

*TESIS*

**ORGANIZACIÓN DE SALUD PARA EL  
ADULTO MAYOR**

MAESTRIA: ADMINISTRACION DE SERVICIOS  
DE SALUD

UCES

DIRECTOR: DR. JORGE DANIEL LEMUS

AUTOR: DR. SEBASTIAN FOUCES

JULIO 2001

# ORGANIZACIÓN DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

## I. ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD.

### Estructura del Sector Salud

El sector salud argentino está organizado en tres subsectores: subsector público, subsector de Obras Sociales y subsector privado.

El **subsector público** (a través de la nación, provincias y municipios) se encarga de la promoción, prevención, regulación y fiscalización.-

Asimismo, el subsector tiene la obligación de prestar servicios a todo aquel que lo solicite por medio de hospitales y unidades asistenciales. Desde sus inicios, el subsector público de salud fue descentralizado territorialmente. Actualmente, la mayor parte de la provisión pública es responsabilidad de las provincias aunque algunos municipios poseen servicios propios. Si bien teóricamente los beneficiarios deberían ser todos los habitantes, en la práctica los usuarios son los sectores de menores ingresos sin seguro de salud y los grupos cubiertos por Obras Sociales sin acceso efectivo a las prestaciones de las mismas por razones económicas o geográficas. A pesar de la crisis que atraviesan, los servicios públicos enfrentan una importante demanda derivada del deterioro de cobertura y servicios brindados por varias Obras Sociales.

El financiamiento de este subsector se basa en recursos provenientes de las rentas generales, fijados anualmente en los presupuestos nacionales, provinciales y municipales.

En 1997, el gasto del subsector público fue aproximadamente de U\$S 5.000 millones (1,6% del **PBI**), de los cuales casi el 70% fue realizado por las provincias, el 16% por los municipios y el restante 14% por la Nación.

El **subsector de Obras Sociales** ofrece un seguro de salud obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares que alcanza a casi el 50% de la población.

Existen varios tipos de Obras Sociales: nacionales, provinciales, empresariales, independientes (como por ejemplo Dosuba, IOSE, Naval, Congreso, etc.) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionado (INSSJyP).

La magnitud del gasto que realiza el subsector de Obras Sociales (más del 2% del PBI) y la cantidad de la población beneficiaria manifiestan la importancia del mismo dentro del sistema.

La principal fuente de financiamiento de este subsector la constituyen los aportes y contribuciones sobre la nómina salarial, los cuales varían al tipo de Obra Social. Por ejemplo, en el caso de las **Obras Sociales Nacionales** los aportes están fijados en el 8% correspondiendo un 3% al empleado y el 5% al empleador, mientras que para las **Obras Sociales Provinciales** éstos se elevan en promedio al 11%, conformado por el 5% y el 6% al empleado y al empleador, respectivamente.

También son fuentes de financiamiento los coseguros (por diferencia de planes de cobertura) y copagos (ticket moderador, plus o gastos no cubiertos).

Otra variante de financiamiento se relaciona con cambios ocurridos con cambios de la seguridad social que han dado lugar a que determinados lugares de las Obras Sociales se incorporen a la modalidad de prepago con financiamiento de aportes y contribuciones sobre salarios. Es el caso de Obras Sociales de sectores empresariales, caracterizadas por altos niveles de ingreso, cuya operatoria se ha ido de hecho distanciando del funcionamiento propio de I esquema de la seguridad social y asemejándose progresivamente a la modalidad de prepago con opciones de servicios vinculados con los aportes obligatorios y pagos voluntarios de los usuarios.-

Un aspecto a destacar respecto de la estrategia adoptada por la mayoría de las Obras Sociales fue que no impulsaron la provisión directa (centrada en servicios propios), ni la participación del subsector público en el sistema, sino que optaron por la contratación de los servicios de atención brindados por el subsector privado.

En los últimos años, el subsistema de obras sociales ha tenido que enfrentar complicaciones en lo que respecta a la eficiencia de su funcionamiento y su estructura financiera. Esto ha provocado en algunos casos que la población con menores recursos deba acudir al hospital público y que la población con mayor nivel adquisitivo se dirija al subsector privado a fin de garantizarse una mejor cobertura de salud.

El **subsector privado** esta constituido por empresas aseguradoras (prepagas) y empresas prestadoras (clínicas, sanatorios, centros médicos, laboratorios, etc.). En algunos casos las empresas de medicina prepaga poseen centro de atención propios y en otros establecen acuerdos con otros centros privados.

Dentro del subsector existen también entidades sin fines de lucro, como algunos hospitales de comunidades nacionales.

Este subsector cubre a aquella persona que opten por un seguro de salud voluntario o a quines demanden directamente servicios de

atención médica privada. El subsector cubre al 7% de los habitantes, compuesto en su mayoría por población de altos niveles de ingreso.

El financiamiento de las empresas de medicina prepaga se constituye básicamente por las primas y copagos pagados por los individuos y empresas que adhieren de manera voluntaria al sistema. Estas son las fuentes previstas en el esquema puro donde las organizaciones prepagas sirven a los fines de nuclear demanda dispersa.

Nuevas modalidades de comercialización ubican a las empresas de medicina prepaga como administradoras de fondos para la atención de grupos de consumidores. Esto ocurre con las empresas que sostienen contratos con Obras Sociales, por los cuales administran cápita.

En los últimos años ha crecido la importancia y el número de las empresas de medicina prepaga, actualmente agrupadas en dos cámaras empresarias: la Cámara de Instituciones Médico Asistencial – de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (que representa a las empresas sin servicios propios).

En 1.992 se estimaba que había 240 entidades de medicina prepaga en todo el país, con 2.500.000 beneficiarios.

La importancia del gasto en salud proveniente de este subsector como porcentaje del PBI ha aumentado durante los últimos años, alcanzando en 1.997 aproximadamente 2,5% del producto.

**Tabla 1**  
**Argentina: Gasto total en salud, 1.997.**

Subsector	Cobertura (millones de habitantes)	% (b)	Gasto (millones de \$ de 1.997)	%	% del PBI
Público	15,9 <sup>(a)</sup>	46%	5.263	25%	1,63%
Nacional			720	3,4%	0,22%
Provincial			3.686	17,5%	1,14%
Municipal			857	4,1%	0,26%
Obras Sociales	16,2	47%	7662	36,4%	2,37%
INSSJyP			2.167	10,3%	0,67%
OS Nac.			3.686	17,5%	1,14%
OS Prov.			1.809	8,6%	0,56%
Privado	2,5	7%	8.100 <sup>(c)</sup>	38,5%	2,5%
Total	34,6	100%	21.025	100%	6,45%

Fuentes: Dirección Nacional de Programación del Gasto Social - Secretaría de Programación Económica y Regional.

(a) dadas las características del sistema se considera que el subsector público cubre a la población no asegurada (46% de la población)

(b) hay que tener en cuenta que esta información no está teniendo en cuenta aquellos individuos que tienen recibiendo cobertura de más de un subsector. (por ej. Subsector público y O.S, O.S y prepagas, etc.)

(c) estimación preliminar en base a datos de McKinsey.

## **Reformas Recientes**

En el marco de reforma estructural que atraviesa el país desde 1989, se han llevado adelante importantes transformaciones en el sector salud, que si bien no han logrado cumplir aún con los objetivos inesperados de las mismas, se espera obtener resultados positivos en el mediano/corto plazo.

Con respecto al subsector público, el gobierno está promoviendo el desarrollo de Hospitales de Autogestión, con el fin de brindar mayor autonomía a los hospitales públicos. Uno de los principales objetivos de esta iniciativa es otorgarles a los hospitales la posibilidad de facturar a las Obras Sociales las prestaciones brindadas a sus afiliados, e introducir un mecanismo automático de cobro que evite los incumplimientos en los pagos por parte de estas entidades.

La iniciativa del Hospital de Autogestión como organizaciones descentralizadas trata de fortalecer su gerencia estratégica para actualizar su comportamiento en procura de la atención de su grupo poblacional cada día más amplio. Recientemente en el Ministerio de Salud ha favorecido estudios e investigaciones para reactualizar el conocimiento de las ofertas de servicios y de principales indicadores de producción, rendimiento, recursos y costos. Esta información permitirá a los niveles gerenciales de la organización la toma de decisiones informáticas sobre las ofertas y producción del sector.

Paralelamente, la Atención Primaria de la Salud se encuentra en un proceso de renovación y existe interés nacional de redefinir su trayectoria con el fin de lograr un balance de las acciones curativas con las prevenciones y promociones de la salud, incorporando redes sociales que trabajan en la contención de problemas sociales que afectan las condiciones de salud.

Por otro lado, en el período a partir de 1992 se ha priorizado el proceso de transformación y renovación de las Obras Sociales. En cumplimiento de lo ordenado por el decreto 492/95 se constituyó la Comisión Técnica para el Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual constituye el nivel mínimo de cobertura que debe ser ofrecido por

las empresas aseguradoras (tanto Obras Sociales como Empresas de Medicinas Prepaga). Para el desarrollo, negociación e implementación de las propuestas de cambio se integró una comisión conformada por el Ministerio de Salud, la Ex Administración Nacional de Seguros de Salud y la Confederación General del Trabajo.

Simultáneamente se avanzó en la reestructuración del INSSJyP, Obras Sociales de los jubilados intentando procurar mayor eficiencia, calidad y un uso racional de los recursos para lograr un equilibrio financiero y la satisfacción de sus beneficiarios.

