

Apuntes para un Debate sobre el Sistema de Salud Argentino¹

Daniel Maceira²

2018

¹ Este documento es producto del convenio de cooperación entre el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Fundación Preservar Salud, y forma parte de la agenda de investigación que el autor mantiene como Investigador Independiente del CONICET. Las opiniones vertidas son de su exclusiva responsabilidad, y no representan necesariamente las de las instituciones mencionadas. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

² Ph.D. en Economía; Investigador Titular Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Investigador Independiente del CONICET; Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires; Miembro del Consejo Ejecutivo de Health Systems Global.

Resumen

El concepto de gobernanza en salud refiere a la capacidad de las autoridades sanitarias de identificar, diseñar e implementar mecanismos que logren alinear las conductas de los actores participantes del sector, orientándolas al logro de objetivos y metas consistentes con las necesidades de la población y su diversidad. En el marco de un sistema de salud, y en la búsqueda de una mayor cobertura sanitaria, tres elementos son clave para el análisis de política: La definición de esquemas coordinados de aseguramiento a nivel nacional, que reduzca las ineficiencias en la definición de prioridades y las brechas de acceso entre subsistemas; y que tales prioridades se encuentren protocolizadas, a fin de reducir la discrecionalidad en la toma de decisiones. Más allá de los esquemas de protección basados en subsidios a la oferta o transferencias de recursos mediante modelos de financiamiento por resultados, la identificación de las enfermedades prevalentes de alto costo y con mayor exposición financiera para las familias deben contar con pautas específicas de financiamiento y subsidio cruzados planeado entre grupos sociales con distintos niveles de riesgo e ingreso relativo. Este modelo de reaseguramiento del sistema sanitario, a fin de converger a una cobertura universal, requiere de ampliar su población cubierta, incorporando las instituciones ministeriales públicas provinciales y sus pares de la seguridad social. Su construcción amerita de una hoja de ruta donde las funciones de aseguramiento son transferidas, así como los recursos asociados, a entidades apoyadas en pautas estrictas de eficiencia asignativa, protocolos de cobertura y financiamiento, y control social. En este documento se analiza la morfología del sistema de salud argentino desde la mirada de sus esquemas de financiamiento y aseguramiento, estableciendo pautas de comparación con otras naciones de la región, y su evolución a lo largo del tiempo. Se observa que la centralidad del financiamiento provincial en el subsistema público repercute en la capacidad de brindar una salud homogénea y equitativa entre jurisdicciones, afectando fundamentalmente a las provincias de menor capacidad relativa de inversión de recursos. Dentro de este marco, un elemento definitivo en la discusión sanitaria se atribuye al gasto de bolsillo de las familias. Dentro de él, la significancia de las erogaciones en medicamentos es protagónica, por tanto, un planteo estratégico a futuro demanda la definición de una política de medicamentos integral, que mantenga los logros alcanzados y avance en espacios de compras mancomunadas, no sólo entre hospitales sino entre provincias. Estos espacios de compras coordinadas deben complementarse con políticas que profundicen los patrones de prescripción por nombre genérico, una política de amplio impacto presupuestario no sólo en el subsistema público de salud. Por su parte, el subsistema de seguridad social expone la existencia de instituciones de gran valor estratégico al momento de afrontar la gobernanza del sector, aunque también presentan fuertes desafíos para el debate. En primer lugar, la necesidad de coordinar políticas y estructuras comunes de garantía de derechos y

Documentos de Trabajo CEDES 144/2018

establecimiento de prioridades en función de reglas conocidas y homologadas por la sociedad. En segundo lugar, estudiar las opciones de cobertura del riesgo epidemiológico, y sus efectos en términos de protección financiera, de una institución organizada en torno de la atención de la tercera edad, sin capacidad de interacción con otros espacios de la seguridad social en estadios de edad más temprana. En tercer lugar, la necesidad de abordar un debate sobre el alcance desigual de las Obras Sociales Nacionales. Algunas de ellas, de amplia cobertura en cantidad de beneficiarios y capacidad financiera suficiente, se identifican como modelos de gestión para explorar, compartiendo experiencias con el sistema de salud en su conjunto. Por el otro lado, un grupo de menor escala sugieren el debate sobre su viabilidad individual, requiriendo de soluciones solidarias y eficaces que maximicen los recursos existentes en el sector. No es posible la construcción de un modelo de cobertura universal sin una homogenización de reglas, que faciliten la mejor asignación de recursos, potenciando la calidad de los servicios brindados y la equidad en su acceso. La persistencia del modelo fragmentado no habilita una hoja de ruta sino a partir de consensos básicos, que hagan del enunciado de la garantía del acceso a la salud una realidad observable para cualquier habitante del país.

Índice

1- Introducción.....	4
2- Estructura del Sistema de Salud Argentino.....	5
3- Desempeño del Sistema en Cobertura y Protección Financiera.....	10
4- Tendencias Recientes de Reforma en América Latina.....	13
5- Marco de Análisis sobre Políticas, Conductas e Incentivos.....	18
6- Elementos para una Agenda de Política.....	22
7- Conclusiones y Debate.....	26
8- Referencias.....	28

1- Introducción³

Numerosos trabajos documentan la estructura del sistema de salud argentino. Dentro de esta caracterización, se identifican elementos sobresalientes que hacen a un diagnóstico sectorial, que aportan al momento de identificar argumentos necesarios para un debate de política pública.

Entre estos elementos característicos, se destacan:

- (i) la amplia descentralización del subsistema público en su financiamiento, aseguramiento y gestión de recursos -que distingue al caso nacional de otros países federales-, más allá de la prestación de servicios a nivel subnacional;
- (ii) la convivencia de un modelo de protección financiera originada en el empleo formal, particularmente significativa en términos de cobertura y recursos, con fondos fiscales provinciales -mayoritariamente- y nacionales;
- (iii) la existencia de un fondo específico para la atención de la tercera edad, financiado por la población con empleo formal principalmente, con limitada interacción con los planes de atención del resto de la población.
- (iv) la definición de amplias garantías de derechos sanitarios establecidos por la norma, que convive con limitaciones en el diseño e implementación de estructuras protocolizadas de atención, costeo y seguimiento, afectando la efectividad del sistema;
- (v) los variados mecanismos financieros existentes exhiben modelos de atención significativamente diversos: dependiendo de la provincia o del seguro social o privado que se observe, se identifican espacios de referencia y contra-referencia adecuados y funcionales o -prevalentemente- fallas de coordinación entre niveles de atención.

La diversidad en recursos y escala poblacional de cada fondo público y de seguridad social muestra la brecha entre los derechos garantizados por la norma y el acceso efectivo. Asimismo, ello es producto de limitaciones en el funcionamiento de las redes de atención y las normas que las rigen, lo que atenta contra la eficacia del gasto nacional en salud -uno de los más altos de la región-, su equidad y efectividad.

Normalmente, la agenda de política pública no encuentra en la temática de la atención de la salud un objetivo prioritario. En general, las demandas de cuidado surgen en los momentos de emergencia o ante situaciones críticas que ganan los medios. Ello es en

³ El presente documento se apoya en cuatro trabajos de investigación realizados por el autor como parte del plan de trabajo original diseñado con Preservar Salud. Los mismos cubren temáticas asociadas con la morfología del sistema de salud argentino, sus resultados en términos de cobertura y financiamiento, y el papel desempeñado por las instituciones de protección social en salud en el país (particularmente Obras Sociales y Subsistema Público). Asimismo, se analizan las características y el desempeño del Sistema Único de Reintegros de la seguridad social, y la relevancia y perspectivas de los sistemas de evaluación de tecnología sanitaria en Argentina. Varios pasajes de este trabajo reproducen las conclusiones arribadas en el material mencionado (Maceira y Espínola, 2017; Maceira, 2018a; 2018b y 2018c).

parte debido al éxito de los espacios de protección financiera, que hacen que los gastos de bolsillo en salud sean percibidos como relativamente menores que en otras latitudes. También son producto de la poca “capacidad de voz” de los sectores más perjudicados con el estado actual del sistema, y su limitada injerencia en la definición de prioridades y agendas de trabajo sectorial.

Sin embargo, tres argumentos permiten vislumbrar una profundización del debate a futuro.

El primero de ellos es el incremento de los costos de operación del sistema, tanto debido a la tecnología y medicamentos utilizados -nuevos o en proceso de incorporación-, como a la mayor demanda de cuidados de una población con perfiles demográficos y epidemiológicos más avanzados. En ocasiones, el costo unitario de tales tratamientos supera con creces no sólo la capacidad promedio de pago de las instituciones de seguridad social sino también su ingreso, impidiendo cumplir con la cobertura de las necesidades del promedio de la población protegida. Como correlato de ello, la creciente judicialización de la medicina expone las limitaciones actuales del modelo sanitario argentino para generar mecanismos institucionales de distribución de responsabilidades e identificación de espacios vacantes, que requieren de reglas claras de asignación de recursos.

En segundo lugar, la identificación explícita de derechos ocurrida durante los últimos años tiene su correlato en un compromiso institucional por garantizar espacios de cobertura que no se encontraban formalmente incorporados. Esta identificación empodera a la población, y también fomenta un debate acerca de cómo asignar los recursos sociales de un modo más eficaz.

La presencia de fondos provenientes de los tesoros provinciales⁴ y el aporte desde el mundo del trabajo proveen la mayoría de los requerimientos de financiamiento del sector, los que se encuentran expuestos a las limitaciones de regulación y gestión de todos los actores, públicos y privados, que constituyen el sistema. La multiplicidad de estos actores participantes hace que la tradicional puja distributiva se potencie, requiriendo nuevos esfuerzos para la identificación y acuerdo de objetivos de largo plazo, con su correlato en términos de normativa, financiamiento, y coordinación intersectorial.

En tercer lugar, el debate internacional sobre acceso universal, renovado con fuerza desde foros globales y multilaterales desde hace aproximadamente una década se traduce en el país en la posibilidad de converger a un modelo de cobertura universal en

⁴ Tanto para el funcionamiento de los ministerios públicos como por las contribuciones patronales a las Obras Sociales Provinciales, las que también reciben los recursos descontados a los ingresos de sus trabajadores estatales.

salud. Esta propuesta es tomada por las autoridades políticas actuales mediante el CUS, pero se encuentra vigente desde hace treinta años con la ley de Seguro Universal de Salud.

En cualquier caso, el modo de implementar este espacio de cobertura social colectiva aún no cuenta con un formato definido y, por tanto, requiere de una hoja de ruta que permita establecer objetivos estratégicos, metas de mediano plazo, mecanismos de aseguramiento y pautas de gestión y prestación que se condigan con las prioridades sanitarias a ser explícitamente definidas.

Las tendencias generales muestran que, si bien el país ha avanzado en reducir sus indicadores de morbi-mortalidad tradicionales y ha aumentado su esperanza de vida, las brechas entre grupos sociales aún no se han reducido sensiblemente. Ello coloca el desempeño sectorial por debajo de las expectativas, en comparación con otros países de ingresos similares.

A partir de la investigación realizada (Maceira, 2018a, 2018b, 2018c; y Maceira y Espínola, 2017), y cuyos resultados serán resumidos en próximas secciones, se identifican claras fortalezas y desafíos en el sistema de salud argentino, que los distinguen del resto de las organizaciones sanitarias de la región.

El objetivo del presente documento es exponer las conclusiones alcanzadas, identificar algunos de los cuellos de botella existentes como también las herramientas exitosas utilizadas, colocando el debate en el contexto regional-. Es allí donde una serie de reformas llevadas a cabo a lo largo del continente nos permiten extraer enseñanzas para una discusión informada acerca de cómo converger a un modelo sanitario que valore los logros generados y potencie su desempeño a futuro.

