

Salud



Daniel Maceira

Junio 2021

# El sistema de salud como construcción colectiva

# El sistema de salud como construcción colectiva

Notas para un debate

Daniel Maceira



# Índice

El sistema de salud como construcción colectiva	4	Motivación
	5	El planteo
Notas para un debate	7	Qué tenemos
	10	La experiencia regional
	13	Debate
	17	Bibliografía

# Motivación

Incorporar la temática de la organización y el financiamiento de la atención de la salud a la agenda de política pública argentina ha sido siempre desafiante. Las razones están probablemente en la complejidad del funcionamiento del sistema de salud en el país y en la multiplicidad y diversidad de sectores involucrados en ese sistema, desde gobiernos provinciales hasta el poder legislativo y los sindicatos, desde organizaciones médicas y profesionales hasta organismos internacionales, iglesias y laboratorios farmacéuticos, cada uno de ellos con agendas propias, en apariencia difíciles de conciliar. “Meterse” en la discusión sobre cómo se garantiza un derecho tan preciado como conservar y cuidar la vida, y saber que existen limitaciones presupuestarias para hacerlo, siempre lleva a discusiones complejas y difíciles de encarrilar.

Por otra parte, el debate de política pública no encontró en la temática del cuidado de la salud un objetivo prioritario sino hasta los primeros meses de 2020, con la llegada del COVID-19. Eso podría deberse, en parte, al relativo éxito de los espacios de protección financiera en salud, que hace que los gastos de bolsillo en el cuidado sanitario —cerca del 10% del gasto total en salud— sean percibidos como relativamente menores que en otras latitudes. O quizás la discusión se orientaba en general a las diferencias de calidad —real o percibida— entre el hospital público y la clínica privada, o a casos de dificultad en el acceso a algún tratamiento que generaban reacciones solidarias, más allá del contexto sanitario.

La falta de debate podría responder también a la poca “capacidad de voz” de los sectores más perjudicados con el estado actual del sistema (población de menores recursos, pueblos originarios, minorías sexuales, etc.), y su limitada injerencia en la definición de prioridades y agendas de trabajo sectorial.

Sin embargo, tres argumentos permiten vislumbrar la necesidad creciente de un debate sobre las políticas sanitarias en el futuro próximo. El primero de ellos es el incremento de los costos de operación del sistema, atribuidos a la tecnología y los medicamentos utilizados —nuevos o en proceso de incorporación—, como a la mayor demanda de cuidados de una población con perfiles demográficos y epidemiológicos más complejos. Esto está ocurriendo en la Argentina y en varios países de ingresos medios y medios-altos de la región, con un correlato en la creciente judicialización de la salud.

El segundo argumento es el compromiso institucional que durante los últimos diez años ha garantizado espacios de cobertura a contingentes de población que no se encontraban formalmente incorporados en el pasado, y que requiere abrir el debate sobre cómo generar/reasignar recursos para su eficaz cumplimiento.

El tercer argumento, expuesto de manera brutal por la pandemia, es el desafío de gobernanza de un sistema de salud fragmentado entre tres sectores (público, privado y de seguridad social) con fuertes niveles de autonomía al interior de cada uno de ellos. Tanto la descentralización provincial-municipal en el sistema público como la multiplicidad de obras sociales de diferente tamaño y capacidad de resolución en el sector de los seguros sociales conllevan una enorme necesidad de coordinación. Su ausencia tiene costosas implicancias en términos de eficiencia en el uso de recursos, y ataca los principios básicos de equidad en el acceso a la salud.

Más allá de que existe una clara correlación entre la inversión sanitaria y 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 la posibilidad de actuación del sistema de salud. Los niveles de ingreso y su distribución, la formalidad en el empleo, las brechas educativas, el acceso a agua limpia y vivienda digna, entre varios otros determinantes sociales, afectan los resultados de salud tanto o más que el propio sistema.

El planteo



Con la pandemia de COVID-19, la emergencia nuevamente superó la planificación y los procesos de construcción de consensos para una reforma sanitaria, y quedó al desnudo la necesidad de debatir la capacidad de contención de nuestro sistema sanitario. La coyuntura puede convertirse en una ventana de oportunidad para repensar el modelo de atención actual, como también una excusa para analizar de manera crítica los mecanismos existentes de protección financiera ofrecidos a la población frente a la ocurrencia de una enfermedad.

## El planteo

No existe sistema sanitario que se encuentre plenamente preparado para combatir una pandemia. Pensar que el sistema de salud argentino “no hizo lo necesario” para afrontar al COVID-19 implica desconocer que el mundo se encuentra en la misma situación, aprendiendo sobre la naturaleza de la enfermedad al mismo tiempo que se actúa para combatirla. Aun así, en el caso argentino, hubo acciones que se demoraron o decisiones que no se tomaron de manera adecuada. Tenemos que aprender y resolver.

Antes de la pandemia, los desafíos para los sistemas de salud en la región y en países de ingresos medios-altos se encontraban marcados por la caída de la tasa de fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, lo que incrementa las exigencias al sistema sanitario: la atención de enfermedades crónicas —tumores y cardíacas— reclama una estrategia orientada a mejorar hábitos de consumo y reducción del sedentarismo, mientras se buscan modos de mantener e incrementar la calidad de atención sobre todo para aquellos grupos de riesgo, y especialmente para la tercera edad.

La promoción de políticas preventivas aumenta la calidad de vida, pero no constituye un mecanismo suficiente para bajar los gastos en salud en el largo plazo; por el contrario, en la medida en que se incrementa la calidad y la esperanza de vida de la población, estos gastos aumentan. Es por ello que su implementación debe combinarse con medidas que garanticen una gestión adecuada de los recursos invertidos en el área.

El contexto internacional viene debatiendo la cobertura universal en salud, discusión renovada con fuerza en foros globales y multilaterales desde hace una década. Eso muestra que el desafío de repensar el sistema sanitario no ocurre solo en la Argentina y nos brinda un marco adecuado para analizar otras experiencias que nos acerquen enseñanzas para el diseño de un modelo de cobertura universal en salud.