En los últimos tres años ha habido diversos intentos para desregular el subsistema de Obras Sociales de modo de introducir mayor competencia en el mismo. Con este propósito, se ha impulsado un mecanismo de libre elección de Obras Social.

Actualmente, los empleados pueden elegir hacia que Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga (que tengan acuerdo con alguna Obra Social) dirigir sus aportes.

En parte, estas reformas han sido posibles gracias a las ayudas técnicas y financiera brindadas por el Banco Mundial, que otorgado prestamos a algunas Obras Sociales para que desarrollen sus planes de reconversión.

En tanto, a principios de 1998 se ha creado la Superintendencia de Servicios de Salud -SSS- (en reemplazo de la Administración Nacional del Seguro de Salud -ANSSAL-). El principal objetivo de la institución es regular y controlar a los agentes del Seguro de Salud, en modo de asegurar que las políticas de promoción, preservación y recuperación de la salud sean respetadas.

La SSS tiene un importante rol en el proceso de libre elección de Obras Sociales. A partir de 1998 toda solicitud de pase de una Obra Social a otra debe ser aprobado por la Superintendencia.

## La Organización del Sector y el Adulto Mayor

El sistema de atención sanitaria destinada al adulto mayor puede encuadrarse en el sistema de salud expuesto preventiva.

Los tres subsectores mencionados atienden las necesidades provenientes de la población bajo consideración. Sin embargo, el subsector de Obras Sociales, a través del INSSJyP, ejerce un rol protagónico.

El papel del subsector público en lo que respecta exclusivamente al cuidado de la salud del adulto mayor se concreta en la: a) generación y coordinación de programas de promoción y prevención destinado a esta población, b) regulación que el mismo ejerza sobre las diversas cuestiones que afectan directa o indirectamente la salud de los mayores de 60 años, y c) prestación de servicios en los hospitales y unidades asistenciales, las cuales en realidad no difieren de aquellas disponibles para el resto de la población.

En lo que respecta al subsector privado, en general, la cobertura ofrecida por las empresas de medicina prepaga para mayores es cara, los beneficios están sujetos a límites de costo, el ingreso está restringido a la edad del demandante y existen ajustes en los precios de planes luego de cierta edad del afiliado. En consecuencia, es probable que el mencionado sesgo hacia poblaciones de altos ingresos característicos de este subsector se acentúe en los grupos de personas mayores de 60 años.

Por lo tanto, si bien en general las principales empresas privadas prestadoras de servicios de atención médica poseen moderna infraestructura y adecuada tecnología para atender las patologías más frecuentes en los adultos mayores, no existe en el país ningún centro privado destinado exclusivamente a este tipo de población.

Finalmente, dentro del subsector de Obras Sociales, el INSSJyP ocupa un lugar destacado.

El INSSJyP fue creado en 1971 por la ley 19.032. Su actividad principal se centra en la presentación de servicios médicos asistenciales a los jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Prevención y a su grupo familiar.

Los fondos del INSSJyP provienen en parte de los aportes personales, y de las contribuciones patronales para el caso de los trabajadores en actividad. Otra parte proviene de los pasivos, y varía entre el 6% y el 3% de sus ingresos según el nivel del haber pasivo.

El gasto en salud del INSSJyP alcanzó en 1997 los U\$S 2.167 millones, lo cual representa el 0,7% del PBI.

El INSSJyP cuenta con más de 4.000.000 de beneficiarios, de los cuales el 30% tiene menos de 60 años.

**Tabla 2.**  
**Población de Beneficiarios de INSSJyP según edad y sexo.**  
**Total del país, al 31-12-1997.**

Edad	Total		Mujeres		Varones	
	Cantidad	Porcentaj	Cantidad	Porcentaj	Cantidad	Porcentaj
Hasta 1	5601	0,1	20575	0,1	2844	0,2
2-12	181676	4,3	89835	3,4	91844	5,8
13-20	347669	8,3	173755	6,6	173914	11
21-26	21174	0,5	11675	0,4	9499	0,6
27-32	24509	0,6	15032	0,6	9477	0,6
33-38	50332	1,2	28571	1,1	21761	1,4
39-44	68915	1,6	48268	1,8	20647	1,3
45-49	88163	2,1	65021	2,5	23142	1,5
50-55	173862	4,1	133840	5,1	40022	2,5
56-61	345327	8,2	263544	10	81783	5,2
62-67	705982	16,8	453205	17,3	252777	15,9
68-73	881334	20,9	523928	20	357406	22,5
74-79	687784	16,3	421644	16,1	266140	16,8
80-99	625941	14,9	389669	14,9	236272	14,9
100-más	2255	0,1	1813	0,1	442	0
<b>TOTAL</b>	<b>4210527</b>	<b>100</b>	<b>2622557</b>	<b>100</b>	<b>1587970</b>	<b>100</b>

Por lo tanto, dentro de este subsector no sólo el INSSJyP atiende a la población adulta mayor. Desde el punto de vista legal, la población pasiva beneficiaria del INSSyP puede optar por recibir la cobertura de esta Instituto o cambiar a otra Obra Social. Existe un Registro de Prestadores que deben declarar su disposición a recibir pasivos y sus grupos familiares, el cual ya incluye mas de 40 Obras Sociales.

A raíz del traspaso de afiliados desde el INSSJyP a los agentes inscriptos en el Registro se estableció por resolución conjunta de los Ministerios de Economía y Obras y Servicios Públicos, de Trabajo y Seguridad Social y de Salud y Acción Social, el monto de las capitas que las Superintendencia de Servicios de Salud deben transferir automáticamente a los agentes inscriptos. La cápita transferida varía de acuerdo a la edad: \$36 para beneficiario de 60 años o más, \$19 para los

beneficiarios de 40 o 59 años y \$12 para los de menos de 40 años.(Montoya 1997).

En base a este marco general acerca de la organización del sector y el lugar del adulto mayor en el mismo, las secciones siguientes abordan, los aspectos vinculados con a) la oferta de los servicios de salud para la población mayor a 60 años, b) la cobertura, accesibilidad y utilización de estos servicios, y c) la estructura de financiamiento y gasto del sistema de atención sanitaria en relación al adulto mayor .

## **II OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD**

### **Infraestructura**

El total del país cuenta con 16085 establecimientos asistenciales, de los cuales del 80% son sin internación y el resto con internación (tabla 10).

Del total de establecimientos el 90% pertenece al subsector privado, y el 10% restante se reparte entre el subsector público y el de Obras Sociales (tabla 11).

El subsector privado reúne tanto la mayoría de los centros con internación como los sin internación, representando casi el 68% del total en el primer caso y más del 90% en el segundo (tabla 11).

### **Tabla 3**

**Cantidad de Establecimientos Totales, por división política territorial 1995.**

<b>Indicador</b>	Total del	Establec.	Establec.
<b>Jurisdicción</b>	Establec.	S/int.	C/int.
Total del país	16085	3310	12775
<b>Capital Federal</b>	<b>1204</b>	<b>180</b>	<b>1024</b>
Buenos Aires	3825	816	3009
Catamarca	464	56	408
Córdoba	1561	573	988
Corrientes	455	99	356
Chaco	414	122	292
Chubut	232	61	171
Entre Ríos	480	149	331
Formosa	246	69	177
Jujuy	339	48	291
La Pampa	214	54	160
La Rioja	294	29	265
Mendoza	540	81	459
Misiones	443	122	321
Neuquen	277	39	238
Río Negro	325	57	268
Salta	533	79	454
San Juan	259	36	223
San Luis	220	41	179
Santa Cruz	92	31	61

<b>Indicador</b>	Total de	Establec.	Esatablec.
<b>Jurisdicción</b>	Establec.	C/int.	S/int.
Santa Fe	2232	387	1845
Sgo. Del Estero	576	100	476
Tierra del Fuego	41	6	35
Tucumán	819	75	744

Tabla 4.  
Cantidad de establecimientos con y sin internación, según dependencia administrativa, por división política territorial -1995-

Indicador	Total		S.Público		S.Obras Sociales		S. Privado	
	Sin Int.	Con Int.	Sin Int.	Con Int.	Sin Int.	Con Int.	Sin Int.	Con Int.
Jurisdicción								
Total del país	12775	3310	5740	1231	167	55	6852	2021
Capital Federal	<b>1024</b>	<b>180</b>	<b>12</b>	<b>41</b>	<b>43</b>	<b>17</b>	<b>969</b>	<b>122</b>
Buenos Aires	3009	816	1400	256	28	15	1579	543
Catamarca	408	56	291	34	2		115	22
Córdoba	988	573	579	144	5	5	404	424
Corrientes	356	99	142	57			213	41
Chaco	292	122	106	51			186	71
Chubut	171	61	84	30		2	87	29
Rntre Ríos	331	149	223	66		1	108	82
Formosa	177	69	153	34			24	35
Jujuy	291	48	195	20			96	28
La Pampa	160	54	68	35			92	19
La Rioja	265	29	195	19			70	10
Mendoza	459	81	223	29	42	3	194	49
Misiones	231	122	180	37			141	85
Neuquen	238	39	132	28	3	1	103	10
Río Negro	268	57	138	27	5		125	30
Salta	454	79	242	49	3	2	209	28
San Juan	223	36	139	14		2	84	20
San Luis	179	41	139	22			40	19
Santa Cruz	61	31	31	15	5		25	16
Santa Fe	1845	387	452	134	24	7	1369	246
Sgo. del Estero	476	100	321	51	1		152	49
Tierra del Fuego	35	6	10	3	6		19	3
Tucumán	744	75	285	35			448	40

Fuente: MSAS (1995), N° 74/95.