2- Estructura del Sistema de Salud Argentino

Como fuera mencionado en un documento previo (Maceira, 2018b), la correlación entre la inversión sanitaria y sus frutos en el mantenimiento de la salud, la reducción de la enfermedad, y el sostenimiento de un modelo de cuidado eficaz, equitativo y de calidad se enfrenta con realidades que superan el espacio estricto del “sistema”. Por ello, el “retorno” a la inversión sanitaria no depende solamente de cuantos recursos se utilizan en el sector salud, y sus determinantes se expanden hacia otras áreas diversas.

Desde la distribución del ingreso hasta la disponibilidad de redes de agua pura y un sistema de cloacas que evite enfermedades; desde un sistema educativo que empodere a la población, hasta una toma de conciencia colectiva acerca de la necesidad de invertir en la temprana edad para evitar secuelas sanitarias en la edad adulta y la vejez.

Si el sistema de salud es procíclico -es decir, convalida la división social de su cobertura en función de perfiles económicos y epidemiológicos- nos encontraremos con un sistema de salud fragmentado. Una parte de él provee atención y confort, mientras que otra

parte absorbe el riesgo sanitario y financiero, procurando con menos recursos atender necesidades -muchas veces no identificadas- de personas sin capacidad económica propia.

Por ello, la gobernanza de un sistema de salud necesita reconocer que ambas realidades existen, y que socialmente aceptamos que el derecho a la protección de la salud es universal, a pesar de que la capacidad de financiamiento no sea igualitaria. Esta gobernanza también amerita reconocer que debemos garantizar una gestión adecuada de los recursos, convergiendo a una cobertura igualitaria para todos. Dicho de otro modo, la gestión de la salud y de la enfermedad implica una estrategia de financiamiento, gestión y prestación de recursos basada en un esquema de aseguramiento social, con un marco regulatorio que la respalde y un marco de gobernabilidad que posibilite el seguimiento y el consenso.

La Figura adjunta muestra en forma esquemática el funcionamiento del sistema de salud argentino a partir del análisis de sus funciones de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios. Estas funciones se desenvuelven a lo largo de los distintos subsistemas públicos, privados y de seguridad social presentes en Argentina.

El financiamiento del sistema es variado, desde impuestos y tasas recogidas por los tesoros nacionales, provinciales y municipales, hasta una parte significativa alimentada por contribuciones de la seguridad social (beneficiarios/as y sus empleadores/as). En el margen derecho, el sistema de seguros prepagos se nutre de pagos directos o compensaciones de los hogares, más allá de los abonos de bolsillo en consultas, copagos, etc.

Por su parte, el sistema público de aseguramiento refleja un esquema particularmente complejo, en tanto el gobierno federal brinda total autonomía a las provincias (y en algunos casos, incluso a los municipios), para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes.

En la medida que ello sucede, las posibilidades de implementar un diseño de protección financiera homogéneo a lo largo del país se reducen, quedando bajo la órbita del Consejo Federal de Salud (COFESA) coordinar las agendas provinciales.

En el centro de la Figura opera un esquema de protección financiera dependiente de las instituciones de seguridad social. Estas se encuentran a su vez abiertas en cuatro grupos: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), dependiente del Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; las veinticuatro Obras Sociales Provinciales (OSPr) dependientes del empleo público de las burocracias de cada provincia, y las aproximadamente trescientas Obras Sociales Nacionales (OSN), tuteladas normativamente por la Superintendencias de Servicios de Salud (SSS), que establece el contenido del Programa Médico Obligatorio (PMO). Estas OSN se encontraban organizadas originariamente por rama de actividad económica y actualmente en continuo proceso de

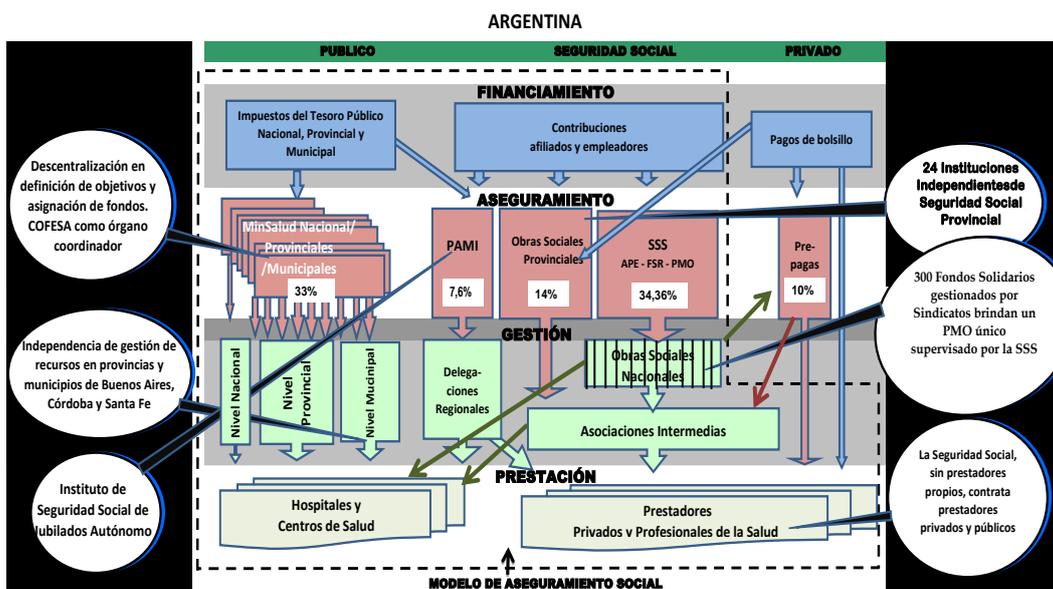
cambio a partir de la libertad de opción de sus beneficiarios. Un cuarto grupo de instituciones son aquellas que brindan cobertura a grupos especiales (Fuerzas Armadas y de Seguridad, Poder Judicial, Universidades, etc.)

La SSS tiene a su cargo el Sistema Único de Reintegros (SUR) para el financiamiento de las intervenciones de alto costo del total de las OSN, originado en retenciones a las Obras Sociales Nacionales, por lo que constituye uno de los elementos de redistribución y equidad transversal entre instituciones. El SUR forma parte de un espacio de asignación de fondos más amplio -el Fondo Solidario de Reintegros- que tiene como fin el subsidio de las OSN relativamente más pobres, asociadas con la capacidad contributiva de sus beneficiarias/os. Parte de estos recursos se han reasignado recientemente al diseño y funcionamiento de la Cobertura Universal de Salud, iniciativa del Ministerio Nacional del área.

En la mayoría de los casos, la prestación de servicios de las Obras Sociales descansa en un abanico de profesionales, sanatorios y hospitales tanto privados (mayoritariamente), como públicos, mediante convenios directos o gestionados por instituciones intermedias de cada provincia (Colegios Médicos, Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, etc.).

En el margen derecho de la Figura se ubican las empresas de medicina prepaga, altamente concentradas en cinco firmas de amplio poder de mercado, sobre las cuales descansan la cobertura de salud de los grupos de mayores ingresos. Si bien tienen un alcance nacional, la mitad de sus beneficiarios residen en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano.

Figura 1
Morfología del Sistema de Salud



Fuente: Maceira (2014a)

En resumen, un tercio de la población recurre a la cobertura pública, mientras un diez por ciento, en los momentos de mayor despliegue poblacional, buscan atención en los modelos de seguros privados. El 57% restante exhibe pertenencia a alguno de los bloques alternativos de seguridad social, sobresaliendo las OSN, con más del 34%, las OSPr con el 14% y el PAMI, con valores de entre el 7 y el 8% de la población, fundamentalmente mayores de 65 años⁵.

Desde una perspectiva de financiamiento, el 9,3% del producto bruto interno se destina a salud, siendo el 78,4% correspondiente al sector público y social, probablemente uno de los más altos de la región latinoamericana, en tanto el 21,6% restante es al pago privado directo. Este último porcentaje se atribuye a desembolsos de bolsillo directos (copagos, consultas directas, medicamentos, etc.) o para costear seguros prepagos de salud, en proporciones muy similares (en proporciones del 51,8% y 48,2% del gasto privado, respectivamente).

El gasto público o de seguridad social, a su vez, se divide en atención pública de la salud con un 32,3% de los desembolsos totales en salud, en tanto que -en conjunto- OS, PAMI y ART -Empresas Administradoras de Riesgo de Trabajo, con características de aportes similares a las Obras Sociales, pero con objetivos específicos diferenciados-, representan el 46,1% del total nacional (Maceira, 2018b).

Del gasto público, sólo un 20,5% corresponde a erogaciones del gobierno nacional, mientras que la seguridad social propone un contraste significativo: el PAMI detenta una contribución del 24,4%, exactamente la mitad que aquella de la totalidad de las trescientas OSN reunidas (48,7% del total de los fondos solidarios), y 2,7% por encima de las veinticuatro OSPr en conjunto. Las ART gestionan 5,3%, evidenciando su relevancia creciente en la estructura de financiamiento de la salud de la población trabajadora en relación de dependencia, concentrado a los riesgos emergentes del trabajo)

El Programa de Asistencia Médica Integral cuenta con la particularidad que más del 80% de sus beneficiarios superan los 65 años, liderando el listado de las diez OS de mayor cobertura de la tercera edad, al punto que las nueve siguientes -en conjunto- no alcanzan a contribuir con el 12% de su población a cargo. La pirámide poblacional de esta Obra Social es particularmente desafiante desde una perspectiva de seguro social: los mecanismos de transferencia de recursos entre personas de diferente riesgo relativo no resultan viables. Este fenómeno de división etárea contribuye al modelo general de fragmentación institucional del sistema de salud del país, agregando limitaciones para el eficaz uso de los recursos disponibles (Maceira, 2018d).

Por su parte, aproximadamente 16,5% del total del país se encuentra afiliada a una Obra Social Provincial, siendo el IOMA en la provincia de Buenos Aires la que encabeza este

⁵ El PAMI brinda cobertura también a otros grupos específicos, como los excombatientes de Malvinas.

conglomerado, con 1,94 millones de beneficiarios/as (11,6% de los bonaerenses). La OSEP de Mendoza se ubica en segundo lugar, con 770 mil afiliados/as, en tanto que Córdoba se encuentra en el tercer lugar con 536 mil personas.

Representando aproximadamente un 42% de la población total del país, las Obras Sociales Nacionales (Sindicales y de Personal de Dirección) son trescientas instituciones, con escala, ingreso promedio y capacidad de resolución profundamente diferenciadas entre ellas. Su papel dentro del sistema sanitario argentino es el de gestionar los recursos provenientes de aportes patronales y contribuciones salariales, definiendo estrategias para lograr la cobertura del PMO, identificando redes de servicios, coordinación entre prestadores, diseño de mecanismos de pago y reembolso.

Los montos de ingreso promedio y la escala poblacional hacen de este subsector un caso paradigmático de protección financiera. En él conviven obras sociales de gran escala poblacional, salarios promedio relativamente altos y gran capacidad de cobertura, con otras de pequeña escala, niveles reducidos de contribución por cápita, que descansan en los mecanismos de subsidio gestionados por la SSS, todos ellos dentro de esquemas de solidaridad al interior de cada OS y entre ellas, según las pautas de asignación definidas por la SSS para los recursos generados por el subsistema.

Siete obras sociales de gran escala y contribución promedio, reuniendo entre ellas aproximadamente 1,8 millones de personas y 16,6 mil pesos de aportes promedio por año. En el otro extremo, se ubican dos OSN con 914 personas cubiertas entre ambas, y 3,2 mil pesos anuales de aporte por cada una de ellas (Maceira, 2018b). Por su parte, veinte OSN nuclean el 56% de la cobertura total del subsistema, lideradas por la Obra Social de Empleados de Comercio, con el 12,8% de los beneficiarios

Claramente, la posibilidad de brindar satisfacción al mismo PMO ante diferentes recursos financieros y capacidad de negociación es limitada, lo que desafía la posibilidad de proponer un espacio equitativo de protección financiera. La convivencia de tan variado nivel de instituciones refleja la necesidad de una discusión sobre los alcances de cada una y la necesidad de aprendizaje cruzado.