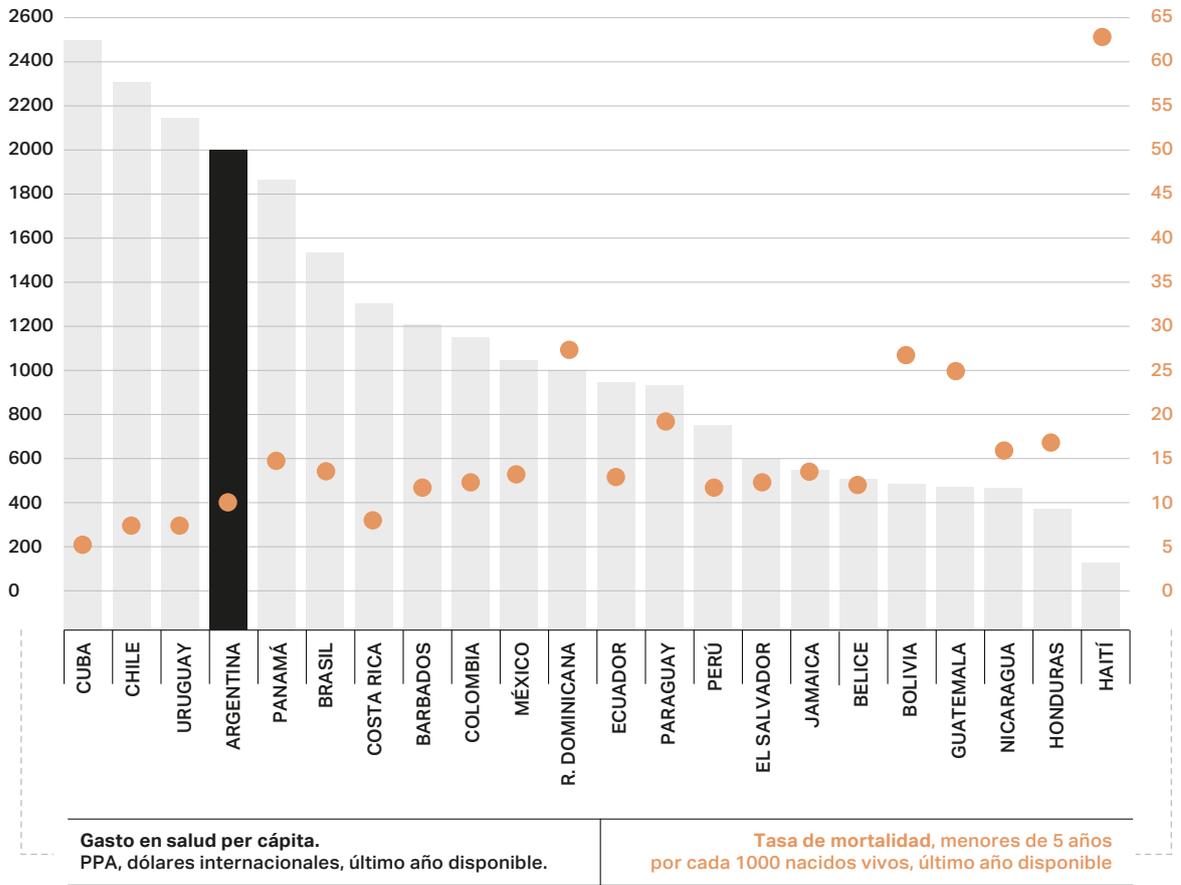
Sin embargo, cómo implementar este espacio de cobertura social colectiva depende del punto de partida de cada país y la Argentina aún no cuenta con un debate de la sociedad que lo oriente, delineando una hoja de ruta que permita establecer objetivos estratégicos y metas de mediano plazo.

Las tendencias generales muestran que, si bien en las últimas décadas el país avanzó en reducir sus indicadores de morbimortalidad tradicionales y aumentar la esperanza de vida, con uno de los gastos en salud per cápita más elevados de la región, las brechas entre grupos sociales siguen constituyendo una deuda social, que coloca al desempeño sectorial por debajo de las expectativas. Corregir esta brecha de desempeño exige incorporar en la agenda de política pública el doble debate sobre qué modelo de atención sanitaria queremos y los mecanismos de protección financiera para solventarlo, dado que discutir uno pero no el otro lleva necesariamente al fracaso de las expectativas sobre la garantía efectiva del derecho a la salud.

El planteo

## Gasto en salud y mortalidad infantil en América Latina y el Caribe.

Figura 1



La figura muestra, sobre el eje vertical izquierdo —y en barras, ordenadas de mayor a menor—, el gasto total en salud per cápita medido en dólares internacionales para cada uno de los países de América Latina y el Caribe (Fuente: Banco Mundial). Cuba encabeza el listado, con aproximadamente 2500 dólares por persona (PPA: paridad del poder adquisitivo), seguida por Chile y Uruguay en el entorno de los 2200 dólares cada una. La Argentina se ubica cuarta, con una inversión sanitaria cercana a los 2000 dólares. En el otro extremo, Honduras y Haití son las naciones de la región con menor gasto en salud por habitante, por debajo de los 400 dólares. Superpuesto en el gráfico y en línea de puntos se muestra la tasa de mortalidad al quinto año de vida (medida sobre el eje vertical derecho). La comparación entre indicadores refleja una correlación inversa entre ambas —mayor gasto, menor mortalidad—, pero su correspondencia no es perfecta. Ello evidencia que existen adicionalmente otros factores que influyen en los resultados sanitarios, entre los que se pueden mencionar los determinantes sociales (acceso a agua potable, condiciones de vivienda, educación de la jefatura familiar), diferenciales de calidad en servicios y la eficiencia en el uso de recursos.

**Fuente:** Elaboración propia en base a World Bank, World Development Indicators (2020).

Por simplicidad, definimos como “modelo de atención” al conjunto de mecanismos institucionales de gestión del talento humano, equipos, infraestructura e insumos que, desde una mirada de salud pública, establezcan una estrategia de atención primaria, prevención y la promoción de conductas saludables, encadenando necesidades de cuidado con niveles de complejidad. Para ello se cuenta con instrumentos ya extensamente probados, tales como rondas sanitarias que lleven al sistema de salud más allá de las fronteras de los centros de atención primaria y hospitales e identifiquen requerimientos de cuidado; historias clínicas unificadas por paciente, que posibiliten diagnósticos y tratamientos informados, eficaces y oportunos; redes sanitarias que promuevan la referencia y contrarreferencia protocolizada y asociada a líneas de cuidado; espacios de protección de la diversidad, con priorización de grupos desprotegidos con poca representatividad en la toma de decisiones, tales como pueblos originarios, colectivos de minorías sexuales, adolescentes y tercera edad, con una perspectiva de género; políticas de medicamentos costo-efectivas y sostenidas en el tiempo, promovidas por agencias de evaluación reconocidas, que orienten no solo la atención sino que también brinden señales de inversión al ecosistema de salud.