Con respecto a la disponibilidad de camas<sup>(13)</sup>, en establecimientos asistenciales, el 48% corresponde al subsector público, el 44,5% al subsector privado y alrededor del 7% al subsector de obras sociales. (tabla 12).

Considerando la distribución de los establecimiento por subsectores presentaban anteriormente, es evidente el elevado promedio de camas por establecimientos en el subsector oficial.

En cuanto a la relación camas disponibles por habitantes, en 1995 se registraban 7,74 camas cada mil habitantes, lo cual resulta ser un valor bastante alto en comparación con el resto de los países más desarrollados. Esta percepción parece reforzarse si se compara la

distribución relativa de la población y del total de camas disponibles. Mientras que la Ciudad de Bs. As. concentra alrededor del 8% de la población del país, dispone de casi el 15% de las camas.

Si bien hay que tener en cuenta, la gran migración de pacientes provenientes de otras provincias a la ciudad de Buenos Aires, la relación cama / habitantes sigue resultando elevada. Esta desproporción estaría reflejado cierta ineficiencia del sistema debido entre otras cosas a los elevados costos fijos que genera el exceso de camas disponibles.

**Tabla 5.**  
**Cantidades de camas en establecimientos asistenciales por sector, según división político-territorial. Total del país. Año 1995.**

División político-territorial	Total general (1)	Subsector Público (2)					S. Obras	S.
		Total	Nacional	Provincial	Municipal	Otros	Socoales	Privado
Todo el país	155,822	84,094	2,341	55,252	20,137	6,364	4,403	67,243
<b>Capital Federal</b>	<b>23,152</b>	<b>11,166</b>	<b>8</b>		<b>8,475</b>	<b>2,683</b>	<b>1,679</b>	<b>10,307</b>
Buenos Aires	50,155	26,582	2,164	13,287	10,765	366	857	22,674
Catamarca	1,344	841	-	836	5	-	-	503
Córdoba	17,958	8,816	-	7,936	375	505	448	8,694
Corrientes	3,433	2,155	-	2,125	-	30	-	1,238
Chaco	4,184	1,837	-	1,837	-	-	-	2,347
Chubut	1,976	960	-	928	-	-	78	938
Entre Ríos	6,65	4,548	141	4,321	3	32	25	2,077
Formosa	1,689	997	-	997	-	83	-	692
Jujuy	3,169	1,891	-	1,891	-	-	-	1,278
La Pampa	1,189	835	-	835	-	-	-	354

(13) Camas disponibles es el número de camas realmente instaladas en el establecimiento en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén o no ocupadas.

División político-territorial	Total general (1)	Subsector Público (2)					S. Obras	S.
		Total	Nacional	Provincial	Municipal	Otros	Socoales	Privado
La Rioja	1,231	711	-	711	-	-	-	520
Mendoza	4,646	2,75	-	2,644	4	102	328	1,568
Misiones	2,985	1,463	-	1,463	-	-	-	1,522
Neuquen	1,393	902	-	902	-	-	77	414
Río Negro	1,989	1,217	-	1,217	-	-	-	772
Salta	4,014	2,569	-	2,569	-	-	137	1,308
San Juan	1,75	1,238	-	1,238	-	-	210	302
San Luis	1,256	827	-	827	-	-	-	429
Santa Cruz	1,188	648	-	648	-	-	-	540
Santa Fe	12,148	5,706	28	2,625	510	2,543	564	5,878
Sgo. del Estero	4,271	2,996	-	2,996	-	-	-	1,275
Tierra del Fuego	222	184	-	164	-	-	-	38
Tucumán	3,83	2,255	-	2,255	-	-	-	1,575

(1)El "Total general" incluye la categoría "Otras mixtas" con 82 camas correspondiendo 42 a Buenos Aires y 40 a Corrientes.

(2) Corresponde al número de camas disponibles en el día de relevamiento de establecimientos asistenciales.

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995.

### **III. COBERTURA, ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**

#### **Cobertura**

La cobertura de salud de la población, entre Obra Social y Plan Médico, es difícil de estimar, dada la superposición de categorías y la doble cobertura existente. Sin embargo según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, alrededor de 62,2% de la población nacional goza de algún tipo de cobertura social. Este porcentaje varía bastante según el área geográfica, superando el 80% en la Capital Federal y bajando a 42% en la provincia de Jujuy, por ejemplo. El resto de la población, o sea la que no tributa a una obra social o elige pagar a algún plan médico o

mutual, esta cubierta supuestamente por los Hospitales Nacionales, Provinciales y/o Municipales.

La cobertura a través del subsector de Obras Sociales es la predominante, el 55% que tiene sólo Obra Social, hay que sumarle aquellos que además tienen un plan médico privado (5%).

Por otro lado, cabe señalar que si bien la cobertura brindada por el subsector privado es menor que las Obras Sociales, la proporción de personas que tienen un plan médico privado en la Ciudad de Buenos Aires es mayor al promedio general del país. Considerando que la demanda de seguros privados esta directamente relacionada con el nivel de ingreso de la población y, que la Capital Federal concentra una gran proporción de personal con altos ingresos, el resultado comentado es previsible.

Correspondientemente , se advierte que si bien el porcentaje de la población sin seguro de salud (prepago u Obra Social) es alto, en la Ciudad de Buenos Aires es aproximadamente 20%, es menor que el promedio para el total del país, que es mayor al 36%.

Otro aspecto a destacar es la superposición de cobertura que se observa a lo largo de todo el país.

En tanto, se advierte que entre los mayores de 60 años existe un menor porcentaje de población sin cobertura que en total de la población. La mayoría de ellos tiene sólo Obra Social (probablemente INSSJyP), y una proporción no menor tiene Obra Social y Plan Médico.

**Tabla 6.**  
**Población total por tipo de cobertura en salud, según edad.**

## Total del país. Año 1991.

Sexo y edad	Tipo de Coberturas						
	Población Total	Tiene sólo Obra Social	Tiene sólo Plan Médico o Mutual	Tiene Obra Social y Plan Médico o Mutual	No tiene Cobertura (ni obra social ni Plan Médico o Mutual)	Tiene Obra Social Ignora Plan Médico o Mutual	Ignorado
Total	100	40,3	4,6	13,9	36,4	3,4	1,4
0-14	100	36,7	3,8	12,4	41,5	3,5	2
15-19	100	36	4,5	12,1	43,1	2,9	1,4
20-24	100	31,4	4,8	10,5	49	2,6	1,7
25-29	100	36,8	4,8	12,6	41,7	2,8	1,3
30-34	100	39,5	4	14,2	37,7	2,9	1,2
35-39	100	40	5,4	14,6	36,1	2,9	1
40-44	100	40,2	5,9	15	34,8	3	1,1
45-49	100	40,3	6,6	15,3	33,8	3,1	1
50-54	100	41,7	6,7	15,4	31,9	3,3	1
55-59	100	44,8	6,5	16	28,2	3,7	0,8
60 o más	100	57,7	3	18,3	15	5,4	0,6

Nota: La categoría "Tiene plan médico o mutual e ignora obra social", dada su escasa significación, fue incluida en "Tiene sólo plan médico o mutual".

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

### Subsector de Obras Sociales: Cobertura y Accesibilidad

Dentro de este subsistema es de mencionar con especial importancia para la población de referencia la capacitación de beneficios del INSSyP.

Con la creación del INSSJyP se intento dar respuestas al problema que planteaba la falta de cobertura de amplio sector dentro de la población de jubilados y pensionados, ya que si bien parte de ellos estaba incorporado a las obras sociales de su gremio en época de actividad, la mayoría no estaba comprendiendo en ninguna cobertura, entre ellos, la totalidad de jubilados del sector de autónomos. Si bien el sistema esta diseñado para los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión , contempló la posibilidad que mediante convenios fuese incorporado jubilados y pensionados de las Cajas o Institutos de previsión provinciales o locales.

De hecho, progresivamente se fue ampliando la cobertura del INSSyP a otros sectores. A partir de 1991, la población cubierta está compuesta por:

- Titulares de los beneficios de jubilación o pensión del Sistema Nacional de Prevención.
- Beneficiario de pensiones vejez, Ley 13.478 mayores de 65 años o imposibilitados para trabajar o mayores de 80 años.
- Invalidez, Ley 13.478 menores de 65 años o incapacitados.
- Leyes especiales, beneficiarios graciabiles otorgados por el poder Legislativo Nacional.
- Ex soldados y o civiles combatientes de la Guerra del Atlántico Sur.
- Jubilados y o pensionados de la republica de Italia con residencia definitiva.
- Personas mayores de 70 años aludidas a la Ley 23.566, con acceso solo a servicio médico.
- Personas que se encuentren tramitando la jubilación o pensión de la Caja de Comercio, Industria, Estado, y Servicio Públicos.
- Afiliados integrantes del grupo familiar de los titulares: conyugue , hijos/as solteros hasta 21 años no emancipados.
- Incapacitados laboralmente cualquiera sea su edad o estado civil que se encuentre a cargo del titular.
- Hijos/as mayores de 21 años y menores de 25 años que cursen estudios reconocidos.
- Menores con guardia o tutela del titular y/o conyugue.
- Abuelo, Padre o Madre del titular no afiliado a otra obra social, con edad superior a los 60 años y a cargo del titular.
- Persona sujeta a cùratela, tutela o menor bajo guardia a cargo del titular.