El Fondo Solidario de Redistribución y el Sistema Único de Reintegros, dentro de este marco, procuran a partir de la relocalización de recursos de la seguridad social, generar mecanismos de subsidio cruzado planeado entre obras sociales en función de sus diferentes niveles de ingreso y de necesidad de atención de población con enfermedades de alto costo.

Los últimos valores disponibles para el 2016 muestran que el SUR distribuyó, ya sea en términos de reintegros por tratamientos de enfermedades de alto costo o por devolución

de remanentes adeudados de períodos anteriores, un total de 8.161 millones de pesos⁶. Este monto representa aproximadamente el 6,65% del total recaudado por las Obras Sociales Nacionales durante el mismo periodo (Maceira, 2018a).

La relación existente entre los recursos netos recibidos por cada OSN -luego de aportar al FSR- contra el total reintegrado por el SUR durante el año 2016 a cada institución define claramente un vínculo de escala: a mayor cantidad de ingreso total neto y mayor número de beneficiarios, mayor es el monto recibido por devolución de gastos originados en enfermedades crónicas y/o de alto costo. Si bien la dispersión es particularmente amplia, la tendencia apoyaría que el efecto ingreso (equidad) supera al efecto escala (cantidad de beneficiarios). Si bien todos estos componentes muestran correlación positiva, el reintegro por riesgo financiero es proporcionalmente mayor al efecto asociado con cantidad de beneficiarios. Asimismo, existe una compensación más que proporcional vinculada al riesgo sanitario de cada Obra Social, no necesariamente homogéneo entre instituciones de escala similar (Maceira, 2018a).

Más allá de la cantidad de beneficiarios de cada obra social, los datos disponibles sugieren que el SUR opera como una caja de compensación solidaria, que transfiere fondos a instituciones de menor capacidad relativa de pago a fin de cubrir sus gastos sanitariamente catastróficos.

Pensando en términos de indicadores de desempeño, la razón entre reembolsos sobre ingresos disponibles netos podría ser vista como un mecanismo de absorción de riesgo financiero por parte del SUR: la garantía de derechos en prestaciones de alta complejidad no se encontraría sujeta a la capacidad de pago de cada obra social, sino al aporte -vía subsidios cruzados planeados- hacia ellas por parte del SUR (Maceira, 2018a).

Asimismo, el mecanismo de desembolsos del SUR muestra sensibilidad al nivel relativo de riesgo de cada obra social. Para realizar a este cálculo, se utilizó una variable aproximada de riesgo sanitario, en base a la información disponible: la proporción de mayores de edad en el padrón de las obras sociales, aportando al financiamiento de sus prestaciones, más allá del ingreso institucional (Maceira, 2018a).

A pesar de ello, más información se requeriría a fin de identificar las razones de la amplia dispersión encontrada en los reintegros entre Obras Sociales. La misma sugiere que la tendencia hacia la homogeneidad en la transferencia de recursos independientemente de los ingresos se condiciona por otras variables que requieren ser consideradas, y que no se encuentran disponibles para el análisis. Estas pueden estar vinculadas con sesgos en la población de riesgo entre instituciones (cargas de

⁶ El período analizado incorpora recursos adeudados de años anteriores, por lo cual estos resultados podrían estar sujetos a cambios.

enfermedades catastróficas disímiles), entre otras causas potenciales, y las distintas condiciones de aceptación o no de jubilados, entre otras causas.

Ello permite establecer la importancia de la SSS como entidad regulatoria en la homogeneización de prácticas entre Obras Sociales, donde el desempeño del SUR es sólo una de las herramientas disponibles.

Si bien cada subsistema cuenta con una estructura organizacional particular, existen varios puntos de contacto entre ellos, algunos planificados mientras que otros son producto de la informalidad o la presencia de espacios normativos vacantes. Desde la perspectiva regulatoria, la SSS opera como institución homogeneizadora de derechos a ser garantizados, tanto para los/as beneficiarias/os del subsistema de seguridad social nacional como de las empresas de medicina prepaga, de donde se encuentran excluidas las Obras Sociales Provinciales, quedando excluidas a la fecha las poblaciones que se atienden en el sector público.

Por otra parte, y en la medida que las instituciones de seguridad social no cuentan mayoritariamente con prestadores propios, las consultas e internaciones, financiadas con recursos bajo gestión de las OSN y OSPr, son brindadas por sanatorios y profesionales de la esfera privada. Este vínculo entre partes se encuentra mediado por convenios específicos, con esquemas de pago variados, dependiendo de la estructura de las partes y del momento en el tiempo. Su paralelo en el subsistema público no alcanza necesariamente los mismos niveles de formalidad, existiendo en ocasiones convenios entre instituciones de la seguridad social y estos prestadores, mientras que en otros se descansa en la regulación de hospitales de autogestión instrumentados por la SSS. Un tercer grupo de prestaciones, no tienen una apoyatura normativa explícita, por lo cual las pautas de recupero dependen de la capacidad de cobro de las oficinas de gestión en hospitales.

Un tercer tipo de interacción ocurre al interior de los hogares, asociado con el fenómeno de doble o múltiple cobertura de obras sociales, PAMI y prepagas. Esta superposición, aunque se ha reducido en los últimos años gracias a procesos de unificación de aportes, sigue generando el desvío no deseado de recursos, afectando el uso eficaz de fondos en el sistema.

3- Desempeño del Sistema en Cobertura y Protección Financiera

Del análisis de las seis encuestas de hogares que involucran gastos en salud y que fueron producidas en el país en los últimos veinte años, es posible extraer una serie de conclusiones sobre la capacidad del sistema sanitario argentino de satisfacer las necesidades de su población, e identificar algunas asignaturas pendientes en miras a una agenda de reformas. El estudio (Maceira, 2018c) muestra -en conjunto- la evolución de

resultados hacia estadíos satisfactorios, que ameritan de un cuidado especial al momento de diseñar planes de cambio.

Se observa que más de la mitad de la población se encuentra bajo algún esquema de seguro solidario (obras sociales sindicales, de personal de dirección y provinciales), expresando la relevancia del empleo formal como ámbito que combina el mundo del trabajo y el de la salud. Asimismo, el seguro de salud de los adultos mayores descansa fundamentalmente de la contribución de la población económicamente activa, lo que amplía el espacio de cobertura formal asociado al sector productivo. Esta característica organizacional permite una alianza entre el empleo formal y la cobertura sanitaria de la fuerza laboral y su familia. Por tanto, los vaivenes en el espacio de la estructura del empleo derraman sobre la atención sanitaria.

Por su parte, el subsistema público brinda atención a aproximadamente un tercio de la población, con fluctuaciones entre períodos. Esta cobertura, dependiente de los recursos estatales, constituye un mecanismo de priorización social en salud con amplia capacidad resolutive. Si bien las percepciones de calidad y disponibilidad tecnológica son relativamente menores a las de los otros subsistemas, su eficacia muestra ser elevada, a partir de las encuestas de satisfacción de usuarios.

El estudio asimismo refleja, mediante la observación por quintil de ingresos, que existe un proceso de absorción de riesgo sanitario y epidemiológico del sector público, que reciben a aquellos/as pertenecientes a los grupos económicamente más rezagados, reduciendo su participación conforme se incrementan los ingresos familiares.

La evolución temporal exhibe un incremento del espacio público puro en el primer quintil desde 2005 con respecto al 1997, y una caída significativa con respecto al 2012: del 65,1% se evoluciona al 74,7%, pasando luego al 44%. Un efecto similar ocurre en el otro extremo de la distribución: la población con prepagas directas en el quinto quintil crece de 19,4% en 1997 a 25,2% en el 2005, para caer a valores inferiores que el año de origen en el 2012.

La contracara de ambos movimientos es la cobertura asociada con el empleo, particularmente en los dos quintiles más pobres.

Concentrando el análisis en la evolución de la cobertura de la seguridad social específicamente, se verifica una caída marginal entre los dos primeros años (1997 y 2004), del orden del 1,6%, para luego incrementarse en más de 9% en 2012. Observando el cambio entre el 1997 y el 2012, la incidencia de esta cobertura pasa del 57,9% de la población al 65,1%, representando más de siete puntos porcentuales (Maceira, 2018c).

Este cambio no es homogéneo entre grupos de ingreso, aunque creciente en todos los casos. La mayor variación se observa en aquellos grupos más pobres: el cambio de cobertura de las obras sociales entre años extremos asciende 19,1% para el primer

quintil. Por su parte, el promedio de aumento del segundo y tercer quintiles es de 5,7%, en tanto que en los dos quintos más ricos el ascenso es de 11,6% (Maceira, 2018c).

La última encuesta de hogares refleja asimismo una novedad en términos de cobertura de la población argentina: es la primera vez que el conjunto de las obras sociales supera a cada uno de los otros subsistemas (público y prepagas), como primera fuente de protección financiera para cualquier quintil de ingreso.

El protagonismo de la cobertura de obras sociales tiene su correlato el funcionamiento de la economía nacional como un todo: en períodos de alto desempleo o informalidad laboral los porcentajes afiliación formal se ven afectados a la baja, produciendo un aumento de la cobertura pública y una huida de los grupos de mayores recursos a la cobertura prepaga.

Más allá de las fuentes de financiamiento de la cobertura teórica ante la enfermedad, el estudio aborda la calidad del sistema mediante un auto-reporte de salud, con fuente en las Encuestas de Utilización y Gasto del Ministerio de Salud. Si bien se consideran variables vulnerables a diferencias interpersonales, e incluso entre momentos en el tiempo, su utilización como medida aproximada de la satisfacción con el sistema posibilita alcanzar conclusiones generales entre grupos de ingreso y subsistema de pertenencia.

La presencia de cobertura formal mediante Obras Sociales resulta relevante en la asociación con buen estado de salud en la encuesta de hogares del tercer año estudiado (2010), mientras que en los dos períodos anteriores (2003 y 2005) estos coeficientes resultan positivos, aunque no significativos estadísticamente en comparación con los otros subsistemas. Este aspecto puede asociarse con una mejor atención o percepción de protección ante la enfermedad de los/as beneficiarias/os de alguna obra social a lo largo del tiempo, con respecto a sus pares del subsistema público, una vez corregido por efectos de ingreso y educación (Maceira, 2018c).

Asimismo, y más allá de las diferencias relativas en la prevalencia de enfermedades por subsistemas, la información provista por las encuestas de hogares surgidas del Ministerio de Salud de la Nación permite identificar un crecimiento en los niveles de atención en general, y una convergencia a valores de consulta (dada la presencia de diagnóstico), particularmente en el subsistema de seguros sociales (Maceira, 2018c).

Por su parte, los resultados extraídos del análisis de las encuestas de hogares confirman el sesgo de la atención pública hospitalaria hacia los sectores más desprotegidos económicamente. Las variables de edad, educación y sexo también muestran un patrón similar a lo definido por la literatura argentina sobre cobertura pública: la población atendida es relativamente joven y principalmente femenina (materno infantil, con mujeres en edad fértil menores a treinta años) con niveles educativos relativamente bajos.

En contraste, la población con cobertura de Obras Sociales y prepagas son menos propensas a acudir al hospital público. A pesar de ello, la intensidad de esta conducta también se asocia con las fluctuaciones del empleo formal y por tanto de la capacidad de intervención de las instituciones formales de seguridad social. En la encuesta de hogares del año 2005 se observa que la atención hospitalaria de grupos con cobertura formal se incrementó, reduciéndose en 2010, aunque sin alcanzar los niveles marginales que en el primer año 2003.

