

Instituciones Sanitarias en un País Federal:
Las Obras Sociales Provinciales en Contexto

Daniel Maceira, Ph. D.

Resumen

Las Obras Sociales Provinciales han sido consideradas durante años actores secundarios en el financiamiento del sistema de salud en Argentina. La importancia política de los sindicatos, y las pujas de poder asociadas con el fenómeno "representatividad obrera-reivindicación salarial-gerentes de sistemas de salud", hicieron que la problemática referida al funcionamiento de las Obras Sociales Nacionales recibiera mayor atención, no sólo por parte de los medios de comunicación sino también por parte de los especialistas del sector.

A partir de la descentralización de los servicios sociales y de la crisis de desfinanciamiento general, el sector público provincial se convirtió en un generador de empleo, y las Obras Sociales Provinciales se revalorizaron como objeto de estudio. Actualmente, con una cobertura de 5,2 millones constituye aproximadamente el 14% del sistema de salud, en términos de financiamiento.

El proceso de descentralización llevado a cabo desde principios de los '90 cambia el eje del modelo de salud argentino. El Ministerio de Salud pasa a cumplir un papel complementario en la prestación de servicios de salud, aunque mantiene protagonismo en términos de financiamiento (aproximadamente 40% del gasto público en salud cuenta con fuentes nacionales). Desde esta nueva perspectiva, la visión centrada en la Ciudad de Buenos Aires se desplaza a una perspectiva provincial, donde la Obra Social de cada jurisdicción cumple una función protagónica. Ello se traduce en la necesidad de analizar tanto los mecanismos de coordinación y/o transferencia de riesgo con instituciones dependientes de los Ministerios de Salud Provincial, como así también en los diseños utilizados en la contratación de efectores privados. Estos aspectos se convierten en pilares básicos del análisis sobre políticas futuras en el área, donde los seguros provinciales de salud, coordinando recursos e instalaciones de las Obras Sociales Provinciales, Ministerios de Salud locales y PAMI constituyen uno de los escenarios potenciales analizados.

El "nuevo fenómeno" de las Obras Sociales Provinciales enfrenta al investigador con varios desafíos: 1) estas instituciones, como organismos teóricamente autárquicos de un país federal, cuentan con una legislación que le otorgan funciones y características propias, y no necesariamente son homogéneas entre sí; 2) la falta de información sobre las Obras Sociales Provinciales, asociada a un modelo desmembrado de financiamiento, genera incógnitas acerca de la calidad del dato recogido, sus fuentes de información y los parámetros adecuados para establecer comparaciones entre instituciones; 3) a diferencia de las Obras Sociales Nacionales, éstas no cuentan con un marco de superintendencia que promueva estructuras regulatorias de redistribución de fondos, paquetes de servicios y mecanismos homogéneos de fiscalización de calidad en la atención.

Las Obras Sociales Provinciales no se incluyen en la normativa sobre las Obras Sociales Nacionales establecida por la Ley 23.660 y por lo tanto no se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud. A partir de ello no participan en el Fondo Solidario de Redistribución ni cuentan con la obligatoriedad de establecer un paquete médico obligatorio, a pesar que algunas instituciones provinciales hayan avanzado sensiblemente en esta dirección. Asimismo, su proceso de financiamiento, organización y asignación de recursos depende directamente de cada una de las provincias y por tanto no se requiere coordinación entre las mismas.

A pesar de la existencia de una norma provincial sobre autarquía de la Obra Social Provincial con respecto al gobierno de su jurisdicción, ello no necesariamente se cumple en todos los casos. Las decisiones de las instituciones dependen en gran medida del gobierno provincial quién a partir del manejo de las remesas de aportes patronales condiciona directa o indirectamente la dinámica de la institución y sus posibilidades de contratación de servicios.

En términos de cobertura, no existe un padrón de beneficiarios único y actualizado para cada una de las Obras Sociales Provinciales. De acuerdo a la información existente, la cobertura de cada institución en el ámbito de su jurisdicción cuenta con una amplia dispersión que se extiende desde un mínimo de 8,5 por ciento en la provincia de Buenos Aires a un máximo del 45 por ciento de los habitantes catamarqueños. La media aproximada es de 24,83 por ciento para el promedio simple de las 23 jurisdicciones analizadas.

