

# **REDISEÑO DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**

**PROPUESTA PARA DISCUSIÓN**

**Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria-ISG**

**Dr. Enrique Quesada**

**Dr. Carlos Thomas**

**Lic. Patricia Zapata**

**Marzo 2016**

# INDICE

1- INTRODUCCION.....	3
2- MARCO CONCEPTUAL.....	5
3- SITUACION ACTUAL DEL SECTOR SALUD.....	8
4- PROPUESTA DE REDISEÑO DEL SECTOR SALUD.....	14
5- REFLEXIONES Y CONCLUSIONES.....	23

## 1- INTRODUCCION

El sector salud en Argentina atraviesa una importante crisis de la que solo posible salir mediante un amplio debate sobre sus causas, con un acuerdo de las principales fuerzas políticas sobre las grandes líneas de acción, que permitan en un lapso razonable, transformar un sector anárquico, inequitativo e ineficiente en uno de los pilares del bienestar de la sociedad y el crecimiento del país.

Hasta el momento no se ha planteado una reforma profunda del sector como una política de Estado asentada sobre un amplio consenso y plasmada en un marco normativo de alcance nacional.

Como consecuencia de la falta de un proyecto estratégico el sector salud, se ha desarrollado y crecido de forma desordenada, configurando un “no sistema” en el que coexisten estructuras, organizaciones y formas de funcionar que expresan una mezcla de todos los modelos conocidos en el mundo.

El sector público es gestionado por las provincias de forma autónoma siendo posible la existencia de tantos modelos como jurisdicciones.

La seguridad social tiene múltiples organismos de seguros de salud, más de 300 obras sociales de trabajadores en relación de dependencia, obras sociales provinciales para los trabajadores del Estado y una obra social nacional para las personas en situación laboral pasiva.

El sector privado es un conjunto heterogéneo de empresas de provisión de servicios y empresas de seguros privados con escasa regulación y control.

El Estado Nacional no provee la función de rectoría para el conjunto, ni una coordinación efectiva, además no existe un sistema de información que sea transversal a todo el sector.

La ausencia de una política de Estado de Salud contribuye a mantener la nebulosa en que se mueve la sociedad respecto de los objetivos éticos que deben guiar el

destino y el uso de los recursos de salud, configurando un escenario sin reglas en el que dominan los intereses sectoriales sobre los del conjunto social.

Otro aspecto relevante es la falta de coordinación del sector salud con otros sectores. Existen limitaciones para acceder a servicios sanitarios que tiene que ver con el transporte, la educación, la cultura, entre otros. En Argentina, no trabajan en forma conjunta los diferentes sectores, lo cual dificulta desarrollar soluciones contundentes y permanentes. Para que la población tenga acceso es necesario que las personas puedan llegar al lugar para asistirse, que estén informadas y que los profesionales entiendan que el sistema debe ser receptivo ante los problemas de salud y aportar las respuestas que permitan la curación o la mitigación del sufrimiento. Esto implica un trabajo intersectorial y avanzar considerando los determinantes sociales de la salud.

La sociedad necesita que los responsables políticos y del sector mantengan un debate público, amplio y profundo que posibilite al Estado establecer el marco normativo adecuado para que los recursos destinados a salud se asignen con equidad, se gasten con eficiencia y se ofrezcan servicios eficaces y de calidad.

Se requiere un marco jurídico que debe ser fijado por el Estado Nacional para que los agentes del sector salud desarrollen su actividad con reglas claras y la sociedad tenga la garantía de que se cumplen los objetivos básicos de todo sistema de salud: universalidad, accesibilidad, calidad, eficacia, eficiencia y participación social.