El gasto de bolsillo de las familias, indicador tradicional de equidad (o falta de equidad) en el financiamiento de la salud, muestra ser regresivo con respecto al ingreso, aunque exhibe una reducción a lo largo del tiempo. Mientras que en 1997 las estimaciones de gasto para el primer quintil (más pobre) se encuentran en el entorno del 8%, y del 6% para las del quinto quintil (el más rico), los valores se vuelven relativamente más homogéneos en el año 2005, en el entorno del 6,5% y el 6% para los quintiles extremos. En 2010 la brecha vuelve a ampliarse, pero el gasto de bolsillo se reduce para todos los quintiles, alcanzando el 6% en el primero y 4% en los dos quintos más ricos. De este modo, si bien el nivel de regresividad se mantiene, la incidencia del nivel de pagos directos para toda la sociedad se reduce.

Desde una perspectiva de análisis de políticas sanitarias recientes, la reducción del gasto de bolsillo en medicamentos, que reporta dos tercios del gasto directos de las familias en salud, puede constituir uno de los determinantes de este cambio, de la mano del Programa Remediar. Más allá de ello, es posible identificar algunas políticas complementarias de reducción de copagos, y coberturas más comprehensivas de líneas de cuidado y tratamientos de enfermedades crónicas, que requieren de un análisis de mayor profundidad.

En la misma dirección, la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza debido a un shock financieramente catastrófico ha caído significativamente. Aún persisten, sin embargo, espacios de inducción de demanda de los pacientes con mayor capacidad de pago, que coexisten con diferenciales de atención entre grupos sociales dado la presencia de enfermedad.

En conclusión, se evidencian logros en el período 1997-2010 tanto en tratamiento como en financiamiento del sistema. Se infiere de los resultados obtenidos que aún existen espacios de eficiencia en el uso de los recursos que pueden ser abordados: desde el funcionamiento de redes para jerarquizar la consulta hospitalaria, hasta mecanismos de cambios de conducta para aumentar la adherencia de los/as pacientes a tratamientos de enfermedades crónicas.

Consolidar y potenciar estos logros implica profundizar en espacios de gestión de recursos y seguimiento de nuevas iniciativas de gestión de los resultados disponibles.

Entre estos recursos se cuenta el acceso a fuentes de información más recientes que orienten la agenda de transformación sectorial.

4- Tendencias Recientes de Reformas en América Latina

Niveles relativamente altos de gasto en salud per capita en comparación con países de ingresos similares; indicadores sanitarios avanzados, pero aún por debajo de aquellos de países de inversión sectorial equivalente; niveles de satisfacción generalmente elevados por parte de la población usuaria y gasto de bolsillo decreciente en el tiempo como parte del ingreso de las familias, son algunos de los resultados alcanzados al estudiar el modelo sanitario argentino. Ello convive con grandes desigualdades entre grupos sociales, tanto en la definición de garantías de derechos como en la inversión por persona asociada al cuidado de su salud. Esta sección tiene como objetivo identificar cuáles han sido durante los últimos veinte años los ejes de debate y reforma regional en el sector sanitario, y cuál podría ser su utilidad en el debate nacional.

En especial, se pondrá la atención en los instrumentos de reforma implementados, como también a los diferentes modelos organizacionales que los países de la región han experimentado, todos ellos bajo diferentes condiciones iniciales de ingreso, marcos normativos y capacidades institucionales de implementación.

Analizando las reformas desde la perspectiva de los instrumentos utilizados, se observa un grupo de herramientas clave en la implementación regional. Entre ellas se encuentran: la descentralización en la gestión, la nominalidad de usuarios, la definición explícita de intervenciones, la puesta en práctica de programas asociados a grupos priorizados, y la implementación de pagos vinculados a desempeño.

Estas herramientas tienen como trasfondo común la decisión de favorecer la gobernabilidad y la transparencia del sector por diferentes razones. La definición de paquetes de servicios explícitos y la nominalidad identifican obligatoriedad de cumplimiento de cobertura, lo que puede traducirse en un mecanismo de publicar derechos, hacerlos homogéneos, y generar mecanismos de control. La priorización de sectores específicos de la población, en todo o en parte orienta las acciones clave en poblaciones materno-infantiles principalmente.

Por su parte, la descentralización promueve la distribución de recursos en niveles subnacionales, aspirando a lograr mayor *accountability* y demandando mayor capacidad de gestión. El tercer instrumento, el mecanismo de pago asociado a desempeño, genera incentivos a la separación de funciones y facilita la asociación entre desembolsos y prestaciones.

Los programas específicos en población materno-infantil forman parte de los modelos sanitarios regionales, en algunos casos bajo el paraguas de Seguros Nacionales, con

metas específicas para este grupo poblacional. Mientras tanto, la inclusión de paquetes definidos de intervenciones gana protagonismo, separando los modelos vinculados principalmente con subsidios a la oferta pública de aquellos mixtos.

En paralelo al impulso de la nominalidad y la garantía explícita de prestaciones, los modelos de aseguramiento público o social se apoyan en pagos capitados o asociados a desempeño, diferenciados de los presupuestos fijos puros que sostienen a hospitales y centros de salud estatal.

Si bien los esfuerzos de nominalización con paquetes definidos sugieren mejoras en la cobertura (Uruguay, Bolivia) y en la reducción de la brecha de equidad (Nicaragua y México), tampoco pueden considerarse aisladamente de otros factores. Específicamente, los contenidos de los paquetes de servicios garantizados deben permitir la reducción del riesgo financiero de las familias, y ser respuesta a sus perfiles epidemiológicos específicos. Garantías insuficientes o desarticuladas de las necesidades prevalentes de la población priorizada pueden contribuir en ineficiencia en la asignación de recursos, con escaso impacto en la equidad.

Finalmente, la descentralización de los sistemas de salud, en ocasiones visto como una herramienta idónea para mejorar el impacto de los recursos invertidos en el sector, requiere de grandes desarrollos en capacidad local de gestión. Se observa que la derivación de fondos hacia la administración subnacional (provincial, municipal) es una de las herramientas más difundidas en América Latina. Sin embargo, ella descansa en habilidades locales de manejo de recursos, toma de decisiones y capacidad de seguimiento de tales recursos para conocer la efectividad de su impacto.

La aplicación y profundización de medidas de cambio organizacional en los sistemas de salud de la región durante los últimos veinte años nos permite identificar tres modelos generales de gestión. El primero de ellos procura avanzar en un esquema de cobertura universal de salud desde esquemas de subsidios a la oferta, en los cuales un sistema público protagónico cubre las funciones de regulación, financiamiento y aseguramiento, estableciendo tácitamente las garantías de derechos que se traducen en prestaciones en establecimientos dependientes de la esfera estatal. Ello se verifica en las naciones del Caribe Inglés, que heredan el modelo de atención desde su estructura colonial, pero también se encuentra en modelos como el de Brasil y el de Costa Rica.

En Brasil, el SUS (Sistema Único de Salud), ofrece un modo de financiamiento basado en rentas generales, y una definición estratégica de prioridades y tareas a nivel central, que descentraliza acciones a nivel estadual y departamental, utilizando para ello prestadores públicos propios y proveedores privados contratados. Si bien la cobertura alcanzada es significativa, las diferencias regionales en términos de perfiles sanitarios y de ingresos conlleva a la presencia de seguros privados por fuera del modelo de cobertura universal, que supera el veinticinco por ciento de la población.

Costa Rica, por su parte, logra un modelo de cobertura universal mediante la combinación de esfuerzos del Ministerio de Salud, a cargo de la regulación del sistema y el desarrollo de actividades de promoción y prevención, en tanto que una red de médicos de familia funciona como contención sanitaria con enfoque de geo-referenciamiento. La atención de segundo y tercer nivel descansa -por su parte- en los prestadores hospitalarios estatales dependientes funcionalmente de la Caja Costarricense de Seguridad Social. De este modo, y a diferencia de otras naciones de la región, los recursos impositivos y de retenciones salariales y patronales se asignan para que las dos instituciones (Ministerio y Seguridad Social) distribuyan sus tareas dentro del sistema para cubrir a toda la población, en vez de focalizarse en grupos poblacionales diferenciales.

Los modelos de subsidio a la oferta fueron desafiados durante los años noventa, aduciendo ineficiencias en la asignación de recursos, y proponiendo en su lugar esquemas de aseguramiento social que tuvieran como fin la cobertura de paquetes específicos de servicios. Estos mecanismos de subsidio a la demanda contaron con la incorporación del sector privado y de la seguridad social como prestadores del subsistema público. En ocasiones, el objetivo fue determinar grupos sociales y prestaciones priorizadas que facilitarían la focalización de fondos estatales, como sucedió con el primer seguro materno-infantil de Bolivia, y con los modelos de complementación público-privada en algunas naciones de América Central, orientados a proveer cuidados preventivos y atención ambulatoria en zonas pobres y/o rurales. En estos casos, la participación de organizaciones no gubernamentales completaba el esquema de terciarización de los servicios ante un estado con poca capacidad institucional de respuesta a aquellos que más lo necesitaban.

En ocasiones, estos modelos debieron enfrentarse con grandes desafíos de sustentabilidad financiera: en la medida que sus fuentes de financiamiento descansaban en créditos externos, su implementación contaba con un período finito a partir del cual se volvía a la situación inicial. Asimismo, el subsidio puro a la demanda muestra incentivos a la selección adversa de pacientes con cuadros sanitarios más complejos, lo que redundaba en desprotección financiera a mediano plazo.

Del aprendizaje sobre las ventajas y desafíos de los modelos de subsidio a la oferta y a la demanda, se observan dos grandes líneas de reforma sectorial. La primera de ellas propuso mantener el modelo segmentado tradicional de los sistemas de salud latinoamericanos (en subsistemas públicos, privados y de seguridad social, para diferentes grupos de ingreso), mientras que otros propusieron avanzar en la construcción de Seguros Nacionales de Salud.

Dentro del primer grupo se encuentran los casos de Argentina y México, con el Plan Nacer (y el posterior Programa Sumar), y el Seguro Popular, respectivamente. En ambos

casos el espacio de intervención fue el subsistema público, de modo de implementar sobre el financiamiento histórico de infraestructura estatal (hospitales y centros de atención primaria), mecanismos de premios por desempeño, asociado con metas o trazadoras de cumplimiento. La articulación entre el Programa y el sistema público descansa en compromisos de gestión entre el ministerio central y los niveles subnacionales, orientados por la atención de la demanda en diversas líneas de cuidado y cumplimiento de funciones esenciales de salud pública.

Por su parte, la construcción de seguros nacionales de salud observa una trayectoria evolutiva, que muestra los procesos de aprendizaje en términos de política sanitaria regional. En todos los casos, se procuró aumentar la cobertura e incorporar niveles de coordinación entre el esquema tradicional público con los espacios contributivos dependientes del mundo del trabajo, teniendo como meta implícita la convergencia a un modelo integrado de seguridad social.

El caso chileno fue pionero en combinar esquemas de subsidio a la oferta mediante la estructura pública tradicional, con subsidios a la demanda, organizados a partir de seguros sociales y privados. El Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria, a cargo de la rectoría del sistema, y la fijación de políticas. Las regiones cuentan con representaciones, las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud, con crecientes niveles de delegación de tareas. Asimismo, la Superintendencia de Salud controla a las ISAPRES -seguros privados- y al FONASA -el Fondo Nacional de Salud, y fiscaliza a los prestadores de servicios. La provisión en el subsector público es responsabilidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, mediante Redes Asistenciales propias. En los '90s se incorporaron cambios en los mecanismos de asignación de recursos dentro del sistema público de salud, tales como descentralización financiera, capitas de atención primaria y pagos vinculados a desempeño y recuperación de costos.