Qué tenemos



Por otra parte, llamamos “modelo de protección financiera en salud” a la estrategia de financiamiento, garantía de derechos y promoción de buenas prácticas de gestión de recursos que origine prácticas eficientes en el uso de fondos, tanto públicos como de la seguridad social y privados. Tal modelo de protección financiera se basa en pautas, normativas y regulaciones, como también en la asignación concreta de recursos que permita generar los incentivos económicos y no económicos adecuados para cumplir con el plan de cobertura definido por el modelo de atención, ampliando acceso con base en la eficiencia de los recursos disponibles. Como en el caso anterior, también se dispone de evidencia que muestra la importancia de ciertos instrumentos de política, tales como la creación de fondos que concentren la cobertura financiera de enfermedades de alto costo; la existencia de políticas de reducción de gastos de bolsillo para limitar inequidades de acceso entre grupos con diferentes niveles de ingreso; el impulso y garantía de una política de prescripción de medicamentos por nombre genérico y tratamiento garantido de intervenciones costo-efectivas, que priorice la atención basada en procedimientos e insumos eficaces y de calidad; la construcción de fondos sustentables de aseguramiento social y mecanismos de licitaciones que establezcan patrones de precios para minimizar los gastos administrativos al tiempo que potencien la inversión adecuada de los fondos disponibles, entre otros.

## Qué tenemos

En la Argentina, el modelo público nacional —responsable de al menos un 40% de la cobertura total según datos previos a la pandemia— brinda enorme autonomía a las provincias. En números, eso significa que ocho de cada diez pesos utilizados en el sistema público son generados y administrados desde provincias y municipios y solo dos pesos están en manos del Ministerio de Salud nacional. Como resultado, las diferencias en la distribución del ingreso entre jurisdicciones con mayores y menores recursos se trasladan directamente al cuidado de la salud con un impacto negativo sobre aquellos grupos más vulnerables que acuden a la cobertura pública como fuente principal de cuidado. La proporción que estos grupos representan sobre el total nacional crece en momentos de aumento de la pobreza y retracción del empleo formal.

En la medida en que esto sucede, la posibilidad de implementar un modelo de atención y protección financiera homogéneo a lo largo del país demanda grandes esfuerzos de coordinación, aún más difíciles de alcanzar en la emergencia de una pandemia. Por eso, fortalecer y dotar de carácter vinculante a las decisiones adoptadas por el Consejo Federal de Salud (Cofesa), el espacio que reúne a los ministerios provinciales de Salud bajo la órbita del Ministerio nacional, debe formar parte de una agenda de cambio. La estructura de descentralización del subsistema público nacional no cuenta con paralelos en otros modelos sanitarios de la región latinoamericana, incluso en países con estructuras federales de gobierno.

En paralelo al subsistema público opera un subsector de seguridad social, un esquema de atención y protección financiera que representa casi la mitad del gasto en salud del país y que atiende al 65% de la población, dependiente de unas 350 obras sociales (nacionales y provinciales) y el PAMI, gran parte de ellas bajo la tutela regulatoria de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS). La SSS define el contenido del Programa Médico Obligatorio (PMO), que es la garantía explícita de prestaciones que deben ser brindadas por estas organizaciones. A pesar de que existen actualmente mecanismos de compensación entre obras sociales nacionales —el Fondo Solidario de Redistribución y el Sistema Único de Reintegros para enfermedades de alto costo—, la gran cantidad de instituciones de muy dispar tamaño, aporte promedio y capacidad de gestión hacen imposible considerar que existe igual cobertura, al tiempo que multiplican los gastos administrativos del sistema.

Para tomar dimensión de la disparidad es necesario, otra vez, hacer foco en los números: solo veinte de las 300 obras sociales nacionales que dependen de la SSS dan cobertura al 50% de la población de este subsistema; aproximadamente un tercio de esas 300 tiene menos de 2000 beneficiarios/as

## Qué tenemos

a su cargo, y los recursos disponibles para obras sociales con altos ingresos son cinco veces más que los de obras sociales con bajos ingresos, lo que muestra con claridad que no es posible garantizar igual acceso efectivo bajo este esquema de financiamiento. Esto repercute en la calidad de la gestión: dentro de este universo de instituciones, algunas son modelos de eficacia, mientras otras no cuentan con capacidad de gestión y atención, y derivan muchas veces a sus afiliados/as al subsistema público, sin capacidad de compensación.

Una agenda viable para el sector debe mantener e incrementar la solidaridad del modelo actual, con un mayor contenido de eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Combinar equidad y calidad en el uso de los recursos en un modelo de aseguramiento social en salud exige contar con instituciones con una cantidad viable de afiliados/as, apoyado en la articulación entre el mundo del trabajo y el espacio de la salud. Eso permitiría perfeccionar los indicadores de desempeño y reducir cuellos de botella en los mecanismos actuales de acceso, compras de medicamentos e insumos y contratación de prestadores.

La presencia de instituciones con limitadas cantidades de beneficiarios/as, tanto por jurisdicción como a nivel nacional, convoca a un espacio de debate intrasector con el fin de identificar los modos idóneos para el mejor uso de los recursos disponibles, que fortalezca la misión solidaria de la seguridad social y contemple las particularidades jurídicas de cada caso.

A lo anterior se suma el hecho de que el esquema de garantías de derechos a ser respetados por los seguros sociales en la Argentina —y que se traduce en el PMO, de cumplimiento exigido para obras sociales nacionales y prepagas— es extremadamente amplio y en ocasiones se encuentra poco reglamentado para su aplicación; excluye intervenciones necesarias e incluye otras que no son prioritarias. Un abordaje superador requiere una autoridad única de evaluación que se expida sobre la efectividad de nuevas tecnologías y medicamentos, y otorgue criterios técnicamente sólidos para su incorporación al grupo de garantías explícitas a través de todo el sistema de salud. Mecanismos como este brindan pautas comunes para orientar no solo el gasto y el uso de medicamentos y tecnologías, sino que también sirven de marco para promover normas que impulsen cambios en el comportamiento, en la prescripción y el consumo de bienes y servicios de salud.