El documento contiene cinco secciones: la Introducción donde se plantea la necesidad de avanzar hacia un cambio para resolver los problemas del sector, el Marco Conceptual que expresa la problemática inherente al sector, la Situación actual del sector salud en Argentina donde se explica el funcionamiento del sistema y se presentan datos e indicadores, la Propuesta de rediseño del sector salud donde se plasma un proyecto que modifica el funcionamiento y responsabilidades actuales que permitirá alcanzar resultados eficientes y con equidad; y por último la sección de las Conclusiones y Reflexiones en la que se presentan los principales puntos del

documento, analizando cómo es posible modificar y mejorar la situación actual de la salud en la Argentina.

## 2- MARCO CONCEPTUAL

“Universalizar lo mejor”, el propósito de A. Bevan al presentar en 1948 a la Cámara de los Comunes británica la ley de creación del primer sistema universal de salud de libre acceso del mundo, estaba sustentado en la creencia de que las necesidades de salud eran finitas y cuantificables. A medida que estas fueran atendidas, la sociedad sería más saludable y el consumo de asistencia disminuiría. Los gastos sanitarios tenderían a estabilizarse en cifras reducidas de mantenimiento. El sistema era no solo socialmente equitativo, sino también más barato. No fue así, ya que al poco tiempo hubo casi que duplicar el presupuesto y este ha seguido aumentando más que el crecimiento de la economía. En salud también funciona una de las reglas básicas de la economía: los recursos siempre son escasos ante los requerimientos crecientes del gasto.

Las necesidades de salud aumentan indefinidamente y todas ellas están justificadas por el ámbito noble y solidario en el que se presentan. Las causas de tal aumento son múltiples y variadas: la constante innovación tecnológica y su mayor costo, las expectativas de los ciudadanos, el aumento del nivel de ingresos, el envejecimiento de la población, los cambios epidemiológicos y las mayores exigencias de calidad, son sólo algunas de ellas.

El gasto en salud ha procurado seguir al aumento de las necesidades, pero a pesar de aumentos significativos, nunca alcanza a cubrir todas las necesidades de la población.

Se estima que en Argentina el gasto en salud alcanza 7,3% del PBI<sup>1</sup>, y ha oscilado en los últimos 20 años entre 6 y casi 8%.

---

<sup>1</sup> Fuente: Banco Mundial, dato del año 2013.

<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS/countries?display=default>

Los países de la OCDE gastaban U\$S 2.118 (U\$S a precios actuales) por habitante/año en 1995. En el año 2013 el gasto ascendió a U\$S 4.649.

Los ejemplos con niveles de gasto en salud sumamente elevados son Alemania, país que alcanzó un 11,3% de gasto en salud respecto del PBI, Suiza un 11,5%, y Estados Unidos que trepó a un 17,1%<sup>2</sup> de gasto en salud del PBI, con el agravante para este último que mantiene a 42 millones de personas sin cobertura<sup>3</sup> (año 2013).

Uno de los problemas que plantea el gasto en salud es que -de no aumentar el PBI per cápita- su aumento se realiza a expensas de otras áreas, muchas de las cuales son directamente incidentes en el nivel de salud (vivienda, educación, trabajo, medio ambiente, etc.). Podría darse el caso que -a partir de un cierto nivel- un aumento del gasto en atención médica se tradujera en menor salud.

Por otro lado, hay muchas razones para que una comunidad invierta en salud:

- El mejor nivel de salud contribuye a mejorar la capacidad de aprendizaje y aumenta la creatividad y la productividad de las personas.
- La disminución de las tasas de morbilidad redundan en mejor calidad de vida y menor ausentismo laboral.
- La eliminación de enfermedades endémicas en regiones permite incorporar a éstas a la plena actividad productiva.

En este escenario, caracterizado por la idea socialmente compartida de que es útil invertir en salud y por la certeza de que los recursos son escasos frente a las necesidades, existe la tentación inmediata de creer que los problemas se pueden resolver con más dinero. Además de asumir que siempre hará falta más dinero para salud y que aun así no será suficiente, es necesario definir en qué, cómo y dónde se invierten los recursos.

---

<sup>2</sup> Fuente: Banco Mundial, datos del año 2013.