Asimismo, existen personas comprendidas en el régimen de jubilación que optaron por dejar el INSSJyP y obtener cobertura de otra Obra Social. En 1998, el total de jubilados en Obras Sociales alcanzó un total de 388.900 individuos (tabla 16), lo cual representa menos de un 10% del total de beneficiarios del Instituto.

Las Obras Sociales que recibieron mayor cantidad de jubilados son la de Bancarios y la de Ferroviarios, seguida por la de trabajadores en empresas de electricidad, docente, etc, (tabla 16).

**Tabla 7.**  
**Total de Jubilados en Obras Sociales. Argentina, 1998.**

	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
Bancarios	103.700	26,66
Ferroviarios	77.300	19,88
Trab. Empresas de Elec.	38.000	9,77
Docentes	35.900	9,23
Personal Telefónica	33.000	8,49
Federación Luz y Fuerza	29.800	7,66
Seguros	16.500	4,24
Encotel	15.600	4,01
Aceros Paraná	14.200	3,65
Ministerio de Economía	11.400	2,93
Mecánicos Transportes Automotor	7.600	1,95
Luz y Fuerza de Córdoba	5.900	1,52
Otras	47.432	12,20
<b>Total</b>	<b>388.900</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Elaboración propia sobre informes de Obras Sociales.

Por otro lado, es importante señalar que si bien en teoría el subsector de Obras Sociales cubre la mayoría de la población bajo estudio, en la práctica la cobertura ofrecida no es tan evidente.

La crisis financiera e incluso administrativa por la que están atravesando gran parte de la Obras Sociales (incluido el INSSJyP) tiene efectos sobre la real prestaciones de los servicios ofrecidos por estas entidades aseguradoras.

### **Oferta de Prestaciones del INSSJyP y Obras Sociales Nacionales**

En teoría, las personas comprendidas en el régimen de Jubilación que optaron por una Obra Social reciben las prestaciones comprendidas en el PMO. Sin embargo, debido a la amplitud y falta de precisión de esta reglamentación, en la práctica, las prestaciones realmente cubiertas varían de acuerdo a cada Obra Social.

Considerando la importancia del INNJyP dentro del subsector de Obras Sociales como ente regulador de personas mayores de 60 años, la presente sección se centrará en el análisis de la oferta de prestaciones de esta Instituto, sin entrar en detalle acerca de las prestaciones correspondientes a las Obras Sociales.

A continuación se presentan las prestaciones que en teoría ofrece el INSSJyP, las cuales cumplen, en principio, con el PMO (ver Anexo). Sin embargo, es importante señalar que a diferencia de lo determinado en el PMO, el Instituto **no** cobra seguros.

La adquisición de servicios por parte del INSSJyP tiene por objeto la prestación a los beneficiario y su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales promoción y asistencia social tales como subsidios, prestamos con o sin garantía real, vivienda, asesoramiento y gestión provisional gratuito, promoción de cultura, recreación, turismo y otros.

Los servicios que presta el INSSJyP se agrupan sintéticamente en:

SERVICIO DE SALUD	Promoción de la Salud Prevención de la Enfermedad Actividades de diagnóstico Tratamiento Rehabilitación Recuperación Programas de Comunicación
SERVICIO SOCIAL	Subsidios Prestamos Vivienda Promoción Cultural Recreación Turismo Otros
SERVICIOS DE CONTROL DE LAS PRESTACIONES	Auditoría Médica Auditoría Social Encuesta de Satisfacción
GESTION PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL INSTITUTO	Planeamiento Administración Auditoría Operativa Auditoría Contable

Los Servicios de Salud son el conjunto de prestaciones más importantes que realiza el Instituto y en general se agrupan en tres niveles de atención médica

NIVEL I
Medico de cabecera Consulta programada y consulta de urgencia Consulta a domicilio Prácticas ambulatorias

Kinesiología Laboratorio clínico Radiología Fisiatría Emergencia Medicamento (descuento) <sup>14</sup> Odontología y prótesis <sup>15</sup>
---

NIVEL II
----------

Interconsultas y prácticas ambulatorias Consultas especializada Prácticas nombradas y no nombradas Programa de prevención Internación y prácticas nombradas Clínica quirúrgicas de urgencia y programada Consulta especializada Prácticas diagnosticadas nombradas y no nombradas Medicamentos y material descartable Prótesis Traslados Seguimiento domiciliario
--

NIVEL III
-----------

Hemodinámica Cirugía cardiovascular central Cardioplastia central y periférica Cirugía vascular periférica Marcapaso endo y epicardico Implante de implante intraocular Tratamiento oftalmológico con láser Litotricia Neurocirugía Medicina Nuclear Alta complejidad en Bioquímica Resonancias Magnéticas Nuclear Tomografía Axial Computada Terapia radiante
---

Roengterapia Telecolbato terapia Acelerador lineal Simulación Hemodiálisis Centellografía
--

### Oferta para persona discapacitadas

Para lograr una amplia cobertura, las acciones preventivas o asistenciales deben acercarse a donde vive el beneficio discapacitado manteniendo y respetando su estilo de vida y permitiendo que el mismo decida sobre el tipo de procedimiento rehabilitatorio. Una estrategia que combine la actividad participación de la familia con la atención primaria necesaria, permite alcanzar mayor efectividad del programa de rehabilitación.

En general, la atención institucional en rehabilitación contrata a prestadores de servicios (plata física, equipos, personal). Estos prestadores pertenecen a sistema colegiados general donde son pocos los especialistas en Kinesiología, psicólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos, ect. Asimismo contrata clínicas y sanatorios en los cuales hay muy pocos que cuentan con servicios de rehabilitación acordes a la metodología actual.

El instituto cuenta con prestadores de nivel II y muy pocos centro de rehabilitación de Nivel III (aunque si cuenta con centros de personal altamente capacitados de Nivel III para pacientes agudos clínicos o quirúrgicos).

### **Barreras de acceso a las prestaciones**

No obstante, mas allá de la oferta de prestaciones vigente, **el acceso a los servicios difiere de acuerdo con las condiciones socioeconómicas** de los beneficiarios y su situación familiar, educacional y cultural.

El beneficiario indigente o de recursos económicos limitados, habitualmente concurre a la atención de **Nivel I** cuando su enfermedad ya se encuentra en etapa de daño clínico, con algún grado de secuelas o disminución física o funcional, que lo obliga a llegar a la consulta. Desconoce la existencia de programas de Promoción y Prevención de Salud a los que, obviamente, no está incorporado.

Una de las principales barreras al acceso de los servicios es la **escasa o nula información que los beneficiarios reciben acerca del funcionamiento de los servicios**. En la mayoría de los casos, el paciente desconoce los beneficios que el sistema puede ofrecerle (como por ejemplo la posibilidad de consultar a un Médico de Cabecera ante cualquier inconveniente).

En teoría, el Médico de Cabecera representa el eje del sistema, es conductor y ordenador de todo el proceso de atención médica, centralizando su atención en conocer a la población que le fue asignada, detectar los riesgos y anticiparse a la enfermedad. Igual sistema se observa en el área metropolitana de la provincia de Buenos Aires y las ciudades de Rosario y Córdoba, en el resto del país esta función la cumplen los consultores externos de las instituciones subcontratadas por un gerenciador.

Sin embargo, **en la práctica el rol del Médico de Cabecera presenta dificultades en su implementación**. El sistema no contempla en el primer contacto o entrevista inicial las condiciones de vida y el entorno familiar propios de cada paciente, que se requieren para la confección de una historia Clínica Unificada en su orientación al problema. El Médico de Cabecera no transmite un compromiso suficiente con el sistema, sus horarios son acotados y diferenciales, no hay concurrencia domiciliaria efectiva y oportuna, no se observa coordinación con programas de educación y asistencia social.

Otra barrera de acceso a los servicios es la **imposibilidad económica de trasladarse a un lugar de atención**. Aún en los caso en que el INSSJyP cubre el traslado de paciente, esta información no esta adecuadamente difundida. Esta falencia a generado que se cubra el traslado de aquel que en realidad tiene los recursos para afrontarlos (quienes en general son los más informados).

Existen también **barreras burocráticas de diversa índole**, impuesta por cada administrador o gerenciador de los convenios, que impiden por cada servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento.

En el **Nivel II** de atención al beneficiario que concurre a la consulta del médico especialista, cualquiera sea el ámbito, enfrenta frecuentemente **demoras en la asignación de turnos. El grado de compromiso del médico especialista es aún menor al médico de cabecera**. La información que recibe el especialista es escasa o nula a la carencia de historias clínicas únicas o de algún sistema que permita actuar íntegramente en la evaluación y evolución del paciente enfermo o sano.

En este nivel el beneficiario recibe tratamiento específico y acotado a la enfermedad que originó la consulta sin ser considerados los condicionamientos del medio social y familiar. Hay un direccionamiento del beneficiario hacia un prestador del convenio.

El acceso al **nivel III** es por derivación directa y dirigida. Por lo tanto, la **presentación programada sufre demoras importantes en la obtención de los respectivos turnos.**

Las **prestaciones de urgencia para alta complejidad encuentran dificultades originadas por la concentración de pacientes**, dado que no es posible asegurar una evacuación rápida de la población necesitada de este tipo de atención. Las diferencias socioeconómicas no implican diferencias en las oportunidades de acceso. Sin embargo, dado que las empresas de medicina prepagas utilizan estos mismos prestadores, la alta demanda de estas prestaciones conspira contra los afiliados del instituto. (Programa de Reconversión de Obras Sociales e INSSJyP Subcomponente: Programa Médico Obligatorio a Ofrecer por el INSSJyP).