Estas instituciones cuentan con una administración provincial en la ciudad capital de la provincia y una red de contratos con efectores privados y públicos, existiendo sólo una provincia (Mendoza) con instalaciones propias para internación propias. Las contrataciones se realizan generalmente por prestación, con creciente impacto de las renegociaciones per cápita. Se observa asimismo una significativa participación de intermediarios, especialmente colegios o círculos médicos, y asociaciones de clínicas y sanatorios provinciales. La limitada aplicación de mecanismos de seguimiento y evaluación reduce la posibilidad de hacer efectiva una estrategia de incentivos monetarios y/o no monetarios para sus recursos humanos.

A pesar de la diversidad institucional encontrada, es posible establecer cuatro categorías de Obras Sociales en función de sus coberturas y del producto bruto geográfico per cápita de cada jurisdicción. Esta taxonomía ofrece una correlación entre niveles de ingresos, resultados de salud y características de las Obras Sociales Provinciales que fue corroborado a partir de análisis de regresión. Allí se establece que el nivel de gasto per cápita de las Obras Sociales se encuentra asociado positivamente con el ingreso teórico de las mismas y negativamente con los indicadores de perfil epidemiológico y mortalidad infantil utilizados.

Conjuntamente con el PAMI y los sistemas públicos provinciales, las Obras Sociales de cada jurisdicción proveen cobertura teórica a aproximadamente el 75 por ciento de los habitantes de una provincia promedio. La posibilidad de combinar los fondos y los mecanismos de cobertura de estas tres instituciones podría constituir una fuente potencial de éxito en el desarrollo de un esquema local de aseguramiento social. Asimismo, la red de prestadores privados ya desarrollada por las Obras Sociales Provinciales al interior de cada jurisdicción podría establecer las bases para articular al sector público, la seguridad social y el sector privado a través de mecanismos públicos o para-públicos de financiamiento.

Sin embargo, y partir de la información recogida, la calidad de datos asociados con beneficiarios, ingresos y resultados en salud de las Obras Sociales Provinciales presenta fuertes limitaciones. Del mismo modo, la existencia de una estructura de financiamiento relativamente asociada con el poder político reduce las posibilidades de estas instituciones para constituirse en gerencadoras de un sistema de salud. Estas falencias impiden la definición de una estrategia de seguimiento y evaluación, no existiendo metas establecidas, objetivos explícitos y modos de corroborar los esfuerzos realizados por las instituciones para mejorar su desempeño. Finalmente, la falta de un marco regulatorio común representa un desafío en el establecimiento de prioridades desde el nivel federal que permitan cubrir déficits puntuales en el acceso a servicios de salud de la población de distintas provincias.

De este modo, si bien las Obras Sociales Provinciales cuentan con una serie de ventajas sobre las cuales construir una posible reforma basada en seguros provinciales de salud, las limitaciones identificadas requieren de un debate sobre su funcionamiento, antes de establecer mecanismos cruzados de financiamiento con terceras instituciones.

Las propuestas de políticas hacia este sector deben priorizar el establecimiento de pautas estrictas para resolver los problemas puntuales identificados al interior de cada institución, tal que la resolución de estos problemas guíe la dinámica para la articulación de mecanismos de financiamiento futuro. En segundo lugar, es recomendable promover la creación de una superintendencia de Obras Sociales Provinciales, o incorporarlas a la estructura supervisada por la Superintendencia de Servicios Nacionales de Salud, resolviendo las barreras que genera en las provincias el descreimiento en estructuras federales de control. Paralelamente, deben recrearse mecanismos idóneos de recolección de fondos e información para evitar la politización en la recaudación de sus ingresos. Finalmente, y a partir de una visión de largo plazo, se deberá diseñar mecanismos de redistribución que permitan una identificación más precisa de las necesidades de la población y una asociación entre transferencia de recursos y atención de tales necesidades.