758/04 - 26/07/2004 - Modifica las Resoluciones N° 201/2002 y 310/2004, en relación con las altas o bajas, tanto de principios activos como de precios, en la cobertura de medicamentos para los beneficiarios del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.
- Resolución Msal 82/05 - 31/01/2005 - Excluye el principio activo Rofecoxib en todas sus presentaciones.
- Resolución Msal 752/05 - 04/07/2005 - Incorpora en el Anexo IV de la Res.Msal. 201/02, modificada por la Res. Msal 310/04 y 758/04 principios activos, formas farmacéuticas y presentaciones; y en el Anexo III Recomendaciones de Uso del Formulario Terapéutico.
- Resolución Msal 1747/05 - 02/12/2005 - Incorpora modificaciones en los Anexos III y IV de la Res. Msal 201/02, 310/04 y 758/04.
- Resolución Msal 1991/05 - 28/12/2005 - **Aprueba Programa Médico Obligatorio, vigente a partir del 1° de Enero de 2006.** Aprueba como parte integrante del Programa Médico Obligatorio las previsiones de la Resolución Msal 201/02, 1418/07, 310/04, 758/04, 82/05,752/05 y 1747/05.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

- Resolución Msal 1714/07 - 01/01/2006 - Vigencia PMO - Res. 1991/05 - Art. 2º — En el marco de sus atribuciones, este Ministerio determinará el mecanismo de actualización que se sustente en análisis sistemáticos y pormenorizados de cargas de enfermedades y de la medicina basada en la evidencia, permitiendo tomar decisiones adecuadas respecto a la incorporación y/o baja en el catálogo de prestaciones incluidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO. - Art. 3º — Ratifíquese lo actuado por el Consejo Nacional Consultivo de Salud respecto al nuevo MODELO DE ATENCION SANITARIA.
- Resolución Msal 1418/07 - 23/10/2007 - Rectifica el Anexo III de la Resolución N° 201/2002, modificada por su similar N° 310/2004.
- Resolución SSSalud 1025/09 - 08/10/2009 - Establece que la modificación de la cartilla de prestadores de los Agentes del Seguro de Salud no podrá afectar la continuidad de tratamiento de las prácticas asistenciales en curso de ejecución de su población beneficiaria.
- Decreto 1083/09 - 29/12/2009 - Aprueba la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable.
- Ley 26529 - 19/11/2009 - Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Historia Clínica y Consentimiento Informado.
- Resolución Msal 1230/08 - 28/10/2008 - Art. 1º - Los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada deberán brindar a los beneficiarios de los Agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, las prestaciones médico-asistenciales establecidas en el PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (PMO) vigente a la fecha.

Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica

- Decreto 1424/97 - 23/12/1997 - Establece la aplicación obligatoria del mismo en todos los establecimientos nacionales de salud, en los Sistemas Nacionales del Seguro de Salud y de Obras Sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del Sector Salud que adhieren al mismo. Funciones. Autoridad de aplicación. Al ser más de 75 las Resoluciones que se relacionan con este Decreto, no las mencionamos, pero pueden consultarlas en la web del Ministerio: <http://www.Msal.gov.ar/pngcam/>

Salud Sexual y Procreación Responsable

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

- Ley 25673 - 22/11/2002
- Decreto 1282/03 - 26/05/2003 - Reglamentación Ley 25673
- Ley 25929 – Decreto 1231/04 - 25/08/2004 - Protección del Embarazo y del Recién Nacido. Establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.
- Ley 26130 – Decreto 1110/06 - 29/08/2006 - Establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas Ligadura de Trompas de Falopio y Ligadura de conductos deferentes o vasectomía, en los servicios del sistema de salud. Requisitos. Excepción. Consentimiento Informado. Cobertura. Objeción de conciencia.
- Resolución Msal 755/06 - 27/10/2006 - Incorpora las leyes 25929 y 26130 al PMO, con cobertura total a cargo de los agentes del seguro y medicina privada.
- Resolución Msal 232/07 - 09/03/2007 - Programa Médico Obligatorio. Incorpora la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), como método anticonceptivo hormonal.
- Resolución Msal 625/97 - 16/09/1997 - Aprueba el Programa de Cobertura HIV/SIDA de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y las que padecen el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o las enfermedades intercurrentes, y el Programa de Prevención del SIDA previsto en la Ley 24.455 y su Decreto Reglamentario N° 580/95.
- Ley 25543 - 07/01/2002 - Establece la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada. Consentimiento expreso y previamente informado. Cobertura. Establecimientos asistenciales. Autoridad de aplicación.

Trastornos Alimentarios

- Ley 26396 - 03/09/2008 - Prevención y control de los trastornos alimentarios.
- Decreto 1395/08 - 03/09/2008 - Decreto Reglamentario Ley 26396
- Resolución Msal 742/09 - 01/06/2009 - Aprueba e incorpora al Programa Médico Obligatorio prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes.
- Resolución Msal 11/09 - 01/09/2009 - Crea el Registro de Establecimientos de Cirugía Bariátrica. Requisitos para la Inscripción.

“Indicadores para la implementación de políticas sanitarias en el Subsistema de la Seguridad Social Nacional Argentina

- Ley 26588 - 02/12/2009 - Detección Temprana, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Celiaca. Las obras sociales enmarcadas en las Leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas con celiaquía, que comprende la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de la misma, incluyendo las harinas y pre mezclas libre de gluten, cuya cobertura determinará la autoridad de aplicación.