El sistema público de salud se financia con aportes impositivos del tesoro nacional, tributos municipales y comunales. El sistema de seguridad social FONASA, y las ISAPRES cuentan con la cotización obligatoria de la población trabajadora en relación de dependencia. El esquema se completa con los pagos voluntarios a ISAPRES por parte de los trabajadores independientes, los bonos y aranceles fijados por el sistema de seguros a los hospitales públicos y privados, y los aportes directos del Estado al FONASA por aquellos grupos de menores recursos.

Los trabajadores activos y pasivos que cotizan al sistema de salud lo hacen al Fondo Nacional de Salud (FONASA), en cuyo caso la atención se concentra en el sistema público, o tienen como destino una Institución de Salud Preventiva (ISAPRE). El FONASA es una institución pública autárquica y descentralizada, que administra el fondo público como un esquema de reparto, con iguales beneficios independientemente de la

contribución y la escala familiar. Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, mediante una contribución del Estado. con la contribución previsional se garantiza el piso común de atención (Modalidad de Atención Institucional, MAI), pudiendo optarse por la Modalidad de Libre Elección (MLE), previo pago de bonos escalonados por niveles de ingreso, con acceso a establecimientos privados. En 2006, FONASA tenía una cobertura del 76,9% de la población, presentando una mayor proporción de afiliadas mujeres y ancianos que el sistema privado. Un 5,1% de la población no contaba con cobertura alguna.

El seguro privado de las ISAPRES opera en base a aportes individuales, existiendo instituciones con capacidad de inscripción de voluntarios (ISAPRE abierta). Estas empresas presentan planes poco atractivos para los individuos de mayor riesgo, permitiendo una selección adversa contra FONASA. Los prestadores contratados son las clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público de libre elección (MLE). Si bien no existen mecanismos de transferencia de recursos entre las ISAPRE y el FONASA, fue diseñado un Fondo de Compensación Inter-Isapre, que permite la existencia de subsidios cruzados dentro del sistema privado, principalmente para compensar la cobertura de enfermedades garantizadas por el GES.

Durante la última década, el sistema de salud chileno ha incorporado legislación orientada a formalizar un Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y Calidad en un conjunto de 66 (originalmente 25) patologías priorizados de la salud, en un plan universal de Salud (ex AUGÉ), recibiendo incentivos por cumplimiento (entrega una Cobertura Financiera Adicional, CFA), y facilitando la definición de copagos por grupo FONASA, hasta un tope máximo de garantía de cobertura financiera.

La reforma del sistema de salud de Colombia, mediante la Ley 100 de 1993, permitió la incorporación de conceptos clave para la discusión de las iniciativas de cambio en la organización sanitaria de América Latina, reforzando la creación de un modo de aseguramiento social en base a un paquete explícito de servicios, el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este modelo se coordina con una estructura de subsidio a la oferta, encabezada por el esquema tradicional público, cuya cabeza es el Vice Ministerio de Salud, que forma parte del Ministerio de Protección Social. Esta institución es la autoridad rectora del sector, que descentraliza en los departamentos la responsabilidad de gestionar los recursos estatales, hospitales y centros de atención, y que constituyen parte de la oferta del sistema de seguridad social. A partir de 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) ha sido reemplazado en su papel de regulador por la Comisión de Regulación en Salud (CRES). En tanto, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) es responsable de las actividades de inspección, vigilancia y control de los actores del SGSSS. Los departamentos y municipios cuentan con direcciones locales de

salud se concentran de la vigilancia del sistema de salud de sus respectivas jurisdicciones.

Financiado por contribuciones salariales y patronales de trabajadores formales, el esquema de seguridad social cuenta con dos modalidades: el régimen contributivo y el subsidiado, este último receptor de una canasta reducida (POS-S) de servicios. Las contribuciones previsionales son recibidas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades privadas que administran los fondos de los contribuyentes que las eligen, depositando en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) las diferencias entre los aportes y las primas que financian el POS-contributivo de los aportantes. En 2009 existían 37 EPS del régimen contributivo, 25 EPS del régimen subsidiado y 22 Cajas de Compensación Familiar que efectúan la misma labor de aseguradoras, con la función de organizar la afiliación de las personas y de administrar los servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud (POS).

El régimen subsidiado orientado a la población de menores recursos, opera con base en un subsidio cruzado del régimen contributivo a lo que se suman fondos fiscales procedentes de impuestos generales. El ingreso a este régimen requiere que sus beneficiarios sean escogidos mediante un Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), donde se categorizan las personas en seis niveles, siendo el nivel 1 el de mayor pobreza. Quienes se ubiquen en niveles 1 y 2 de esta evaluación, se encuentran cubiertos por el régimen subsidiado y deben inscribirse de manera libre a una EPS de ese régimen.

El Sistema de Seguridad Social en Salud originado en la Ley 100 y modificado mediante la Ley 1122 de 2007, ha separado las funciones de aseguramiento, administración de recursos financieros y prestación de servicios. Las EPS del régimen contributivo o subsidiado contratan la prestación de los servicios de salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que pueden ser de naturaleza pública o privada, abonando sus servicios bajo diferentes modalidades: retrospectivo por evento, prospectivo por grupo diagnóstico y, en ocasiones, por capitación a los prestadores de ciertos servicios. Más allá de ello, los afiliados del modo Contributivo abonan cuotas moderadoras. El régimen contributivo cubre acciones de promoción de la salud y prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y medicamentos. Para el régimen subsidiado se excluyen las acciones de segundo y tercer nivel, con excepción de la atención de niños menores de un año y mujeres embarazadas.

Fallas en el diseño de los incentivos entre el ente asegurador, las gerencadoras privadas y los prestadores públicos y privados, como también en las limitaciones del POS llevaron a una profunda judicialización del sistema, desencadenando un proceso de reajustes aún no concluido, dirigido a mancomunar recursos de la seguridad social.

Del mismo modo que el caso colombiano refleja un aprendizaje sobre la reforma chilena original, la Ley 18.211 de 2008 crea el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, que incluye enseñanzas de los dos anteriores. Basado en el Seguro Nacional de Salud (SNS) como resultado de un proceso iniciado en el año 2005, el objetivo estratégico de la reforma fue reducir la segmentación del modelo uruguayo de financiamiento y prestación, que impedía la coordinación eficiente de recursos.

En la actualidad, el SNS es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), con un Directorio de trabajadores, usuarios y prestadores. El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (ex DISSE Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad), con financiamiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), originados en aportes salariales y patronales. Quedan incluidos en el FONASA los trabajadores privados y públicos del sector formal, y sus dependientes hasta los 18 años.

Los contribuyentes eligen una institución administradora de sus contribuciones, y reciben prestaciones contratadas por las mismas en la red del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Estas instituciones administradoras son la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) para el caso de servicios públicos, o alguna de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), como prestadores integrales. Las IAMCs se originaron durante el régimen anterior como mutuales sin fines de lucro, con capacidad prestacional propia o contratando clínicas, sanatorios o profesionales del sector privado. Las mutuales se encuentran generalmente especializadas geográficamente a nivel de departamento, con gran presencia en Montevideo, la capital del país.

La JUNASA como administrador del SNS, establece contratos de gestión con los prestadores integrales, abonando una “cuota salud” por beneficiario a la institución pública o privada elegida por el aportante. Dicha cuota se encuentra compuesta por dos componentes: una capita común, fijada por el JUNASA, corregida por sexo y edad de los beneficiarios, y un premio por cumplimiento de metas asistenciales. Los contratos asimismo establecen obligaciones asistenciales e informativas, sujetos a sanciones por incumplimiento. Paralelamente, la población con empleo informal y desempleados reciben sus cuidados en la red de prestadores públicos.

El financiamiento del sistema se origina en impuestos que alimentan la red de instituciones y prestadores públicos (MSP, Intendencias Municipales de Montevideo -IMM-, y del interior del país, y ASSE). Asimismo, los aportes públicos financian instituciones de seguridad social específicas no integradas al nuevo sistema, tales como Sanidad Militar y, la Dirección Nacional de Sanidad Policial.

Los aportes públicos impositivos y surgidos de contribuciones obligatorias, financian el Fondo Nacional de Recursos (FNR), institución encargada de regular y administrar los

recursos para los tratamientos de alta complejidad de la totalidad del sistema de salud uruguayo. La prestación de estos se efectúa en instituciones de medicina altamente especializadas (IMAE), públicas o privadas. Finalmente, existen cuotas a seguros privados complementarios y empresas de emergencias móviles, pagos de bolsillo y copagos complementarios a las cuotas de seguridad social.

En la actualidad, se verifica un aumento de los recursos sectoriales vinculados con el incremento en las tasas de contribución laboral, y una redistribución de recursos hacia las instituciones dependientes de la JUNASA. Al mismo tiempo, se reduce el gasto de bolsillo de los hogares.

A modo de conclusión preliminar, el modelo chileno crea un fondo solidario - el Fondo Nacional de Salud (FONASA)-, como una institución única que recibe aportes y contribuciones salariales y los orienta a la contratación de servicios en instituciones públicas, las cuales mantienen sus ingresos de fuente tributaria. Sin embargo, persiste un importante sector de seguros privados (ISAPRES) que absorbe los aportes de los grupos de mayores ingresos y menor riesgo sanitario relativo. Esta realidad genera altos niveles de desigualdad de acceso, que en parte procuran ser limitados por la presencia de garantías explícitas.

Sobre este modelo, la reforma del sistema de salud de **Colombia** procura limitar los mecanismos de selección de riesgo en aseguramiento, constituyendo un fondo de redistribución en base a cápitas fijas sujetas a correcciones por sexo y edad. De este modo, y en base a un paquete establecido de garantías, se generan subsidios cruzados planeados entre individuos con diferentes salarios y riesgos. Sin embargo, la gran dispersión entre necesidades de atención en una nación con grandes brechas de acceso e ingresos, y la estructura de la garantía de derechos ha impedido avanzar de modo sistemático hacia una cobertura universal.

Este modelo es tomado por otras naciones de la región, dentro de las cuales se destaca el caso de **Uruguay**, que sobre un esquema similar genera premios por cumplimiento de metas asistenciales, al tiempo que avanza en la consolidación de un Fondo Nacional de Salud con estructura normativa única para todo el país.

5- Marco de Análisis sobre Políticas, Conductas e Incentivos

Pensar una estrategia de cambio sectorial en un contexto como el que brinda el sistema de salud argentino requiere generar espacios de construcción de consensos en base a un plan de acción de mediano plazo. Como fuera mencionado en páginas previas, la estructura de descentralización del subsistema público nacional no cuenta con paralelos en los modelos regionales, incluso con aquellos con estructuras federales de gobierno.

La descentralización de fondos para su gestión subnacional, como ocurre en Brasil, México, Chile o Colombia (los dos primeros, de estructura federativa; los segundos, con modelos unitarios) no son replicables en el modelo local. A diferencia de ellos, en Argentina la independencia provincial para regular, financiar y establecer pautas de aseguramiento exceden lo observado en otros países. Por ello, el diseño de un plan federal necesita de un Consejo Federal de Salud activo, con una hoja de ruta clara sobre los roles a ser desempeñados por el Ministerio federal hacia futuro.

Por su parte, el esquema de garantías de derechos a ser respetados por los seguros sociales en Argentina es extremadamente amplia y en ocasiones pobremente reglamentada para su aplicación. Estas características separan al caso argentino de otros con paquetes de servicios más reducidos (Colombia, Chile), o reglamentaciones más estrictas para su implementación (Chile, Uruguay). Con la única excepción de Uruguay, no existe en la región latinoamericana un sistema solidario tan extendido basado en el empleo formal, aunque también fuertemente desconcentrado entre instituciones. Ello requiere de una autoridad supervisora que brinde pautas comunes para orientar no sólo el gasto y el uso de tecnologías, sino también que provea un marco de normas que impulse cambios en el comportamiento de prescripción y consumo de servicios de salud.