Un elemento clave en cualquier esquema de cambio sectorial es la definición del rol del PAMI. La institución constituye la primera fuente de recursos del sistema, es prioritaria si se considera el tipo de población a cargo y cuenta con contratos y acuerdos con la mayoría de los prestadores públicos y privados del país. Su amplio poder de incidencia (casi el 8% de la población y recursos equiparables a la mitad de las 300 obras sociales nacionales combinadas) puede influir en la dirección que tome la organización del sistema de salud en su conjunto.

**En la Argentina la convergencia hacia un modelo más equitativo y eficaz en la asignación de recursos implica un esfuerzo de coordinación mayor que en otros países de la región. Sin embargo, y a diferencia de la mayoría de ellos, el país parte de un piso de recursos y garantías poco equiparable, que supera en algunos casos las pautas establecidas en naciones desarrolladas.**

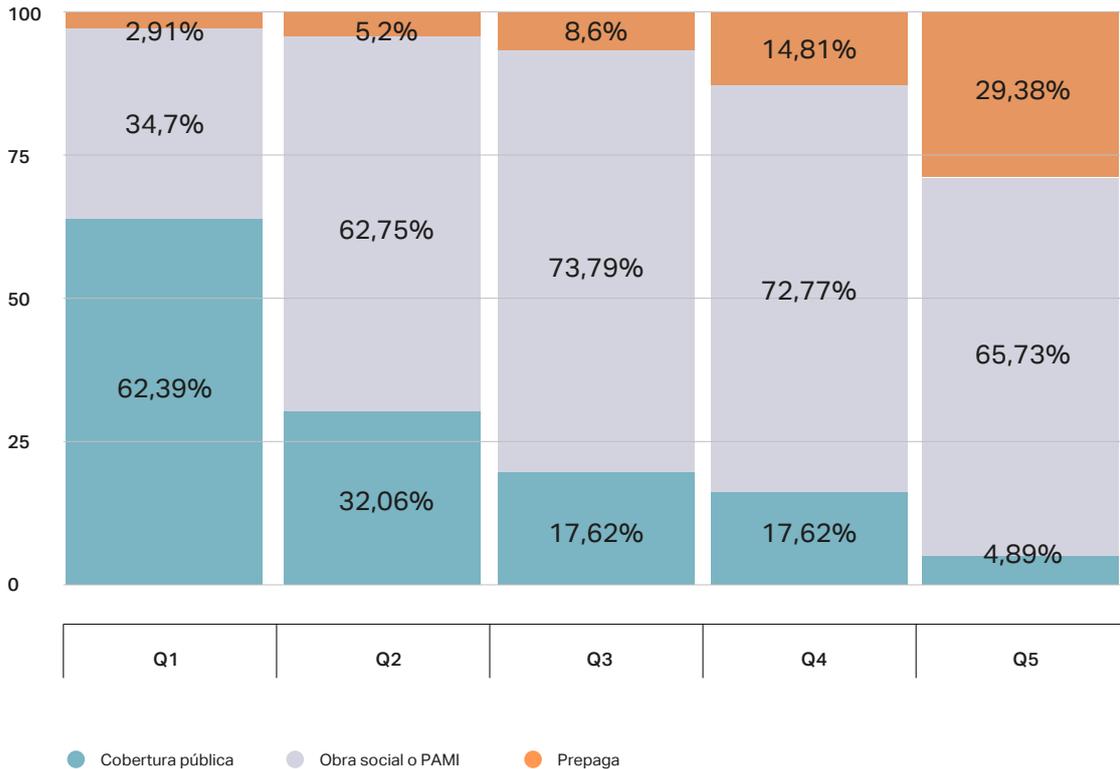
Adicionalmente, el sector privado —sobre todo la red de clínicas, sanatorios y consultorios desplegados en toda la geografía del país— cumple un papel fundamental en la prestación de servicios de salud a obras sociales y prepagas, y representa más de la mitad de la oferta disponible. Es por eso que cualquier diseño a futuro debe contemplar su participación, establecer un marco regulatorio que brinde señales claras para facilitar la inversión necesaria en tecnología y equipamiento, y generar alineamiento y espacios de colaboración interinstitucional.

Qué tenemos

Dicho de otro modo, en la Argentina la convergencia hacia un modelo más equitativo y eficaz en la asignación de recursos implica un esfuerzo de coordinación mayor que en otros países de la región. Sin embargo, y a diferencia de la mayoría de ellos, el país parte de un piso de recursos y garantías poco equiparable, que supera en algunos casos las pautas establecidas en naciones desarrolladas.

### Cobertura de salud de la jefatura del hogar según el quintil del hogar en la distribución de ingresos per cápita.

Figura 2



La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo 2017/8) difundida por el Indec en 2020 es la fuente más reciente de información sobre desembolsos realizados directamente desde los bolsillos de las familias para todos los rubros de consumo, incluyendo el sistema de salud. Asimismo, exhibe la cobertura en salud de los hogares por quintil de ingreso, por región y provincia. La figura muestra, para cada quintil de ingreso (siendo el Q1 el más rezagado económicamente y el Q5 el más rico), el peso de los diferentes tipos de cobertura —subsistemas públicos, de seguridad social y prepaga—. Se observa que casi dos tercios de la población más pobre utiliza la atención de hospitales y centros de salud dependientes de las autoridades públicas de cada jurisdicción, y este porcentaje se reduce a medida que se incrementa el nivel de ingresos del hogar. En dirección opuesta se ubican las prepagas, con aproximadamente 30% de la cobertura del Q5 y una presencia marginal en los grupos más pobres. En el medio, las instituciones de seguridad social —obras sociales nacionales, provinciales y el PAMI— cubren más del 63% de la población en cuatro de los cinco quintiles de ingresos, lo que muestra la amplia relevancia de estas instituciones —vinculadas principalmente al mundo del trabajo— en la cobertura de la salud en la Argentina.