Por otro lado, para las prestaciones de **rehabilitación**, de **psiquiatría** o las de **orden social**, el beneficiario debe asegurarse a la **demora de turnos o lista de espera, así como también al direccionamiento de los servicio.**

Otra barrera importante al acceso de los servicio cubiertos por el INSSJyP es la **identificación del modelo de contratación de prestadores a nivel nacional**. Durante 1998 el Instituto realizó un llamado a licitación de redes nacionales de prestadores, con el fin de reemplazar los acuerdos existentes hasta entonces hasta entonces. Sin embargo, el concurso fue suspendido por decisión judicial debido a denuncias acerca de la falta de transparencia de dicho proceso. El principal problema generado por esta situación es que actualmente el Instituto se ha quedado sin los prestadores que existían previamente al llamado a Licitación y sin las nuevas redes convocadas a concurso. En consecuencia, en lo que respecta al nivel nacional de cobertura, existen importantes desórdenes en el modelo prestador de la Institución.

Efectos directos de esta situación son el desconocimiento y la falta de información que debe enfrentar los beneficiarios de la Obra Social, lo cual genera inconvenientes a la hora de acceder a las prestaciones.

Por último, la crisis financiera por la que atraviesa el INSSJyP (ver sección V) ha provocado la interrupción del pago a varios de sus prestadores dando lugar a **amenazas de corte de servicios** (que en muchos casos se llevan a cabo) por parte de los mismos. Estas amenazas y cortes de servicios constituyen otra barrera de acceso a los servicios cubiertos por la Obra Social de los jubilados.

## **Subsector Privado: cobertura y accesibilidad**

El subsector privado brinda cobertura a aquellos individuos, por lo general de clase media alta y alta, que se inscriben mediante el pago voluntario al plan de salud de una empresa prepaga que mejor satisfaga sus necesidades y posibilidades. Por lo general se trata de empresarios o profesionales independientes mayores a 60 años o retirados que prefieren una cobertura con mayor calidad de atención que la del INSSJyP(u Obra Social que hayan elegido).

La decisión de emplear recursos en un rubro que de todas maneras estaría cubierto por la salud pública o por la obra social (que en el caso de trabajadores o jubilados), depende de la capacidad económica de los individuos y de la seguridad de contraprestación que viene garantizada por un pago anticipado.

En el caso de los afiliados indirectos, que pertenecen a una prepaga por la vía de una afiliación corporativa, la decisión pasa por carriles diferentes. Las empresas son las que negocian las capitas utilizando la cantidad de personas (incluyendo al grupo familiar) como elemento de negociación, lo cual les permite obtener mejores planes que los standar, coberturas más completas y atención preferencial (Claves, 1.998).

Otra opción de afiliación indirecta es que el propio sindicato o la obra social negocie con la prepaga en nombre de todos los afiliados, independientemente de la empresa a que pertenecen.

Por último existen contrato de empresa sin participación de sindicato u obra social.

Las empresas de medicina prepaga pueden agruparse en tres grupos : el primero compuesto por prepagas de al menos 70.000 afiliados, disponen de mayor radio de acción, mayor complementariedad, planes de mayor precio y alta ponderación de contratos corporativos, además de disponer de los mejores prestadores. Este grupo incluye unas 7 empresas .

El segundo grupo abarca a prepagas de 20.000 a 70.000 afiliados, con menor alcance geográfico, precios intermedios, pero incluyendo prestadores de alto nivel. Prevalecen los contratos particulares.

El tercer grupo comprende empresas de menos de 20.000 afiliados, menor integración y presencia de centros médicos propios, convenios preponderantemente individuales y alcance limitado . Muchas de ellas son controladas por empresas mayores y la mayoría atraviesa

dificultades de subsistencia en la medida en que el escenario compromete su viabilidad.

**Tabla 8.**  
**Principales empresas de medicina prepaga.**

Empresa	Particip. de mercado	Tendencia Particip. de mercado	Rentabilidad
MEDICUS	9.5	Estable	4.7
SPM	9.0	Estable	0.2
DOCTOS	7.7	Creciente	3.1
SWISS MEDICAL	6.1	Creciente	3.1
OMINT	5.4	Estable	4.3
ANSA	4.8	Creciente	1.1
SEMIC	1.7	Decreciente	-1.7
QUALITAS	1.6	Estable	0.1
AMIL	1.3	Creciente	0.0
TOTAL	45.1	Creciente	2.4

Fuentes: Claves (1998).

### Planes ofrecidos

Si bien el mix de planes ofrecidos por las empresas de medicina prepagas presenta múltiples combinaciones, se pueden agrupar los planes de acuerdo con el siguiente criterio:

<b>Planes cerrados</b>	En el plan cerrado, el beneficiario solo puede utilizar los prestadores que figuran en la cartilla médica. Pueden ser estándar o especiales.
<b>Planes abiertos</b>	El beneficiario puede recurrir a prestadores ajenos a la cartilla, abonando su consulta y recibiendo un reintegro con topes. El número de prestaciones admitidas también tiene un límite preestablecido.
<b>Planes mixtos</b>	Combinación de los dos anteriores, pero en esencia es un plan abierto con mayor limitación en las prestaciones externas.
<b>Plan de Empresas</b>	Para afiliaciones corporativas. Se cotiza en función de planes a medida y su precio alcanza a un 65% de los precios anteriores.

La mayoría de las prepagas tiene una amplia gama de planes con pequeñas variantes. Una variante puede ser la inclusión de un prestador

particularmente caro, pero, en general , se trata de no hacer diferencias en la calidad de los prestadores entre los distintos planes.

En función de la entrada en vigencia de la ley 24.754, todos los planes se ajustaron al Programa Médico Obligatorio, particularmente con la inclusión de la cobertura del sida, la atención de los casos de drogadicción, los trasplantes y el suministro de prótesis.

A su vez, la puesta en vigencia del PMO obligó a nivelar hacia arriba. Los que no estaban cubriendo riesgo de odontología, trasplante, oncología, Kinesiología, psicología para internados, hemodiálisis y prevención para el sida y la drogadicción, debieron incluir esta prestaciones en los planes.

A partir de l puesta en vigencia del PMO, la diferencia entre los servicios cubiertos por los distintos planes no es significativa.

En consecuencia, los planes correspondientes a la población adulta mayor no se diferencian del resto de las prestaciones cubiertas sino por el precio de los mismos, ya que los precios de los planes aumentan a medida que aumenta la edad del afiliado.

Resulta demostrativo analizar las prestaciones obligatorias y optativas que cubren los planes(\* Obligatorio según el PMO) (Clave, 1.998).

## IV- Programa Médico Obligatorio

La cobertura de salud en el ámbito de los sistemas, tanto Social o Privado, encuentran su reglamentación en la Resolución General 247 del Ministerio de Salud, con un instrumento referencial consagrado como "régimen de asistencia obligatorio" o Plan Médico Obligatorio para todos los agentes involucrados.

Los contenidos y algunas observaciones del PMO se esquematizan en la siguiente tabla.

### Prestaciones del Programa Médico Obligatorio

Prestación	Detalles y comentarios
Programa de Prevención y Promoción	En consecuencia con los programas de afiliación jurisdiccional. Además se tendrán en cuenta los programas especiales según grupo de riesgo.
Médico Generalista	Programa de atención para el primer nivel, HC unificada y jerarquización del recurso.
Consultas Generales	Podrán tener un co-seguro de \$2 en forma de bono moderador.
Consultas Domiciliarias	Urgencias. Se sugiere un co-seguro de \$10.
Consultas Especializadas	Podrán tener un co-seguro de \$3 en forma de bono moderador.
Psiquiatría	Incluye atención ambulatoria en cualquiera de sus modalidades, hasta un máximo de 30 sesiones por afiliado/año y un co-seguro de \$5 la visita.
Psicología	No incluida originalmente se prevé tratamiento con atención primaria y secundaria por adicciones.
Psicopedagogía	No incluida originalmente.
Plan Materno Infantil	Cobertura del embarazo y parto desde el diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento. Atención del recién nacido hasta el primer año de edad. Comprende consultas, estudios (ecografías, monitoreo fetales, etc.) curso de parto sin temor, reflexión y autoayuda. Internación para el parto o la cesárea, medicamentos con cobertura del 100% incluyendo cualquier patología del niño hasta el primer año de vida. Estudios perinatológicos para la detección de fenilcetonuria e hipotiroidismo. Consultas de seguimientos y control, inmunizaciones del período, internaciones clínicas y quirúrgicas. Se sugiere no cubrir leche maternizada. Para leches medicamentosas se sugieren limitaciones.
Atención Secundaria	Para pacientes ambulatorios o internados. Las Especialidades cubiertas son alergias, anatomía