Asimismo, el protagonismo del sector privado en el modelo argentino, fundamentalmente en la prestación de servicios de salud es muy marcada, requiriendo su participación en cualquier modelo de cambio a futuro. La falta de prestadores propios -con excepciones- en la provisión de servicios de Obras Sociales y empresas de medicina privada lleva al desarrollo de complejos y cambiantes mecanismos de pago entre gerenciadorees y prestadores.

La multiplicidad de escenarios provinciales, con disponibilidades diversas de recursos humanos y tecnologías, impulsa la proliferación de arreglos contractuales, donde diferentes poderes de negociación disparan un abanico de situaciones, incluso al interior de una misma provincia. Las capacidades de negociación de instituciones de gran escala a nivel nacional (PAMI, Obras Sociales Nacionales de alcance federal y número de beneficiarios/as significativos) o provincial (las Obras Sociales específicas de cada jurisdicción) cuentan con destacada experiencia en gestión.

Ello genera espacios de contratación claramente diferentes a aquellas otras instituciones de menor escala y/o ingreso promedio, impidiendo que un mismo paquete de servicios sea efectivamente brindado de modo homogéneo entre grupos con distinta cobertura. Incluso, las capacidades de cada entidad gerenciadora (Obra Social o prepaga) para gestionar los gastos vinculados con la alta complejidad son extremadamente diferenciadas, con ahorros o pérdidas de eficiencia distributiva significativas, dependiendo del caso bajo observación. Generar espacios de convergencia a gestiones asociadas aportarían capacidad resolutoria a menor costo. Asimismo, avanzar en figuras

contractuales tales como consorcio de compras y esquemas colaborativos de gestión de recursos permitiría orientar la operatoria hacia estadios de mayor eficiencia.

En algunos países, donde el esquema de cobertura universal descansa en modelos protagónicos de oferta pública (Costa Rica, Brasil), la tensión en la cobertura de las enfermedades de alto costo recae en la capacidad estatal de gasto. En otros modelos, se procura concentrar la compra de estos servicios en entidades únicas, avanzando en esquemas de aseguramiento social con prestación privada o mixta (como es el caso del Fondo Nacional de Recursos en Uruguay, o el FONASA en Chile). La institución con características similares en nuestro país es el Sistema Único de Reintegros de la seguridad social nacional, cuyo espacio de injerencia se limita al 35% de la población con cobertura formal.

Dicho de otro modo, la convergencia hacia un modelo más equitativo y eficaz en la asignación de recursos en nuestro país implica un esfuerzo de coordinación mayor que sus pares regionales. Sin embargo, y a diferencia de la mayoría de ellos, parte de un piso de recursos y garantías no equiparable, que supera en algunos casos las pautas establecidas en naciones desarrolladas.

A fin de presentar el debate sobre potenciales líneas de trabajo en pos de una reforma sectorial, se propone considerar la existencia de tres espacios de intervención:

- (i) **sobre las condiciones básicas en las cuales opera el sistema de salud** (los determinantes sociales de la salud, tales como niveles de ingreso y su distribución, acceso a servicios de agua y saneamiento, polución ambiental, acceso a educación formal y las brechas entre grupos sociales);
- (ii) **sobre la estructura del sistema (las instituciones y actores participantes en el funcionamiento del sector**, donde se pueden identificar: pacientes, hospitales y sanatorios, médicos y otros trabajadores de la salud, seguros privados y sociales, asociaciones médicas y de clínicas y sanatorios, colegios y sindicatos de trabajadores del sector, productores de insumos, tecnologías y medicamentos, poderes políticos legislativos, ejecutivos y judiciales, asociaciones de usuarios/as, organismos internacionales, etc.);
- (iii) **sobre las conductas o acciones de aquellos actores que operan dentro del sistema**, entre las que pueden mencionarse: patrones de prevención y conductas saludables de la población, mecanismos de pago en salud, estructuras de contratos entre gerenciadorees y prestadores del sistema, descuentos en medicamentos, velocidad de incorporación de cambio tecnológico, espacios de inducción de demanda por parte de la oferta prestacional, entre varios otros.

- (iv) **sobre el marco de consenso entre los tres poderes públicos** para establecer responsabilidades y alcances de cada subsistema en función de los recursos disponibles y la población a cargo de cada uno.

Dados ciertos determinantes sociales, el sistema de salud, organizado según el esquema de cada país, genera conductas y vínculos entre sus actores, dando como resultado un vector de indicadores sanitarios. El mismo puede ser visto tanto en términos de la salud poblacional (esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil, etc.), como del sistema sanitario (tasas de vacunación, cantidad de consultas/año por habitante, equidad en acceso a servicios o medicamentos, tasa de embarazo adolescente, etc.).

Observados los resultados de salud alcanzados por el sistema, la autoridad sanitaria pública decide influir sobre estos distintos espacios (condiciones básicas, estructura, conducta), a fin de modificar los indicadores de desempeño sectorial. Estas intervenciones, tienen a su vez tres modos de acción: a través de normas y regulaciones, mediante decisiones de financiamiento, y/o por el desarrollo de espacios de producción/prestación de bienes y servicios en salud.

Una política regulatoria tiene como fin establecer pautas a partir de las cuales ordenar el funcionamiento del sistema, enviando señales a los distintos actores intervinientes. A modo de ejemplo, regular el emplazado de un plan urbano permite establecer reglas sobre las condiciones básicas del sistema de salud, a fin de evitar polución de distintos tipos.

Por otra parte, la certificación de establecimientos sanatoriales o de productos farmacéuticos opera sobre el espacio de la estructura, definiendo quienes participan del funcionamiento sectorial. Alternativamente, el Estado puede influir normativamente en las conductas, al incorporar, por ejemplo, nuevas prestaciones en el plan obligatorio de salud de la seguridad social.

Este mismo análisis puede aplicarse en el modo de intervención a través de la acción de financiamiento: ampliar la red de agua potable con proveedores del Estado (sobre las condiciones básicas), involucrarse en la compra mediante licitación de medicamentos para la atención de necesidades del primer nivel de atención (sobre la estructura), o implementar un plan de ingresos condicionados a cuidados de salud (sobre la conducta).

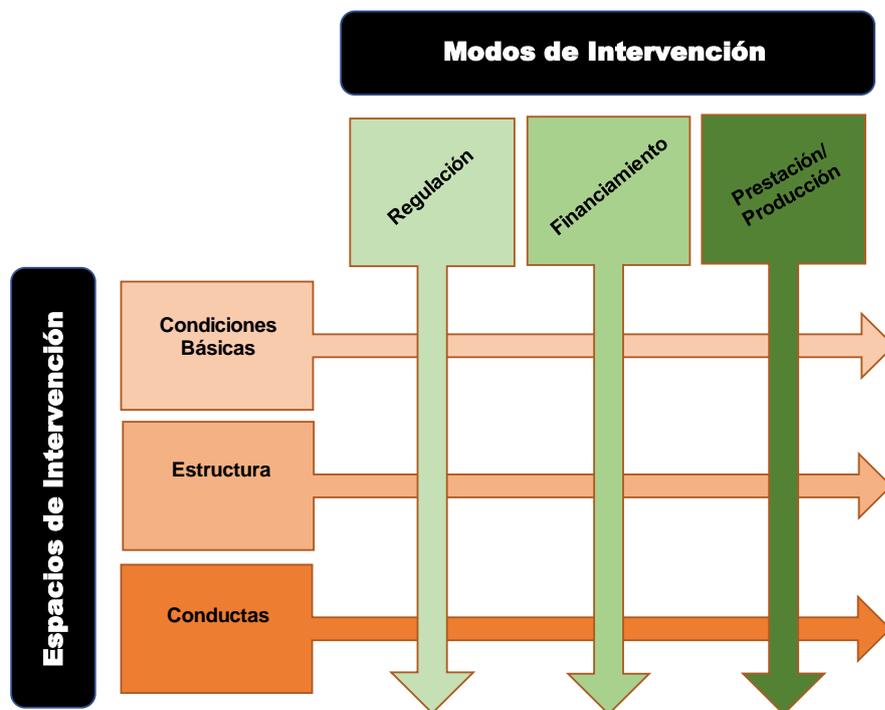
Finalmente, la función de producción/prestación directa podría ser capaz de brindar educación pública a la población, operando sobre los determinantes sociales, a fin de inculcar hábitos saludables; o ampliar la red de centros de atención primaria y hospitales, facilitando el acceso a quienes no cuentan con recursos económicos para hacerlo. La creación de una oficina de evaluación de tecnologías sanitarias cumpliría el

papel de generar conocimiento a fin de orientar las conductas de prestación y utilización de los participantes del sistema de salud.

Desde esta perspectiva, los espacios de intervención estatal en el sistema de salud pueden considerarse como un conjunto de herramientas de diferente naturaleza, agrupadas en nueve vectores de acción del Estado. La siguiente Figura resume lo discutido párrafos arriba.

Figura 2

Menú de Intervenciones Estatales en Salud



Cuál de estas alternativas de intervención es aquella más efectiva y se ajusta a las necesidades de un país en un momento determinado, depende no sólo de los recursos disponibles, sino también de la capacidad institucional del gobierno para fijar reglas dentro del mapa de actores sectoriales. A partir de allí, se establece en qué medida el andamiaje regulatorio fijado por la autoridad sanitaria tiene influencia sobre la toma de decisiones de los diferentes grupos participantes.

El *policy making process* del sector, por tanto, influye y es influido por los espacios de gobernabilidad, facilitando (o no) el alineamiento de intereses, y generando (o no)

espacios de cooperación para alcanzar acuerdos básicos sobre objetivos sociales y modos de alcanzarlos.

En un país donde la participación del gasto público del ministerio nacional es relativamente baja (en comparación con sus pares provinciales), el desafío de gobernanza es particularmente elevado. Un marco regulatorio sólido, con protocolos que definan explícitamente derechos y prestaciones constituye una herramienta imprescindible para la equidad sectorial y para la eficiencia asignativa. Desvíos de esta pauta normativa disparan señales equívocas a la población, a los prestadores y financiadores del sistema, como así también a las instituciones legislativas y judiciales que participan en el proceso de identificación y tratamiento de la garantía de derechos.

Dentro de este marco, el concepto de protección financiera de los hogares, y la reducción del gasto financieramente catastrófico y empobrecedor ganó durante años la discusión académica en todo el mundo (Lustig, 2001; Wagstaff y Van Doorslaer, 2002; Xu et al., 2003, entre otros), con estudios y aplicaciones particularmente significativas en América Latina (Baeza et al., 2006; Knaul et al., 2012).

6- Elementos para una Agenda de Política

A la luz del marco analítico de la sección previa, los espacios regulatorios, particularmente sobre la conducta de los actores participantes en el sector, ofrecen el mayor significado de intervención en el caso argentino, a fin de capitalizar los logros alcanzados, avanzar en un plano de mayor eficiencia asignativa y profundizar en la equidad en el acceso.

Como fuera planteado en páginas previas, el modelo público de salud descentralizado que se observa en el país no es un producto derivado necesariamente de su condición federal. En otras naciones con esquemas políticos similares, la descentralización se verifica en el espacio de la gestión y prestación de servicios, donde es posible avanzar en una mejor identificación de las necesidades de la población, estableciendo los mecanismos de uso de recursos que se adapte a las realidades subnacionales. Por su parte, la autoridad nacional mantiene la mayor responsabilidad en materia regulatoria y de aseguramiento, estableciendo reglas comunes para el conjunto sectorial, y facilitando un acceso equitativo.

Con el fin de evitar la dispersión de las capacidades normativas y de aseguramiento se requiere de esfuerzos de coordinación, e instituciones con poder de convergencia de distintas autoridades sanitarias. Se espera un esquema de cobertura uniforme, que no traduzca diferencias de ingreso entre jurisdicciones en brechas de acceso y capacidad de resolución.