**Notas:** Las estimaciones se realizaron haciendo uso de factores de expansión.

**Fuente:** Elaboración propia en base al INDEC, ENGHO 2017-2018

La experiencia regional



Pensar una estrategia de cambio sectorial en el contexto del sistema de salud argentino requiere promover espacios de convergencia con base en un plan de acción de mediano plazo. Es necesario partir de una idea sobre la que, afortunadamente, existe acuerdo: la sociedad acepta el derecho universal a la protección de la salud a pesar de que la capacidad de financiamiento no sea igualitaria. Sin embargo, la declamación de derechos debe ser acompañada por políticas que garanticen el cumplimiento efectivo de esos derechos. Dicho de otro modo, la gestión de la salud y de la enfermedad demandan una estrategia de financiamiento, gestión y prestación de servicios basada en un esquema de cobertura con un marco regulatorio y de gobernabilidad que posibilite su cumplimiento, sin voluntarismos.

**La “excepcionalidad” argentina no nos exime de la responsabilidad de afrontar el cambio, como tampoco de desechar la revisión de otras experiencias internacionales para construir un plan de acción propio, responsable, sin improvisaciones ni sesgos sectoriales.**

En un país donde —por diseño institucional— la participación del gasto público del Ministerio nacional es relativamente reducida (en comparación con sus pares provinciales), el desafío de gobernanza es muy elevado. El Ministerio nacional debe actuar como amalgama del modelo en su conjunto, funcionar como apoyatura técnica y financiador de última instancia, promoviendo la construcción de sistemas provinciales sustentables institucional y financieramente. Un marco regulatorio sólido, con protocolos que definan de manera explícita derechos y prestaciones, constituye una herramienta imprescindible para la equidad sectorial y para la eficiencia asignativa.

La “excepcionalidad” argentina no nos exime de la responsabilidad de afrontar el cambio, como tampoco de desechar la revisión de otras experiencias internacionales para construir un plan de acción propio, responsable, sin improvisaciones ni sesgos sectoriales.

## La experiencia regional

La descentralización de fondos para su gestión subnacional, como ocurre en Brasil, México, Chile o Colombia (los dos primeros, de estructura federativa de gobierno; los segundos, con modelos unitarios) no son replicables en el modelo local. A diferencia de ellos, en la Argentina la independencia provincial para regular, financiar y establecer el aseguramiento excede lo que se observa en otros países. Dicho de otro modo, no es políticamente viable considerar un nuevo modelo sanitario que involucre la renuncia de las provincias a sus funciones de financiamiento, gestión y provisión de servicios. Por ello, el diseño de un plan federal necesita de un Cofesa activo, con una distribución clara de los roles que debe desempeñar el Ministerio federal en el futuro.

Por su parte, el esquema de garantías de derechos a ser respetados por los seguros sociales en la Argentina es amplio y —como se mencionó— en ocasiones poco reglamentado para su aplicación. Estas características diferencian el caso argentino de otros modelos regionales, que tienen paquetes de servicios explícitos más reducidos (Colombia, Chile) o implícitos (Brasil), en los que la oferta de servicios se define a partir de la capacidad instalada de sus prestadores, o existen reglamentaciones más estrictas para su implementación (Chile, Uruguay). Con la excepción de Uruguay, no existe en América Latina un sistema solidario tan extendido basado en el empleo formal y al mismo tiempo fuertemente desconcentrado entre instituciones como sucede en la Argentina. Garantizar una cobertura homogénea requiere una autoridad supervisora que brinde pautas comunes para asignar recursos, orientar el gasto y el uso de nuevas tecnologías tanto en productos (medicamentos, equipamiento) como en gestión y manejo de información, y que también provea un marco de normas que impulse cambios en el comportamiento de prescripción y consumo de servicios de salud.

Por otra parte, el protagonismo del sector privado en el modelo argentino, sobre todo en la prestación de servicios de salud, es muy marcada, por lo cual se requiere su participación en cualquier modelo de cambio. La falta de prestadores propios, con excepciones, en la provisión de servicios de obras sociales y las 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 en los que diferentes poderes de negociación hacen posible un abanico de situaciones, incluso al interior de una misma provincia. Las instituciones de gran escala a nivel nacional (PAMI, obras sociales nacionales de alcance federal y número de beneficiarios/as significativos/as) o provincial (las obras sociales específicas de cada jurisdicción) cuentan con destacada experiencia en gestión. Eso genera espacios de contratación muy diferentes con respecto a aquellas de menor escala y/o ingreso promedio, lo que impide que un mismo paquete de servicios sea efectivamente brindado de modo homogéneo entre grupos con distinta cobertura.

En ese sentido, 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 significativas, dependiendo del caso bajo observación. Tales estructuras contractuales deben ser sistematizadas y estudiadas con detenimiento, a fin de generar pautas constructivas de convergencia a servicios efectivos que, más allá de la locación geográfica, permitan la organización de redes eficientes.

En algunos países donde el esquema de cobertura universal descansa en modelos protagónicos de oferta pública (Costa Rica y Brasil), la atención de las enfermedades de alto costo recae en la capacidad estatal de gasto. Eso se debe a que las prestaciones están vinculadas de manera directa a la capacidad prestacional y no a la definición de garantías explícitas, y los presupuestos hospitalarios sostienen montos históricos, sin correlato entre desempeño y retribuciones. En otros modelos, se procura concentrar la compra de estos servicios en entidades únicas en la órbita pública, fuertemente protocolizadas en cuanto a los procedimientos de aseguramiento y cobertura, que aprovechan su posición de contratadores privilegiados de estas prestaciones para lograr precios menores. Estas instituciones construyen esquemas de aseguramiento social de enfermedades y medicamentos onerosos y los combinan con prestación en manos privadas o mixtas (como es el caso del Fondo Nacional de Recursos en Uruguay, o el Fonasa en Chile). Una institución con características similares en nuestro país es el Sistema Único de Reintegros (SUR) de la seguridad social nacional, cuyo espacio de injerencia se limita al 35% de la población con cobertura formal. Si bien la gestión de este fondo muestra avances durante los últimos años, todavía cuenta con amplio margen para exponer su potencial, con diferentes alternativas para que eso ocurra.