	patológica, cardiología, cirugía, dermatología, endocrinología, nutrición, gastroenterología, ginecología, obstetricia, hematología, hemoterapia, inmunología, fisioterapia, rehabilitación, nefrología, neumonología, neurología, neurocirugía, oftalmología, oncología, oncohematología, ortopedia, traumatología, otorrinolaringología, pediatría, proctología, psiquiatría, terapia radiante, urología. Todas las practicas que no se detallan en la norma correspondiente al Plan de Garantía de Calidad de la Atención Médica, quedan excluidas.
Practicas de Diagnósticos	Podrán tener un co-seguros de \$5 que se abonara al momento de realizarse la practica.
Practicas de alta Complejidad	No se detallan cuales son. Podrán tener un co-seguro de \$10.
Alergia	Se sugiere no cubrir testificaciones a no ser las necesarias para la administración de medicamentos.
Inmunología pretransplantes.	Para estudios no subsidiados por la ANSSAL se recomienda co-seguros de \$ 5 a10 por practicas.
Medicamentos en General	Se recomienda la confección de un vademécum por bandas terapéuticas. La cobertura precipita es del 40%.
Medicamentos de Baja Incidencia y Alto Costo	Cobertura del 100% en eritropoyetina, interferón, inmunoestimuladores, calcitriol, l-acetil carnitina, de-nassa. La cobertura en inmunosupresores para transplantados estará a cargo de la ANSSAL, al igual que la somatotrophina (crecimiento), Ceredace, medicación contra el SIDA.
Odontología	Prestaciones del Nomenclador nacional. Se sugiere no cubrir prótesis. Deben cubrirse la ortodoncia incluida en el NN.
Salud Bucal	Campañas de prevención, fluoración y educación.
Análisis Bioquímicos	Nomenclador nacional. General, hematología, endocrinología, Bacteriología, medicina nuclear, RIE, parasitología, virología enzimología serología inmunología, oncología.
Imágenes	Radiología convencional, mamografía, hemodinámica, TAC, RNM, ecografía, centellograma, gamma cámara.
Internaciones	Incluye anatomía patológica, anestesiología, medicamentos y material descartable.
Internaciones Generales	Clínicas y Quirúrgicas
Laparoscopias Cirugías endoscópicas Artroscopias, Microcirugía	No están detalladas las cirugías no nomencadas.
Angioplastia	Y NO detalladas

Hemodinámia intervencionista	
Internaciones especializadas	Cardiovascular, Psiquiátrica de agudos, teco ginecológicas, pediátricas, neonatológicas, UTI, UCO, UCI, sin cargo. Es llamativo que el texto incluya "cardiovascular" y no mencione por ejemplo "neuroquirúrgica".
Genética	No detallada
Estudios de infertilidad y Fertilización asistida	No detalladas.
Hemodiálisis	Cobertura total con inscripción obligatoria en el INCUCAI.
Rehabilitación	100% - con topes- en rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial. ACV hasta tres meses, postoperatorios de traumatizados hasta 30 días, Accidentados graves hasta 6 meses.-
Kinesiología y Fisiatria	Tope de 25 sesiones por afiliado/año y co-seguro de \$3 por sesión.
Fonoaudiología	No se detalla. Podría entenderse integrado a la rehabilitación.
Prótesis y Ortodoncias	Con el 100% de cobertura en colocaciones internas permanentes. Podrá recurrirse a subsidios del ANSSAL fijados por resolución 043. 50% en colocaciones externas. No se recomiendan prótesis miogénicas o bioeléctricas.
Óptica	No se detalla.
Enfermedades Oncológicas	Diagnóstico y tratamiento sin cargo, excluye terapias alternativas. Programas de prevención de cáncer femenino.
Cobaltoterapia y Acelerador lineal	Estarían incluidas en el Plan Oncológico.
Medicamentos Oncológicos	Aprobados por protocolo.
Enfermería	No se detalla.
Podología y Nutricionista	No se detalla.
Traslados en ambulancia	Desde, hasta o hacia establecimientos de salud para pacientes que no pueden movilizarse por sus medios.

Fuente: Elaboración propia de la información

## Los co-seguros y las coberturas establecidas en el PMO

El PMO establece explícitamente "cobertura del 100%" en:

- Medicamentos en internación, parto y cesárea.
- Medicamentos y patologías quirúrgicas y clínicas en el primer año de vida.

- Medicamentos en internación.
- Medicamentos de baja incidencia y alto costo.
- Prótesis de fijación.

EL PMO establece explícitamente que serán "sin cargo".

- Programa Oncológicos.
- Y finalmente, el PMO dice que "no serán pasibles de Co-seguros".

- Programa de prevención y promoción de la salud.
- Plan Materno Infantil.
- Oncología.
- Hemodiálisis.
- Practicas subsidiadas por el ANSSAL.

El PMO establece taxativamente "cobertura del 100%" y a renglón siguiente "sugiere" co-seguros de \$3 en:

- Kinesiología.

No puede determinarse de la lectura de la resolución cual es el porcentaje de cobertura o el valor de co-seguro correspondiente a:

- Internación.
- Odontología.
- Fonoaudiología.
- Bioquímica.
- Ambulancias.
- Ortodoncia.

Entran a jugar aquí algunos márgenes interpretativos de riesgo. Puede suponerse que las internaciones no tienen co-seguro. Sin embargo se podrían cobrar bonos moderadores, especialmente en internaciones clínicas con el propósito de contener el volumen de internaciones por chequeos o patológicas simples, dado que no está taxativamente prohibido .

Resulta asimismo inconveniente que no se hayan fijado explícitamente valores de co-seguros en odontología.

No hay referencia a la inclusión expresa de:

- Psicología
- Prácticas de Enfermería
- Psicopedagogía
- Podología
- Nutricionistas
- Accidentes que involucren a terceros
- Órganos artificiales
- Cobertura en el exterior
- Zapatos y ortopedia en general
- Óptica de alta complejidad

El PMO establece taxativamente la cobertura parcial en:

- Medicamentos Ambulatorios 40%

- Medicamentos no oncológicos usados en oncología.
- El PMO establece co-seguros(cuyos valores se sugieren) en:
- Consultas general \$2.
  - Consultas especialidades \$3
  - Visitas domiciliarias \$10
  - Prácticas de alta complejidad \$10
  - Kinesiología \$3

El PMO en las entidades de Medicina Prepaga, establece a partir de fines del año 96 donde se promulga de hecho la ley 24.754, también conocida como ley Banzas de Moreau, sancionada el 24 de noviembre y publicada en el boletín Oficial el 3 de Enero de 1.997. En su art. 1° la norma legal establece que "a partir de los 90 días de promulgada la presente ley, las empresas o entidades que presentan servicios de Medicina pre-paga , deberán cubrir como mínimo en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas por las Oras Sociales, conforme a lo establecido por la ley 23.660, 23.661 y 24.445 y su respectivas reglamentaciones".

En términos generales, este escueto art., al que solo acompaña un art. de forma compromete las prestaciones de las empresas o entidades de medicina pre-paga homologando las condiciones de obligatoriedad de las mismas al cumplimiento del PMO.

Desde el punto de vista de la mayoría de las entidades de la Medicina pre-paga, especialmente la del interior del país, el PMO se encuentra muy lejos de ser un Programa Básico de Salud . Las entidades de medicina pre-paga, especialmente en el área metropolitana, comenzaron a educar sus planes de cobertura a estas resoluciones,aún a costo de perder entre el 10 y el 15 % de su cartera, comprimiendo hacia arriba su target y expulsando al sector de asociados que no pudo absorber el aumento de las cuotas.

Si bien , el instrumento creado por los poderes ejecutivo y legislativo es, como se ha visto, pasible de un número considerable de observaciones técnicas y deberá ser mejorado sustancialmente a los fines de su instrumentación y es preciso señalar que nos encontramos frente a una regulación que modifica el esquema prestacional de la salud en la Argentina.

La enorme asimetría informativa instalada entre consumidores, proveedores y administradores en el mercado de la salud que se agiganta al ritmo esponencial con los adelantos tecnológicos, por lo tanto estima necesaria una respuesta más intervencionista por parte del Estado.

Las entidades correspondientes al Sistema Público no están regidas por ningún Programa Específico de Salud, solo siguen planes emanados de las autoridades de las áreas gubernamentales respectivas y ejecutadas por las direcciones de los Hospitales . El grado de la presentación médica esta dado por nivel de complejidad de la estructura hospitalaria y el grado de capacitación de los Recursos Humanos, y en gran parte por el nivel presupuestario del hospital.

## **V. OFERTA DE PRESTACIONES SOCIALES**

### **INTRODUCCIÓN**

De acuerdo a las proyecciones demográficas, la atención de los problemas de las personas mayores es una de las temáticas que debe incorporarse a la agenda Social del Gobierno y de las Instituciones propias de la comunidad.

Los grupos de Tercera edad se han visto especialmente afectados por el prolongado deterioro económico que caracteriza a nuestro país. Parte de esta población a sufrido al caída de sus ingresos después de su Jubilación y muchos de ellos, se ven obligados a transitar esta etapa difícil del ciclo vital, en condiciones de pobreza, las cuales no fueron propias de su historia de vida.

Frente a esta realidad que exige de políticas claras, concretas y bien focalizadas, no se han superado las limitaciones que impiden contar con un Plan Nacional de Gerontología, solo se han registrados intentos reducidos a simples prestaciones teóricas.

A los efectos de la realización de este estudio dirigido a relevar la Oferta de Servicios Sociales para población de Tercera Edad , fueron incluidos proyectos formulados (que aun no han sido instrumentados o tienen escasa relevancia), programas y actividades que se encuentran ejecutando los diferentes organismos dedicados a la Tercera Edad a saber :

- Subsecretaría de Desarrollo Social dependiente de la Presidencia de la Nación, Instituto Nacional de Servicio Sociales para Jubilados y Pensionados(PAMI),organismo de la Secretaría Social
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Organizaciones no gubernamentales.
  - Centros de Jubilados y Pensionados.
  - Sociedad Hebraica Argentina.
  - Cáritas.

## **PRESTACIONES SOCIALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS.**

El INSSJyP creado en 1971 por ley 19.032, que establece como "objetivo primario de brindar prestaciones de servicios medico-asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud y subsidiariamente servicios de promoción y asistencia social a su población beneficiaria".