La presencia del Consejo Federal de Salud (COFESA) dentro de la órbita del Ministerio Nacional requiere entonces ser fortalecida y complementada por mecanismos de financiamiento que faciliten esa convergencia a un modelo único de salud. En algunos casos, tal convergencia se encuentra en desarrollo, como es la experiencia de residencias médicas unificadas en criterios federales. En otros, sólo se descansa en la capacidad de generar incentivos en programas nacionales (Remediar, Sumar) con resultados dispares, dependiendo de la institución, del caso provincial analizado, y de la gestión nacional de tales iniciativas.

Las instituciones nacionales deben profundizar un proceso de homogenización de pautas y reglas de comportamiento para los servicios de salud, protocolizando procesos, fortaleciendo no sólo a los centros de salud, sino al vínculo entre promotores/as, centros de primer nivel y referencia a niveles superiores, con pautas planificadas de acceso y derivación. Sobre estos espacios es donde la autoridad nacional necesita coordinar su capacidad de apoyo técnico y logístico con las autoridades provinciales.

Los esfuerzos de nominalización de la población a cargo del subsistema público, la definición de pautas de georeferenciamiento de pacientes, y el establecimiento de metas prestacionales a partir de las cuales se establecen mecanismos de seguimiento e incentivos por cumplimiento, constituyen parte del menú de opciones de política implementadas en la región. Ellas han tendido éxito en los casos de México, Uruguay y Chile, cada uno de ellos con características idiosincráticas de aplicación.

La utilización de recursos existentes en el sector, a partir de la reorientación de las conductas de sus actores, constituye probablemente uno de los mayores desafíos tanto a nivel macro sectorial, como meso -en el funcionamiento de redes por líneas de cuidado- y también de microgestión -a nivel de hospitales y centros de salud-.

Particularmente compleja es la coordinación entre los programas específicos por grupo poblacional o de enfermedad (materno-infantiles, salud adolescente, salud sexual y procreación responsable, enfermedades transmisibles y/o no transmisibles) con los servicios de primer y segundo nivel de atención. Tanto las unidades programáticas dependientes del gobierno nacional, como las de sus pares provinciales, ven dificultarse sus espacios de acción en la medida que el nivel de prestación de servicios no depende de tales programas. Al mismo tiempo, los/as referentes de los centros de salud y hospitales son el mecanismo de prestación de servicios de gran parte de estas iniciativas, por lo que es necesario recrear (en algunas provincias) y fortalecer (en otras) los nodos de coordinación de actividades y definición de prioridades. Ellos se encuentran generalmente ubicados en los espacios articulados por Areas Programáticas o similares de cada provincia, desde las cuales se coordinan las acciones regionales de intervención.

La seguridad social no se encuentra exenta de estos desafíos. Las brechas de coordinación existentes entre las obras sociales provinciales y los ministerios de salud de

la misma jurisdicción impiden en gran parte de las jurisdicciones argentinas, poder aprovechar la amplia red de prestadores públicos y privados dependientes del conjunto de ambas instituciones.

En algunas provincias, los espacios de acción conjunta entre estos dos influyentes actores públicos locales han permitido reducir la presencia de transferencias no planeadas de riesgo sanitario y financiero entre ellas, favoreciendo un espacio de cobertura compartida que facilita el uso de recursos y la planificación de actividades. Sin embargo, en la mayoría de los casos tal coordinación estratégica no se verifica, segmentando el acceso y aumentando las brechas de cuidado.

La experiencia de Costa Rica, donde el Ministerio de Salud nacional y la Caja Costarricense de Seguridad Social trabajan conjuntamente en la definición del modelo prestacional, puede servir de ejemplo para la acción de las provincias. En el caso de la nación centroamericana, se decidió -en vez de asociar cada institución con un grupo de población a cargo (menores ingresos al subsistema público y empleados/as formales y sus familias a la seguridad social)- dividir las responsabilidades por funciones. De tal modo, el ministerio nacional lleva a cabo las tareas de regulación, seguimiento, y cumplimiento de funciones esenciales de salud pública, en tanto que la seguridad social se encuentra a cargo de la gestión de todos los establecimientos públicos. Ello facilita la atención igualitaria y promueve la reinversión de recursos provenientes tanto de la esfera impositiva como de las contribuciones salariales y patronales. Tales parámetros de coordinación de acciones sanitarias -aunque definidos en base a las características de cada provincia- pueden ser incorporados como insumos para un plan de cobertura ampliada, con perfiles de atención definidos y garantías de derecho homogéneas entre subsistemas.

Por su parte, las instituciones nacionales de la seguridad social muestran algunas fortalezas y otros espacios de análisis, que diferencian su funcionamiento con respecto a las estructuras eminentemente públicas (Ministerios/Secretarías y Obras Sociales Provinciales). Ellas deben abordarse en una primera instancia como requisito básico, antes de buscar espacios de convergencia con la esfera estatal del sistema.

Como fortaleza común, todas estas instituciones cuentan con un espacio normativo común -la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)- con capacidad de seguimiento, tanto de los fondos asignados y la gestión de reintegros del SUR, como en la definición de garantías de derechos -el Programa Médico Obligatorio- y de los subsidios cruzados surgidos de su implementación -el Fondo Solidario de Redistribución-. La SSS puede ser vista no sólo como un mecanismo de control, sino como una plataforma de generación de normativas que orienten los patrones de prescripción y consumo de bienes y servicios de salud, al tiempo que facilite la definición de umbrales de calidad en los establecimientos prestadores asociados con las Obras Sociales Nacionales.

Asimismo, la SSS tiene registro de contratos entre sus instituciones supervisadas y los proveedores de servicios, lo que eventualmente podría aportar al diseño de pautas de remuneración e incentivos, fortaleciendo la ya desarrollada capacidad de gestión de las Obras Sociales. Dentro de estas instituciones, es necesario potenciar su papel como articulador entre las necesidades de la población y el sistema sanitario, donde radica gran parte de los desafíos de cualquier sistema de salud: diseño de mecanismos de pago, estructuración de redes sanitarias, identificación de buenas prácticas prestacionales, gestión de contratos con proveedores de insumos y medicamentos de internación, generación de incentivos para el consumo eficaz de medicamentos.

Como elementos para el diseño de una agenda sectorial en el área de seguridad social, se resaltan cuatro elementos: (i) la apoyatura de la SSS en la definición de reglas que faciliten la gestión, particularmente en términos de evaluación de tecnologías sanitarias; (ii) la construcción de redes de prestadores en el primer nivel que permitan un uso eficaz de recursos, mediante políticas de prevención y detección temprana de enfermedades crónicas; (iii) el continuo perfeccionamiento del Sistema Único de Reintegros, como modo de reducir el impacto de enfermedades financieramente catastróficas sobre las familias y las instituciones de la seguridad social, a cargo de la gestión de recursos; y (iv) la identificación de barreras de escala en el funcionamiento de múltiples instituciones de seguridad social -sin comparación en el ámbito latinoamericano-, que limitan la efectividad del sistema en su conjunto.

El contraste de estos elementos en la agenda latinoamericana de reformas sanitarias, también permiten extraer enseñanzas para el caso argentino. Entre ellos se encuentra: la definición explícita de derechos presentada en Chile a partir del plan de garantías explícitas, que puede incorporarse al diseño institucional del SUR, facilitando la ampliación de cobertura, incluso entre subsistemas. Por otra parte, la experiencia del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay permite analizar otros mecanismos de cobertura de las enfermedades de alto costo, buscando también una generalización desde el subsistema de Obras Sociales Nacionales, y que sea tomado como ejemplo para un mecanismo nacional de cobertura de altos riesgos.

En otro orden, la reforma uruguaya muestra algunos de los logros y desafíos de combinar instituciones de seguridad social, con amplia capacidad de gestión y recursos asignados desde la autoridad sanitaria pública, permitiendo aportar al debate sobre cómo diseñar instrumentos de subsidio cruzado planificado entre poblaciones con diferentes capacidades de pago. El caso del país vecino muestra un esquema de transferencias de recursos desde el FONASA (la institución clave de la seguridad social) y las mutuales (paralelo de nuestras obras sociales), mediante capitas corregidas por sexo y edad, complementadas con premios por desempeño en el alcance de metas, lo que favorece la competencia entre instituciones en término de gestión de recursos.

Si bien la disponibilidad y el acceso equitativo a nuevas tecnologías sanitarias representan una potencial mejora para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, constituye al mismo tiempo un determinante clave en el crecimiento del gasto en salud. Desde una mirada sistémica, los mecanismos de protección en el sector sanitario se encuentran ante un desafío creciente: cómo sostener/aumentar los niveles de cobertura y calidad sin arriesgar su sustentabilidad financiera, al tiempo que no se transfieran a los/as usuarias/os mediante pagos de bolsillo (copagos, etc.) los costos adicionales de esta dinámica.

Teniendo en cuenta que las necesidades en salud son ilimitadas, aún en contextos de alta capacidad de gasto, tanto público como privado, y los recursos son siempre relativamente escasos, es necesario evaluar el verdadero aporte de cada una de estas tecnologías. Ya no se trata de discutir si los Estados deben, o no, tomar decisiones sobre qué tecnologías financiar, sino cómo hacerlo.

Dentro de este contexto, y a la luz de la renovada importancia que toman estas iniciativas en el ámbito nacional, se hace particularmente relevante avanzar en un debate informado sobre los objetivos y alcances de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS).

El concepto de protección financiera en salud surge directamente de este postulado. Un sistema de salud, regulado desde el Estado, debe gestionar o coordinar la gestión de recursos (públicos y privados) para que el acceso no se vuelva financieramente catastrófico o empobrecedor para las personas.

Proteger este espacio de definición de garantías fortalece la capacidad y la autoridad del modo de aseguramiento, enviando señales a usuarios y oferentes de servicios sobre los tratamientos más eficaces. Ello facilita el control de los recursos utilizados, beneficiando aquellas intervenciones que hagan maximizar la cobertura y la efectividad de la inversión social en salud. Por el otro, la definición de garantías facilita la toma de decisiones, aislando presiones y conflictos de intereses. En la medida que ello sucede, los riesgos de judicialización se reducen.

Las experiencias internacionales muestran, sin embargo, que aún quedan espacios vacantes a ser abordados, y también ofrecen correlatos de interés a la luz de la nueva normativa federal sobre esta temática en Argentina.

La presencia de instituciones de este tipo permite coordinar los ámbitos regulatorios puros (ANMAT en el caso local) con aquellos de evaluación -por un lado- y de toma de decisiones -por el otro-, normalmente desempeñados estos últimos por el Ministerio de Salud. Tales instituciones fortalecerían los ejes de acción de las Obras Sociales Nacionales, con capacidad de incidencia en las estructuras provinciales. De tal modo, estos actores contarían no sólo con espacios solidarios dentro y entre instituciones de seguridad social, sino también con instrumentos de planificación y gestión racional.

Maceira (2018b, 2018c) muestra que en Argentina existe una política de protección financiera sostenida en el tiempo, poco comparable con otros países, que requiere de esfuerzos adicionales para promover mayor eficiencia asignativa.

Esta eficiencia asignativa, sin embargo, amerita decisiones que potencien la acción regulatoria de la SSS, permitiendo una mayor calidad gerencial entre las instituciones supervisadas. Ello incluye emitir señales a todos los actores sectoriales para que orienten la asignación de recursos y promuevan prácticas prescriptivas que aporten a la gobernanza del sistema como un todo. Ello involucra: inclusión de nuevos mecanismos de prevención en el paquete de garantías, facilitar la presencia de economías de escala, y eventuales asignación de recursos

Más allá de ello, la presencia de brechas entre Obras Sociales -en términos de cantidad y riesgo de la población a cargo, como de aportes promedio por afiliado/a- sugiere una agenda de trabajo futura, dada las limitaciones actuales de la información disponible.