Las líneas de trabajo posibles para una reforma del sector podrían considerar los siguientes espacios de intervención:

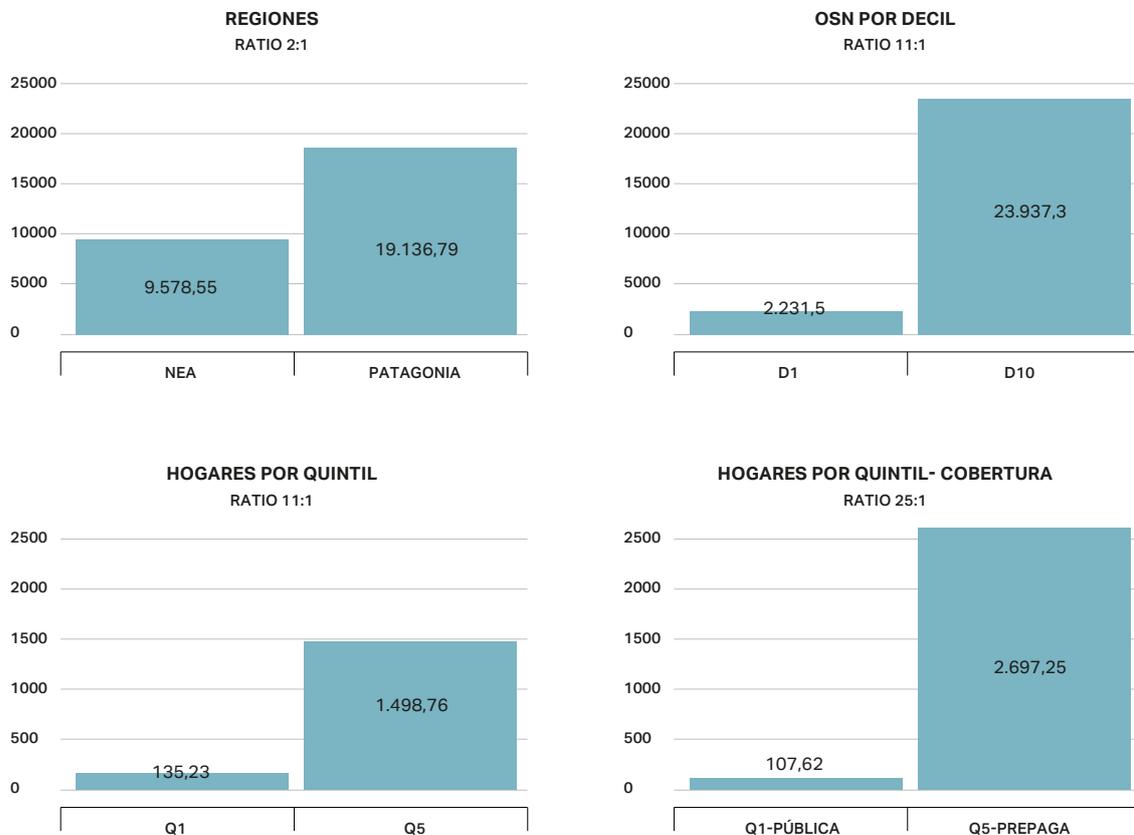
- Las condiciones básicas en las cuales opera el sistema de salud (los determinantes sociales de la salud, tales como niveles de ingreso y su distribución, acceso a servicios de agua y saneamiento, polución ambiental, acceso a educación formal y las brechas entre grupos sociales). Algunos ejemplos regionales pueden analizarse desde esta perspectiva, como los casos de Brasil, Perú o México, que con plataformas políticas muy disímiles durante los últimos veinte años lograron mejorar sus indicadores sanitarios con políticas extrasanitarias.
- La estructura del sistema (las instituciones y actores participantes en el funcionamiento del sector: hospitales y sanatorios, médicos y otros trabajadores de la salud, seguros privados y sociales, asociaciones médicas y de clínicas y sanatorios, colegios profesionales y sindicatos de trabajadores, productores de tecnologías y medicamentos, organismos internacionales, etc.). Este espacio es particularmente denso en el modelo argentino, por lo cual el debate de una eventual reforma implica fortalecer el diálogo entre actores que, aunque antagónicos en algunos objetivos, evidencian un compromiso con el funcionamiento sectorial.
- Las conductas o prácticas de aquellos actores que operan dentro del sistema: patrones de prevención y conductas saludables de la población, mecanismos de pago, estructuras de contratos entre gerenciadores y prestadores, descuentos en medicamentos, velocidad de incorporación de cambio tecnológico, etc. Esta es quizás una de las áreas con mayor capacidad de cambio, y en cuyo campo se han identificado los avances sectoriales más relevantes no solo en América Latina, sino en el mundo en desarrollo. Son experiencias de las cuales debemos nutrirnos.

- El marco de consenso entre los tres poderes del Estado para establecer responsabilidades y alcances de cada subsistema en función de los recursos disponibles y la población a cargo de cada uno.

Establecer cuál de las distintas alternativas —o grupos de alternativas— de intervención es 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. El *policy making process* del sector, por tanto, influye y es influido por los espacios de gobernabilidad, que facilitan (o no) el alineamiento de intereses, y generan (o no) ámbitos de cooperación para llegar a acuerdos básicos sobre objetivos sociales y modos de alcanzarlos.

### Gasto en salud per cápita. Promedio por subsistema y grupo (en pesos corrientes)

Figura 3



Las figuras de este recuadro muestran las brechas de recursos disponibles tanto al interior del subsistema público como entre obras sociales. Arriba a la izquierda se exhibe una diferencia de aproximadamente 2:1 entre el gasto público provincial per cápita promedio del Noreste argentino (NEA) en comparación con la Patagonia: cada persona con cobertura pública tiene el doble de recursos en el Sur que en el Norte del país. Esta brecha se eleva a 11:1 (figura arriba a la derecha) cuando se comparan las 30 obras sociales nacionales de mayor ingreso —decil 10— contra las 30 del decil más rezagado, a pesar de que todas ellas tienen el compromiso regulatorio de cubrir el mismo Programa Médico Obligatorio. Las figuras de abajo utilizan como fuente la misma ENGHo mencionada antes y establecen montos —en pesos 2017/8— desembolsados por los hogares del primer quintil contra los del quinto quintil (en la gráfica de la izquierda) y entre los extremos poblacionales: Q1 con cobertura pública en comparación con Q5 con prepaga (abajo, a la derecha). Se observa que la diferencia de desembolsos entre quintiles es de 11:1 a favor de los hogares más ricos, y esa brecha se amplía a 25:1 cuando se consideran los grupos extremos. Más allá de la diferencia en recursos disponibles para destinar al cuidado de la salud —que hace que familias de mayores ingresos puedan usar en el sector más fondos que las más pobres—, es importante resaltar que las diferencias pueden también atribuirse a la menor necesidad de las familias pobres de erogar directamente gracias a la atención pública gratuita, y/o también podrían asociarse con diferencias de acceso, en tanto menor gasto puede vincularse con demoras al momento de consultar al sistema por una necesidad existente, o barreras financieras para hacerlo.