Esta Organismo es el responsable nacional a quien le compete atender la salud de la mayor parte de la población jubilada de todo el país, su población cautiva sus recursos, su presupuesto operativo y el carácter de entidad equitativa y solidaria, lo ubican como la mas representativa de las instituciones financiadoras de servicios de salud en el país.

- Son beneficiarios INSSJyP todos los jubilados y pensionados autónomos del sistema nacional de previsión social y sus familiares directos (afiliados a cargo) y aquellos jubilados comprendidos dentro del sistemas nacional que hayan optado por esta obra social. Además compone la población afiliada los beneficiarios de pensiones no contributivas de la categoría Excombatientes de Malvinas y Discapacitados.
- Las personas mayores de 70 años que no poseen ningún tipo de cobertura provisional, tienen derecho legal de solicitar la cobertura médica del INSSJyP.
- La cápita comprende servicios médicos y sociales y es para la totalidad de afiliados tanto titulares como familiares a cargo de todo el país.

El INSSJyP total de afiliados a nivel nacional al 31/01/99 **3.434.402** de los cuales **418.450** corresponden a la ciudad de Buenos Aires.

Cuenta con un presupuesto determinado, garantizado por el Estado Nacional y sustentado en los aportes de los propios beneficiarios y trabajadores.

Distintos decretos y resoluciones fueron incorporando un mayor caudal de población, como en el caso de jubilados Italianos residentes en el País ley 28.861 (Convenio de Reciprocidad Argentino Italiano) la incorporación de excombatientes del conflicto Atlántico Sur (Ley 23.017) o la que pensiones no contributivas y madres de 7 hijos Ley 23.017. Los recursos reales no acompañaron a estos incrementos poblacionales

ante el cuestionamiento generado por la falta de financiamiento fueron transferido a la órbita de la Secretaría de Desarrollo Social por decreto del Poder Ejecutivo (292/95) excepto los beneficiarios de pensiones no contributivas por invalides y excombatientes que continúan siendo atendidos por el PAMI.

A partir de ese momento, el gasto ocasionados por Pensionados del Régimen no contributivo, en servicios médicos y prestaciones sociales, se transfiere a la Secretaría de Desarrollo Social, para su financiamiento por par el Tesoro Nacional.

Su financiamiento esta dado por la Secretaría Social quien a través del ANSES transfiere una cápita que históricamente estuvo entre los \$45 por mes/afiliado y que con el objeto de reducir costos financieros disminuye a \$36 o \$12 para los mayores de 60 años, 40-59, o menor de 40 años respectivamente.

## **SUBSIDIOS**

El INSSJyP otorgó prestaciones económicas destinadas a beneficiarios con necesidades básicas insatisfechas, a partir de 1993 la Resolución 336/93 los regula esta prestación tiene carácter excepcional, un monto máximo de \$3.000 a pagarse en efectiva; y en forma mensual, en monto que excedan los \$450, estableciendo pautas técnicas para su otorgamiento y una tipología que da origen a las distintas modalidades.

Desde 1995 las prestaciones sociales fueron afectadas por una fuerte reducción de presupuestos a causas de permanente desfinanciamiento y una política más orientada a la privatización de sus servicios que al desarrollo y conservación racional de sus programas y políticas.

- Con respecto a los Subsidios están destinados a personas de pobreza extrema, tienen un acceso limitado ya sea por falta de información al afiliado, para contener demanda, burocratización del trámite de gestión de la solicitud donde deben presentarse documentos de ingresos y egresos de los familiares directos con obligación alimentaria (hijos, nietos, hermanos) esto genera demoras y a veces condiciona totalmente su otorgamiento.
- Los subsidios en general se destinan a grupos minoritarios ya que restricciones presupuestarias hacen que su cobertura sea de escasa relevancia, en el caso de la ciudad de Buenos Aires es la mayor tasa de uso, superando notablemente la del interior del país; que a pesar de estar sometidos a situaciones graves no tienen posibilidades de acceder a los lugares donde se otorgan los subsidios, y el

manejo de sus otorgamiento responde frecuentemente a modalidades de cliente político.

El INSSJyP tiene dos programas de Subsidios: uno presentado en la tabla 1 con sus diferentes modalidades según diagnóstico social; otro, destinados a contener Emergencias Sociales que esta incluido en la Tabla 2.

Los que los diferencia es la metodología de otorgamiento. Como esta destinado a cubrir una emergencia (robo, pasaje al interior del país, mudanzas por desalojo, deudas en servicios, pago de hotel) el solicitante se acerca a la guardia de Servicio Social y en el mismo momento retira el dinero para paliar la urgencia, Es por única vez y tiene restricciones en cuanto a como se expresa en el texto.

La oferta es muy limitada, contenida por control de gasto y destinada a **casos muy extremos**.

Actualmente la certera de subsidios se encuentra distribuida de la siguiente manera:

#### **Subsidios para Discapacitados**

- Necesidades básicas insatisfechas
- Cuidados personales
- Iniciación laboral
- Educación rehabilitación
- Otros requerimientos específicos

#### **Subsidios para Externación Psiquiátrica**

##### **Objeto:**

- Brindar cobertura de acuerdo a la ley 23.737 para los tratamiento de recuperación y rehabilitación de adictos en las diferentes modalidades de atención: internación o tratamiento en el domicilio.

##### **Destinatarios**

- Podrán se beneficiario de la prestación los afiliados titulares o familiares que, siendo adictos o hallándose en situación de riesgo grave, acepten el tratamiento y cuenten con un grupo familiar o personas vinculadas, que colaboren en la terapia a subsidiar. Posean insuficiencia económica para asumir la erogación.

### **Modalidades operativas**

- La recepción de los casos esta a cargo de un equipo interdisciplinario quien evalúa la situación problema y orienta hacia algún de los programas de rehabilitación. Una vez determinado el tratamiento y seleccionada la institución se otorga el subsidio cuyo monto máximo es de \$1.200 por un periodo de tres meses renovable de acuerdo al resultado de las evaluaciones conjuntas por el equipo interviniente.

### **Subsidios para atención de necesidades básicas insatisfechas.**

#### **Objeto:**

- Brindar asistencia económica a los afiliados que presenten alto riesgo por necesidades básicas insatisfechas.
- Impedir la desintegración social total o parcial del grupo familiar. Permitir la permanencia en su ámbito, evitar daños físicos o psicológicos como consecuencia del estado de extrema carencia.

### **Destino**

- (a) Asistencia Alimentaria
- (b) Alquiler de vivienda o alojamiento en pensión, inquilinato, hotel.
- (c) Reparaciones de la vivienda.
- (d) Gastos por accidentes o catástrofe.
- (e) Colaborar en el Personal auxiliar para permanencia en domicilio.
- (f) Situaciones atípicas.

En relación el rubro (e) para el otorgamiento del subsidios destinados a atención domiciliaria se tiene en cuenta los aspectos contenidos en la Disposición 1925/95 de la Gerencia de prestaciones Sociales que contiene las normas de procedimiento y aspectos técnicos profesionales vinculados al: diagnóstico, evaluación funcional y cuidados domiciliarios, tipo de cuidados y montos de prestación modulada, seguimientos y controles.

En la actualidad se encuentran contenido por este programa 7.277 adultos mayores en todo el país.

La tasa de uso es de 6 prestaciones cada 1000 afiliados.

El monto promedio del subsidio alcanza a **\$199**.

La gestión técnico-administrativa para su otorgamiento en facultad de los Servicios Sociales de las unidades operativas, se trata de una tramitación burocrática; requiere de evaluación socio-económica, diagnóstico y plan de tratamiento social; para lo cual debe intervenir otras disciplinas (médica, psiquiatría, enfermería, según corresponda).

Debido a que la toma de decisión sobre la pertinencia de la prestación es facultad del nivel central, requiere de un tiempo que oscila entre los 30 y 90 días para su efectivización.

Es un programa que presenta una demanda contenida; no satisfecha por limitaciones financieras.

**Tabla 9. Subsidios Económicos Resolución 336/93 gasto por Modalidad a Marzo 99.**

<b>MODALIDAD</b>	<b>CANTIDAD DE SUBSIDIOS</b>	<b>GASTOS</b>
Alimentación	314	\$ 50.118
Insuf. Económica crítica	108	\$ 23.240
Externación Psiquiátrica	17	\$ 4.506
Internación Geriátrica	21	\$ 8.114
Personal Auxiliar	187	\$ 53.568
Servicios Personales	1	\$ 350
Situaciones Atípicas	1	\$ 400
Trat. Adicciones	11	\$ 9.350
Vivienda alojamiento	1821	\$ 344.911
<b>Total</b>	<b>2481</b>	<b>\$ 494.557</b>

Fuente: INSSJyP Sugerencias de Prestaciones Sociales.

### **INTERNACION GERIATRICA**

Esta obra social brinda asistencia geriátrica desde su inicio a través de contrataciones con empresas privadas, instituciones públicas y organizaciones sin fines de lucro (Entidades de Bien Público).

A partir del 25 de Julio de 1997 se transfiere esta gestión a la gerenciadora FEGERA Federación de Geriátricos de la República Argentina, quienes se comprometen a prestar Asistencia a los afiliados del INSSJyP.