<sup>3</sup> <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/demo/p60-250.pdf>

Una de las funciones del Estado es definir los objetivos generales que orienten el destino de los recursos y diseñar un sistema que garantice la equidad, la eficiencia, la calidad y la participación social.

Equidad supone que ante necesidades semejantes todas las personas reciban un trato semejante y que -a igualdad de esfuerzos- aporten más los que más tienen. La equidad también se expresa en la forma de asignar los recursos. Es más equitativo priorizar las acciones de menor complejidad y de atención primaria que benefician a los pobres que de otro modo no pueden acceder a ellas, que gastar prioritariamente en acciones asistenciales de alto costo en hospitales de grandes ciudades. Otra forma de equidad es asegurar el acceso a los servicios al margen de las condiciones de distancia, cultura, trabajo o situación social de las personas.

Eficiencia es hacer más con lo mismo, es decir lograr que los recursos invertidos proporcionen el mayor beneficio posible en términos de salud. En otras palabras, eficiencia es asignar correctamente los recursos en las acciones que más rinden en términos de salud, y supone gestionar bien las instituciones prestadoras de servicios de atención médica para realizar con esos recursos todas las acciones posibles: sustituir servicios caros por otros de igual calidad y menor costo, mejorar los indicadores de producción hospitalaria, incorporar nuevas formas de atención (hospital de día, cirugía sin ingreso, internación domiciliaria, etc.). Es difícil reclamar más recursos cuando los que se tienen se gastan mal, se despilfarran o se permite diversas y sutiles formas de corrupción.

La calidad representa la medida en que los servicios efectivamente mejoran la salud y tiene dos vertientes: la técnica, que consiste en seguir la mejor estrategia de atención que permitan el conocimiento y la racionalidad; y la vertiente humana, que significa considerar prioritaria la satisfacción del usuario, respetando su autonomía y su dignidad. El uso inadecuado de la tecnología y el mal trato son ejemplos de baja calidad en uno y otro aspecto.

La participación social es un mecanismo que facilita la transparencia en la gestión de las instituciones y asegura la consideración esencial de las necesidades y preferencias de los usuarios.

### 3- SITUACION ACTUAL DEL SECTOR SALUD

#### Indicadores<sup>4</sup>

Según datos del Banco Mundial, Argentina alcanzó un gasto en salud<sup>5</sup> de U\$S 30.250 millones en el año 2010, es decir que se dispone de U\$S 754 por habitante por año.

Argentina se encuentra con un nivel de gasto por encima del promedio de América Latina y el Caribe (U\$S 663 gasto en salud per cápita).

Este nivel de gasto, no se condice, analizando algunos indicadores de salud, con una mejor calidad en relación a otros países de la región. Se puede mencionar el caso de Costa Rica, que tienen un nivel de gasto similar y mejores resultados en términos de mortalidad infantil. Costa Rica tiene un gasto en salud per cápita de U\$S 750, y la tasa de mortalidad infantil es de 8,7. En tanto, Argentina tiene una TMI de 13 (2010).

Si se considera como indicador la Esperanza de vida al nacer, Costa Rica tiene mejores resultados que Argentina, siendo de 79,27 y de 75,66 años, respectivamente.

---

<sup>4</sup> Fuente: Banco Mundial, datos del año 2010.

<sup>5</sup> El gasto total en salud es la suma de los gastos en salud públicos y privados. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios. Datos en US\$ a precios actuales.



Si bien Chile tiene un gasto en salud per cápita de U\$S 138 más que Argentina, su tasa de mortalidad infantil es de 7,5 y la Esperanza de vida al nacer es de 79,05 años.

En Argentina la tasa de mortalidad general en el año 2010 fue de 7,7 por cada mil personas la cual se ha mantenido estable a través de los años.