**Notas:** Para los casos de las regiones (2019) y las obras sociales nacionales (2016), se tomaron aquellas con el mínimo y con el máximo gasto per cápita. En cuanto a las regiones, se excluyeron las provincias del Centro (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza) porque incluyen gasto municipal.

**Fuente:** Elaboración propia en base a la Dirección Nacional de Asuntos Provinciales (2019), la ENGHo 2017-2018 (INDEC) y la Superintendencia de Servicios de Salud (2016).

## Debate

Más allá de las temáticas de gestión y cuidado, dos áreas de política, particularmente significativas en una agenda de cambio sectorial, requieren de una atención especial. La primera es la regulación, factor crítico en un sistema segmentado como el nacional. La segunda es la promoción de conductas saludables en la población y su comunicación pública mediante mensajes claros, exentos de alineamientos partidarios, que permitan la sustentabilidad social y financiera del modelo futuro. Ello tiende a involucrar a la población en la estrategia de cuidado, evitando comportamientos de riesgo, prevención y participación que redundan en menores costos del sistema y mayor eficacia en el uso de recursos.

El modelo público de salud descentralizado que existe en la Argentina no es un producto derivado necesariamente de su condición federal. Con el fin de evitar la dispersión de normativas y cobertura, 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 COFESA dentro de la órbita del Ministerio nacional demanda entonces ser fortalecida y complementada por mecanismos de financiamiento que faciliten esa convergencia a un modelo coordinado de salud.

En particular, las instituciones nacionales deben profundizar la homogeneización de pautas y reglas de comportamiento para los servicios de salud, protocolizar procesos y fortalecer no solo los centros de salud, sino el vínculo entre promotores, centros de primer nivel y referencia con niveles superiores, mediante 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 —registro de usuarios por prestador e identificación de necesidades— de la población a cargo de los equipos de salud, la definición de pautas de georreferenciamiento de personas 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 tenido éxito parcial en los casos de Uruguay y Chile, cada uno 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 quizás uno de los mayores desafíos tanto a nivel macrosectorial, 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, entre otros) con los servicios de primer y segundo nivel de atención, que no dependen de las áreas de programas, sino de las direcciones y áreas programáticas con criterio geográfico. 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 las mismas jurisdicciones impiden en gran parte aprovechar la amplia red de prestadores públicos y privados dependientes de ambos tipos de instituciones.

La experiencia de Costa Rica, donde el Ministerio de Salud nacional y la Caja de Seguridad Social trabajan de manera conjunta en la definición del modelo prestacional, puede servir de ejemplo para la acción de las provincias, si se toman en consideración las escalas poblacionales diferentes entre el país centroamericano y la Argentina. Esa modalidad de trabajo facilita la atención igualitaria y promueve la reinversión de recursos provenientes tanto de la esfera impositiva como de las contribuciones salariales y patronales en líneas de cuidado prioritarias.

## Debate

Tales parámetros de coordinación de acciones sanitarias —aunque definidos con base en las características de cada provincia— pueden ser incorporados como insumos para un plan de cobertura explícito para toda la población, 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 que diferencian su funcionamiento de las estructuras eminentemente públicas (Ministerios/Secretarías y obras sociales provinciales).

Como fortaleza, 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 de la definición de garantías de derechos (el PMO) y de los subsidios cruzados surgidos de su implementación (el Fondo Solidario de Redistribución). La SSS puede ser vista no solo 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.

En el diseño de una agenda sectorial para el área de seguridad social, se pueden resaltar cuatro elementos: (i) la apoyatura de la SSS en la definición de reglas que faciliten la gestión, en particular 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 SUR, como modo de reducir el impacto de enfermedades financieramente catastróficas (tales como trasplantes, tratamientos para pacientes insulino-dependientes, medicamentos de alto costo, prótesis, entre otros), 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—.

El análisis comparado de estos elementos en la agenda latinoamericana de reformas sanitarias también permite extraer enseñanzas para el caso argentino. Entre ellas se encuentra el mecanismo de implementación de garantías explícitas en Chile o la experiencia del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, que permite analizar otros mecanismos de cobertura de las enfermedades de alto costo para el subsistema de obras sociales nacionales.

En otro orden, la reforma uruguaya muestra algunos de los logros y desafíos de combinar instituciones de seguridad social. Tal es el caso del esquema de transferencias de recursos desde el Fonasa (la institución clave de la seguridad social) y las mutuales (paralelo de nuestras obras sociales), mediante cápitas corregidas por sexo y edad, complementadas con premios por desempeño en el alcance de metas, lo que favorece la competencia entre instituciones en términos de gestión de recursos.

Desde una mirada sistémica, los mecanismos de protección en el sector sanitario se encuentran ante un desafío creciente: cómo sostener y aumentar los niveles de cobertura y calidad sin arriesgar su sustentabilidad financiera, al tiempo que no se transfieran a los/as usuarios/as los costos adicionales mediante pagos de bolsillo (como copagos). En este contexto, se hace particularmente relevante avanzar en un debate informado sobre los objetivos y alcances de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS).

La política de protección financiera sostenida en el tiempo requiere de esfuerzos adicionales para promover mayor eficiencia distributiva. Esto amerita decisiones que potencien la acción regulatoria de la SSS y que permitan una mayor calidad gerencial entre las instituciones supervisadas. Incluye asimismo 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.

## Debate

Más allá de esto, 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— y las limitaciones actuales de información sugieren una agenda de trabajo futura: desde estructuras de contratos entre instituciones gerenciadoras y prestadoras y presupuestos ejecutados, hasta prestaciones por tipo y por línea de cuidado y su impacto en la salud y la conducta saludable de la población. Ello permitirá perfeccionar la información existente y lograr mayor profundidad en el estudio de los indicadores de desempeño (prevalencia de enfermedades catastróficas y niveles de riesgo relativo de cada institución), que tienen como fin identificar “cuellos de botella” en los mecanismos actuales de facturación, aceptación de cargos y reintegros.