**FEGERA** debido a la transferencia de facultades que el actual directorio del INSSJyP delegó a esta gerenciadora, tal como se expresa en las conclusiones anteriores, la acreditación está en manos de FEGERA, una vez incorporado el establecimiento a la red, es comunicado para que los equipos técnicos del INSSJyP efectúen la evaluación, cuando los

beneficiarios ya están alojados y de existir falencias prestacionales es prácticamente imposible derivarlos a otro prestador. Las evacuaciones se han hecho ante denuncias públicas en los medios o bien por intervención de la Justicia que ordena trasladar a las personas a otro lugar.

**No corresponde** a ninguna ley o norma regulatoria, solo a un convenio entre partes (prestadora y pagador).

**Las Falencias** se profundizan por el debilitamiento de los niveles profesionales y técnicas que fueron perdiendo inserción y la paulatina pérdida de poder por la falta de información sobre la cobertura, utilización, calidad prestacional, etc. No está sistematizado el programa de monitoreo y seguimiento a estos prestadores, función que se ha restringido y obstaculizado por la misma gerenciadora que es quien determina a quien se efectúa la supervisión.

Es una regulación sui sui.

Esta gerenciadora, a través de dicho convenio se compromete a brindar los siguientes servicios:

**De internación geriátrica y Centro de día**

Áreas: Médica, Medicamentos, Preventivo-social, Alimentación, Peluquería, Pedicuría, Servicio de lavandería.

**Módulo de asistencia domiciliaria**

Proveerá de acuerdo a la evaluación profesional realizada por el prestador con del Instituto, servicios domiciliarios e higiene personal y del hábitat.

**Población bajo cobertura**

Beneficios con patología físicas y/o psiquiátrica que conlleve algún grado de discapacidad y/o invalidez postración total, con capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

Beneficios sin familia o con familias no obligadas, o con familias obligadas con imposibilidad fehaciente de solventar la prestación.

Beneficiarios de viviendas o con viviendas inhabitable, o con vivienda habitable que acepten acceder en internación.

**Prioridades de Adjudicación**

A: Situación de abandono, riesgo domiciliario.

B: Alta de II Niveles conformada.

C: Espera en domicilio con limitaciones severas/total (capacidad AVD I) y (ADV II). Limitaciones leves ó moderadas.

D: Espera en domicilio con Autonomía plena (ADV III), carencia económica moderada, continencia familiar transitoria.

### **Modalidad de Internación**

Resistencia para Adultos Mayores – R.A.M.

Resistencia para Adultos Mayores con control Psicogeriátrico –R.A.M.P.

Monto mensual del gasto en internación geriátrica \$ 2.874.006

Cantidad de camas: 4.077

R.A.M. 3169 CAMAS

P.A.M.P. 908 CAMAS

Con respecto a las otras modalidades de atención (atención domiciliaria y hogares de día) no se registran datos de utilización, ni acciones tendientes a su instrumentación.

Es restringido el acceso a información sobre ocupación y costos. Se ha monopolizado el mercado, limitando el ingreso a la entidades no lucrativas, esta gerenciadora se encarga de la acreditación, control de calidad, existiendo irregularidades que son denuncias por los familiares a través de los medios de comunicación.

## **VI. CONCLUSIONES**

El sistema de atención sanitaria relacionada al adulto mayor puede entenderse como una extensión del sistema de salud vigente a nivel nacional. Algunos rasgos significativos de este sistema parece reforzarse cuando uno analiza exclusivamente a este grupo poblacional. Particularmente, el rol del subsector de Obras Sociales, de gran peso en el sistema sanitario argentino, ocupa un lugar preponderante a través del INSSJyP en la atención del adulto mayor.

En contraposición a la importancia del subsector de Obras Sociales, el subsector privado cubre a una porción mucho menor de los mayores. La explicación de ello debe buscarse en las barreras que enfrenta este grupo para acceder a una cobertura de este tipo : a) comportamiento de selección adversa por parte de las empresas de medicina prepaga y b) aumento en el precio de los planes de acuerdo a la edad del afiliado.

Si bien es innegable el aporte del subsector de Obras Sociales al cuidado del adulto mayor (ya que cubre a más del 70% de las personas mayores a 60 años, las barreras de acceso a otro tipo de cobertura (privada o pública ) hace que exista una excesiva dependencia hacia

el INSSJyP. Esta dependencia puede resultar perjudicial para los afiliados, especialmente en los casos en que las cuestiones financiera y administrativas de la Institución presenten complicaciones.

La crisis financiera por la que atraviesa el INSSJyP , resultado principalmente de la reducción de las contribuciones patronales y la disminución en la recaudación debido al aumento en el nivel de desempleo, evasión , etc., se refleja, por un lado en la reducción de los ingresos mensuales de fondos y, por otro, en los pasivos que presenta la institución.

En abril de 1.999, más del 60% de los pasivos del Instituto (\$ 1.125 millones) se encontraban bajo la cuenta deudas a pagar dentro de la cual las deudas a prestadores de servicios de atención médica y proveedores de medicamentos son las más importantes.

Esta situación ha dado lugar a amenazas de corte de servicios (que en muchos casos se llevan a cabo) por parte de varios prestadores de la institución, lo cual constituye para los beneficiarios una importante barrera de acceso a los servicios .

El corte de servicios no es la única dificultad que se les presenta a los afiliados, existen otras barreras de acceso tales como:

- a) La escasa o nula información que los beneficiarios reciben acerca del funcionamiento de los servicios .
- b) La imposibilidad económica de trasladarse al lugar de atención .
- c) Barreras burocráticas de diversa índole, impuesta por cada administrador o gerenciador de los convenios que impiden el acceso a los servicios de apoyo de diagnóstico y tratamiento.
- d) Demoras en la asignación de turnos o lista de espera.
- e) Concentración de pacientes en las prestaciones de urgencia para alta complejidad.
- f) Indefinición del modelo de contratación de redes prestadoras a nivel nacional : provoca desconcierto y falta de información entre los beneficiarios y, en consecuencia, inconvenientes a la hora de acceder a las prestaciones.

Bajo este contexto, es importante destacar que en el marco del proceso de desregulación de Obras Sociales, y en especial el INSSJyP , menos del 10% de los beneficiarios del Instituto a optado por la cobertura de otra Obra Social. Este resultado estaría indicando que a pesar de todas las

dificultades mencionadas con respecto al funcionamiento del INSSJyP , sus afiliados lo siguen percibiendo como la mejor opción.

En tanto, otro aspecto a destacar es la escasa infraestructura , tecnología y servicios dirigidos exclusivamente al adulto mayor. Si bien existen prestadores que se caracterizan principalmente por la atención de individuos con esta característica, dicha especificación, parece ser más un resultado de los acuerdos establecidos a lo largo del tiempo entre aseguradores y prestadores que una política definida de especialización en la atención de mayores.

También es válido resaltar que en el proceso de desregulación de la actividad del INSSJyP, el pago por cápita ajustada por riesgo – desagregada por edad- a las otras Obras Sociales, que reciben jubilados y pensionados, para su atención resulta una novedad en el subsector de Obras Sociales.

Para terminar, consideramos que mas allá de las fortalezas y debilidades que presenta el sistema de atención sanitaria relacionado al adulto mayor , parecería no haber dudas acerca de la necesidad de iniciativas que estimulen el análisis de este grupo poblacional sino también las acciones concretas dirigidas a aumentar el cuidado del mismo.

## VII- BIBLIOGRAFIA

- 1- Nuevo Sistema Previsional Argentino. Bs.As., 1993
- 2- Alfredo J. Ruprecht, " Derecho de la seguridad social", Zabalia Editor, 1995.
- 3- Hogares Particulares con adultos Mayores: perfil sociodemográfico. Estudio Nro. 28, publicación del Instituto Nacional Estadísticas y Censo. SIEMPRO.
- 4- Panorama de la seguridad social, 1er semestre de 1998, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- 5- Informe secretaria de la Tercera edad, presidencia de la Nación.
- 6- Proyecciones del sistema Integrado de jubilaciones y Pensiones 1995-2000, Rafael Rofman, Gustavo Stirparo y Pablo Lattes. Serie estudios especiales Nro. 12.
- 7- Dirección nacional de Programación del Gasto social- secretaria de programación económica y regional.
- 8- Programa de reconversion de obras sociales y INSSJyP. Anexos.
- 9- Guía de establecimientos asistenciales de la República Argentina, MSAS, 1995.
- 10- Revista Claves, 1998.
- 11- INSSJyP, área subsidios-1998.
- 12- Programa Medico obligatorio. MSAS.
- 13- INSSJyP. Informe del Departamento de Estadística, Gerencia de planificación y Control. 1994.
- 14- Base de Datos del Instituto nacional de Estadísticas y Censo y ANSES.
- 15- Secretaria De Desarrollo Social, 1998.
- 16- Panorama de la Seguridad Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1997.

# ORGANIZACIÓN DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

## CONTENIDO

I-	Organización del sector salud	1
	Estructuras del sector salud	1
	Reforma reciente	3
	La organización del sector y el adulto mayor	5
II-	Ofertas de servicios de salud	7
	Infraestructura	7
III-	Cobertura, acceso y oferta de servicios	11
	Cobertura	11
	Subsector de obras sociales	
	Cobertura y accesibilidad	12
	Oferta de prestaciones del INSSJyP	14
	Barrera de acceso a las prestaciones	16
	Subsector privado: cobertura y accesibilidad	18
IV-	Programa Medico Obligatorio. PMO	21
V-	Oferta de prestaciones sociales	25
	Introducción	25
	Prestaciones sociales del INSSJyP	25
	Subsidios	26
	Internacion geriátrica	29
VI-	Conclusiones	31
VII-	Bibliografía	33