Ello permitirá perfeccionar la información existente y lograr mayor profundidad en el estudio de los indicadores de desempeño. La disparidad en los indicadores disponibles entre obras sociales vinculadas a prevalencia de enfermedades catastróficas y niveles de riesgo relativo de cada institución, como así también de la cantidad de beneficiarios cubiertos por cada una de ellas, exige avanzar en una agenda de análisis de procesos. Estos tienen como fin identificar cuellos de botella en los mecanismos actuales de facturación, aceptación de cargos y reintegros. Asimismo, se debe abordar desde una mirada de protección financiera las capacidades relativas de cobertura del mismo PMO por diferentes instituciones de seguridad social, que afectan la eficiencia del sistema en los modos de gestionar compras de insumos y contratación de prestadores.

La presencia de instituciones con limitadas cantidades de beneficiarios, tanto por jurisdicción y a nivel nacional, convoca a un espacio de debate intra-sector para identificar mecanismos de partenariado, fusiones y/o asociaciones cooperativas entre obras sociales, que faciliten la gestión de recursos y fortalezca la misión solidaria de la seguridad social, respetando las particularidades jurídicas de cada caso. La discusión de pautas internas para avanzar en una menor segmentación sectorial podría facilitar la construcción de acuerdos entre instituciones, llevando a consensos para una convergencia que potencie la gestión y aumente los espacios de cobertura.

La acción coordinada del ente regulador (la SSS a través del PMO y el sistema de reembolsos), y un espacio de seguridad social fortalecido a partir de la convergencia de las unidades de gestión, se podrá operar en la evaluación de los mecanismos actuales de compra y contratación. La gestión individual por institución probablemente logre alcanzar niveles aceptables de eficiencia en las Obras Sociales de gran envergadura, aunque probablemente sea difícil de viabilizar entidades de baja cantidad de beneficiarios y/o en jurisdicciones con bajo número de asegurados.

Desde allí será posible el diálogo entre las instituciones de la seguridad social caracterizadas por su capacidad de fijación de reglas en financiamiento, aseguramiento y gestión de recursos. Tal dialogo debe potenciarse, incorporando en ese intercambio a referentes sanitarios nacionales y provinciales del sector público. De esta interacción podrá avanzarse en un plan consistente de convergencia a mayor cobertura bajo parámetros de priorización socialmente aceptados.

Una asignatura pendiente en cualquier esquema de cambio sectorial es la definición del papel a ser llamado a cubrir por el PAMI. Esta institución constituye la primera fuente de recursos del sistema, dependiendo de ella la mayoría de los prestadores públicos y privados del país. Su amplio poder de incidencia puede influir en la dirección a ser tomada por la organización del sistema de salud en su conjunto. Este poder, por otra parte, incorpora un significativo riesgo sanitario, derivado del tipo de población a su cargo. Desarticularlo, según algunas opiniones, llevaría a una distribución de pacientes con mayor demanda potencial del sistema entre las obras sociales que conformen el modelo de seguridad social futuro. Por otra parte, sin embargo, se debilita la posibilidad de un espacio de gestión con impacto directo en la prestación de servicios.

7- Conclusiones y Debate

El debate sobre envejecimiento poblacional y su impacto en el sistema de salud ha sido materia de análisis a nivel nacional e internacional (Lee et al, 2010) durante los últimos años. Cómo los sistemas de salud logran incorporar estas demandas en su estructura de funcionamiento, y cuál es la efectividad de tales instrumentos en términos de satisfacción de necesidades y equidad distributiva es aún un tema abierto.

El concepto de gobernanza en salud refiere a la capacidad de las autoridades sanitarias de identificar, diseñar e implementar mecanismos que logren alinear las conductas de los actores participantes del sector, orientándolas al logro de objetivos y metas consistentes con las necesidades de la población y su diversidad.

En el marco de un sistema de salud, y en la búsqueda de una mayor cobertura sanitaria, tres elementos son clave para el análisis de política:

La definición de esquemas coordinados de aseguramiento a nivel nacional, que reduzca las ineficiencias en la definición de prioridades y las brechas de acceso entre subsistemas; y que tales prioridades se encuentren protocolizadas, a fin de reducir la discrecionalidad en la toma de decisiones, (Maceira y Espínola, 2017).

Más allá de los esquemas de protección basados en subsidios a la oferta o transferencias de recursos mediante modelos de financiamiento por resultados, la identificación de las enfermedades prevalentes de alto costo y con mayor exposición financiera para las

familias deben contar con pautas específicas de financiamiento y subsidio cruzados planeado entre grupos sociales con distintos niveles de riesgo e ingreso relativo.

Este modelo de reaseguramiento del sistema sanitario, a fin de converger a una cobertura universal, requiere de ampliar su población cubierta, incorporando las instituciones ministeriales públicas provinciales y sus pares de la seguridad social. Su construcción amerita de una hoja de ruta donde las funciones de aseguramiento son transferidas, así como los recursos asociados, a entidades apoyadas en pautas estrictas de eficiencia asignativa, protocolos de cobertura y financiamiento, y control social.

En este documento se analizó la morfología del sistema de salud argentino desde la mirada de sus esquemas de financiamiento y aseguramiento, estableciendo pautas de comparación con otras naciones de la región, y su evolución a lo largo del tiempo.

Se observa que la centralidad del financiamiento provincial en el subsistema público repercute en la capacidad de brindar una salud homogénea y equitativa entre jurisdicciones, afectando fundamentalmente a las provincias de menor capacidad relativa de inversión de recursos.

Un elemento definitivo en la discusión sanitaria se atribuye al gasto de bolsillo de las familias. Dentro de él, la significancia de las erogaciones en medicamentos es protagónica, por tanto, un planteo estratégico a futuro demanda la definición de una política de medicamentos integral, que mantenga los logros alcanzados y avance en espacios de compras mancomunadas, no sólo entre hospitales sino entre provincias. Estos espacios de compras coordinadas deben complementarse con políticas que profundicen los patrones de prescripción por nombre genérico, una política de amplio impacto presupuestario no sólo en el subsistema público de salud.

Por su parte, el subsistema de seguridad social expone la existencia de instituciones de gran valor estratégico al momento de afrontar la gobernanza del sector, aunque también presentan fuertes desafíos para el debate. En primer lugar, la necesidad de coordinar políticas y estructuras comunes de garantía de derechos y establecimiento de prioridades en función de reglas conocidas y homologadas por la sociedad.

En segundo lugar, estudiar las opciones de cobertura del riesgo epidemiológico, y sus efectos en términos de protección financiera, de una institución organizada en torno de la atención de la tercera edad, sin capacidad de interacción con otros espacios de la seguridad social en estadios de edad más temprana.

En tercer lugar, la necesidad de abordar un debate sobre el alcance desigual de las Obras Sociales Nacionales. Algunas de ellas, de amplia cobertura en cantidad de beneficiarios y capacidad financiera suficiente, se identifican como modelos de gestión para explorar, compartiendo experiencias con el sistema de salud en su conjunto. Por el otro lado, un grupo de menor escala sugieren el debate sobre su viabilidad individual,

Documentos de Trabajo CEDES 144/2018

requiriendo de soluciones solidarias y eficaces que maximicen los recursos existentes en el sector.

No es posible la construcción de un modelo de cobertura universal sin una homogenización de reglas, que faciliten la mejor asignación de recursos, potenciando la calidad de los servicios brindados y la equidad en su acceso. La persistencia del modelo fragmentado no habilita una hoja de ruta sino a partir de consensos básicos, que hagan del enunciado de la garantía del acceso a la salud una realidad observable para cualquier habitante del país.

8- Referencias

- Aran, D.; Laca, H. (2011) "Sistema de salud de Uruguay, *Salud Publica Mex*, n° 53, vol. 2:265-274.
- Baeza, C. y T. Packard, (2006) *Beyond survival. Protecting household from health shocks in Latin America*. Washington, Standford University Press - The World Bank.
- Castaño, R.A.; Arbelaez, J.J.; Giedion, U. y Morales, L.G. (2001) "Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud", *CEPAL, Serie financiamiento de desarrollo*, n° 108, Santiago de Chile.
- Bitrán y Asociados - MINSAL, (2004) "Métodos de pago para el Plan AUGE y para las demás atenciones financiadas por el sistema público de salud en Chile", Santiago de Chile.
- Knaul, F.; Wong, R.; Arreola-Ornelas, H. (2012) "Financiamiento de la Salud en América Latina, Volume 1: gasto de hogares y empobrecimiento" (Colaborador), Ed., Global Equity Initiative, Harvard University.
- Flórez; C.E.; Giedion, U. y Pardo, R. (2008) "Financiamiento de la salud y gasto de los hogares en salud. El Gasto Catastrófico y Empobrecedor en salud en Colombia", *CEDE, Facultad de Economía Universidad de Los Andes*.
- Gattini, C. y Alvarez Leiva, J. (2010) "Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile", *Serie Técnica de Análisis de Situación - PWR CHI/11/HA/01, Organización Panamericana de la Salud*.
- Giedion, U.; Ávila, A.; Flórez, C.E. y Pardo, R. (s.d.) "Financiamiento de la salud y gasto de los hogares en salud. El diseño del sistema colombiano de salud y su relación con la protección financiera", In *Health Systems Analysis: Health Systems Financing, Financial Risk Protection Through Health Systems Development in Latin America and the Caribbean*, Knaul FM, Wong R, Muiser J, Guerrero R and Arreola Ornelas Eds. Harvard University Press-IDRC-FUNSAUD. Boston, MA.
- Guerrero, R.C.; Gallego A.; Becerril Montekio, V.; Vásquez, J. (2011) "Sistema de salud de Colombia", *Salud Publica Mex*, n° 53, vol. 2: 144-155.
- Lustig, N. (2001), *Shielding the poor. Social protection in the Developing World*. Washington DC: Brookings Institution Press.
- Maceira, D. (2018a) "Cobertura de Enfermedades de Alto Costo, y el Accionar del Sistema Único de Reembolso en Argentina. Pautas para un análisis de equidad asignativa", Documento de Trabajo no.128, CEDES-Preservar Salud.
- Maceira, D. (2018b) "Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza". Documento de Trabajo, CEDES-Preservar Salud.
- Maceira, D. (2018c) "Evolución de la Protección Financiera en el Sistema de Salud Argentino. El Papel de la Seguridad Social". Documento de Trabajo, CEDES-Preservar Salud.

Documentos de Trabajo CEDES 144/2018

- Maceira, D. (2018d) “Arreglos institucionales para la protección en salud de la tercera edad. El caso de Argentina”, mimeo.
- Maceira, D. (2017) “Distribución de los Resultados Sanitarios en Niñez en América Latina, y la reducción en la brecha de equidad”, Documento de Trabajo CEDES-UNICEF no.124.
- Maceira, D. (2014a) “Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina”, Documento de Trabajo Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), no.122.
- Maceira, D. y Espínola, N. (2017) “Garantía de Derechos, Protección Financiera y el Papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Aportes para el Caso Argentino”, Documento de Trabajo CEDES-Preservar Salud.
- Maceira, D. y S. Olaviaga (2011) “Mapa de Actores del Sector Oncológico en la Argentina”, (Coautor) Revista de Salud Pública, (XV), 1: 17-28, Junio.
- Ministerio de Salud (2010) “Objetivos Estratégicos en salud”, Chile.
- Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay - División Economía de la Salud (2010) “Cuentas Nacionales de Salud Uruguay”, Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2009^e) “Perfil del Sistema de Salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma”, Washigton D.C., tercera edición.
- Wagstaff, A. y Van Doorslaer; E. (2002) “Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98.”
- Xu, K., D. Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavusy C. Murray, (2003) “Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”. The Lancet, 362.