Asimismo, se deben analizar las capacidades de cobertura física y financiera del PMO por parte de las diferentes instituciones de seguridad social. La presencia de instituciones con limitadas cantidades de beneficiarios, tanto a nivel nacional como por jurisdicción, convoca a un espacio de debate intrasectorial, que debería identificar mecanismos de asociaciones, fusiones y/o cooperativas entre obras sociales que faciliten la gestión de recursos y fortalezcan la misión solidaria de la seguridad social.

Tal espacio de fortalecimiento institucional debe potenciarse incorporando referentes sanitarios nacionales y provinciales del sector público. A partir de esta interacción podrá avanzarse en un plan consistente de convergencia a mayor cobertura bajo parámetros de priorización socialmente aceptados. Cualquier diálogo intersistemas debe incorporar al PAMI, institución clave por magnitud, población a cargo e interacción con prestadores públicos y privados del país.

El tipo de población que tiene a su cargo el PAMI, por otra parte, es de alto riesgo sanitario. Según algunas opiniones, desarticular su actual funcionamiento podría derivar en la distribución de usuarios/as con mayor demanda del sistema entre las obras sociales que conformen un modelo futuro de seguridad social. Sin embargo, esa desarticulación debilitaría un espacio de gestión que hoy tiene impacto directo en la prestación de servicios.

En todo caso, fortalecer el funcionamiento del sistema público es un argumento definitivo para una hoja de ruta efectiva, donde las jurisdicciones provinciales cumplen un papel protagónico. En este sentido, esa hoja de ruta podría incluir la articulación de redes sanitarias y la cooperación entre ministerios de Salud y obras sociales provinciales, para luego asociarlos a delegaciones del PAMI y obras sociales nacionales. Así, cada provincia consolidaría estructuras sustentables desde lo institucional y lo financiero, para luego avanzar en acuerdos regionales y pautas de coordinación nacional bajo la asistencia técnica y regulatoria de la autoridad federal.

**Una reforma sanitaria se implementa mientras el sistema se hace cargo de la atención de la salud y de la enfermedad de la población, y por tanto no puede generar incertidumbre sobre la cobertura presente, sino certezas sobre el tránsito ordenado a un modelo más eficaz y equitativo.**

Cualquier iniciativa de reforma sectorial debe ser vista como una estrategia de mediano plazo. No es posible implementar un shock abrupto, sino promover una sucesión de cambios incrementales que forman parte de una hoja de ruta a transitar. Ello facilitaría que cada uno de los actores del sistema se adapte y contribuya al fortalecimiento del cambio. Una reforma sanitaria se implementa mientras el sistema se hace cargo de la atención de la salud y de la enfermedad de la población, y por tanto no puede generar incertidumbre sobre la cobertura presente, sino certezas sobre el tránsito ordenado a un modelo más eficaz y equitativo.

En particular, el cambio necesario debe considerar que el país —al igual que el resto del mundo— hoy ve tensionada la capacidad del sistema frente a la pandemia, que desafía la resiliencia del

personal sanitario que todos los días nos protege, más allá de nuestra toma de conciencia colectiva sobre la gravedad de la situación.

La pandemia está mostrando la necesidad de cambio, visibiliza las debilidades del sistema y nos impulsa a un debate responsable, inclusivo, donde la prioridad sea el cuidado de la población, más allá de la grieta política<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Nota: Este documento descansa en dos trabajos realizados previamente por el autor:

Maceira, D. (2020) "Apuntes para un Debate sobre el Sistema de Salud Argentino", <https://www.cenital.com/los-desafios-para-el-sistema-de-salud-argentino/>

Maceira, D. (2020) "Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano". *Revista Estado y Políticas Públicas*. FLACSO. No.14, Year 8, May 2020. ISSN 2310-550X

# Referencias



- Aran, D. & Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud pública de México*. 53, 265-274.
- Baeza, C. y T. Packard, (2006). *Beyond survival. Protecting household from health shocks in Latin America*. Washington: Stanford University Press - The World Bank.
- Canale, S., De Ponti, H. & Monteferrario, M. (2016). Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica. *Documentos y aportes en administración pública y gestión estatal*. 16 (26), 225-250.
- Castaño Tamayo, R. A., Giedion, U., & Morales Sánchez, L. G. (2001). *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Serie Financiamiento del Desarrollo no.108, Santiago de Chile. Cepal.
- Bitrán y Asociados (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. MINSAL.
- 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*. Bogotá, CEDE, Facultad de Economía Universidad de Los Andes.
- Gattini, C. & Álvarez 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*, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*. 53, 144-155.
- Knaul, F., Wong, R. & Arreola-Ornelas, H., Eds. (2012). *Financing health in Latin America. Vol. 1. Household spending and impoverishment. Global Equity Initiative*, Harvard University (285 pags.). Massachusetts, Harvard University Press
- Lustig, N. C. (Ed.). (2010). *Shielding the poor: Social protection in the developing world*. Washington D.C. Brookings Institution Press.
- Maceira, D. (2001). *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social. Serie*
- *Iniciativas Latinoamericanas (Harvard School of Public Health, Partnerships for Health Reform, Pan American Health Organization, USAid), Edición Especial 3, Organización Panamericana de la Salud.*
- Maceira, D. (2008). *Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Buenos Aires: CEDES.
- Maceira, D. (2014). Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. *Documento de Trabajo CEDES* (122). Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4284>
- 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, CEDES* (128). Buenos Aires.
- Maceira, D. (2018b). Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. *Documento de Trabajo, CEDES-Preservar Salud*. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4460>
- 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*. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4461>
- 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*. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4459>
- Maceira, D. & Olaviaga, S. (2011). Mapa de actores del sector oncológico en la Argentina. *Revista de Salud Pública*. 15 (1), 17-28.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Perfil del Sistema de Salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Wagstaff, A. & Doorslaer, E. V. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health economics*. 12 (11), 921-933.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*. 362 (9378), 111-117.

# Acerca del autor

## **Daniel Maceira**

Director del Área de Salud de Fundar

Doctor en Economía por Boston University. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Económicas (UBA) e investigador independiente del CONICET. Es miembro del Consejo Ejecutivo de HealthSystems Global e investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

# Modo de citar

Maceira, D. (2021). El sistema de salud como construcción colectiva. Notas para un debate. Buenos Aires: Fundar. Disponible en <https://www.fund.ar>