Por otro lado, el 80% de las muertes en Argentina se debe a cuatro grupos de causas (cardiovasculares, tumores, accidentes y perinatales) y prácticamente no existen programas preventivos, con eficacia demostrada, para ellas. Según cifras oficiales del Ministerio de Salud, solo por accidentes de tránsito mueren en Argentina 4.315 personas por año (2008) siendo la tasa de muertos por 100.000 habitantes de 11<sup>6</sup>. . En el mismo año, España tuvo 2.181 víctimas y una tasa de 4,72 muertos por 100.000 habitantes<sup>7</sup>.. A pesar de un ingreso per cápita medio de U\$S 11.460<sup>8</sup>, las enfermedades de la pobreza como infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, SIDA y enfermedades perinatales, son frecuentes y afectan a gran número de personas. Sólo el 51% de los hogares en promedio en Argentina cuenta con servicios de agua potable y cloacas con conexión a la red pública dentro de la casa. En un extremo en la Ciudad de Buenos Aires el 96% de los hogares tiene acceso a este conjunto de infraestructura básica, mientras que en Misiones sólo el 18% de las viviendas tienen agua y cloacas conectadas a red pública.

Alrededor de 15, millones (38%) de personas carecen de cobertura de salud y aún los habitantes con cobertura reciben servicios de salud de menor valor sanitario que el aporte que realizan.

---

<sup>6</sup> Artículo ACCIDENTES DE TRÁNSITO: ¿Se puede hacer más para bajar el número de muertes?  
[www.isg.org.ar](http://www.isg.org.ar)

<sup>7</sup> Anuario El País 2011

<sup>8</sup> Fuente Banco Mundial: PIB per cápita año 2010.

Los profesionales y trabajadores del sector invariablemente reclaman por su salario insuficiente, tienen poco compromiso con las instituciones, están pluriempleados y su trabajo es poco gratificante por falta de medios adecuados e incentivos.

## **Población y cobertura**

La población se distribuye en tres grandes sectores según el tipo de cobertura que poseen. Las cifras corresponden a la situación de 2010 y son solo indicativas ya que uno de los problemas del sector es la falta de un sistema de información que proporcione datos confiables.<sup>9</sup>

- a- Población bajo cobertura estatal, que son aquellos que no tienen recursos ni trabajo registrado. En este sector se incluye alrededor de 15 millones de personas, población sin cobertura (38% de la población).
- b- Población bajo cobertura de obras sociales, es decir personas que tienen trabajo y realizan aportes. Este sector está integrado por 22 millones y medio de personas (57% de la población). Esta población se distribuye en obras sociales sindicales (39%), obras sociales provinciales (36%), PAMI (20%) y obras sociales no incluidas (5%).
- c- Población bajo cobertura privada, es decir las personas que poseen recursos para procurarse su propio sistema de cobertura. Este es el sector de los seguros privados o prepagos que abarca a 2 millones de personas (5% de la población).

Existe también un porcentaje, estimado en 10%, de cobertura dobles o múltiples.

## **Sistemas de cobertura y gasto en salud**

Según información del Banco Mundial, el Gasto en Salud del Sector Público como % del gasto total en salud en el año 2010 fue del 63%. Con lo cual, el gasto privado en salud es del 37% en el año 2010.

---

<sup>9</sup> Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

En América Latina el dato de gasto en salud del sector público es muy variable, hay países como Brasil y Chile con valores de 47% en ambos casos, y países como Colombia y Costa Rica con un 73% también en los dos casos. El país que se destaca por su elevado gasto en salud del sector público es Cuba con un 95%.

En base a la última publicación del Gasto Público Consolidado de la Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo, en el año 2013 el gasto público en salud (nación, provincias y municipios) alcanzó el 6,43% del PIB, el cual viene en un sostenido aumento en los últimos 30 años.<sup>10</sup>

A continuación se presenta una tabla donde se encuentra desagregado el gasto público en salud en: gasto en la atención pública de la salud (cobertura estatal), el gasto de obras sociales, y el gasto de PAMI.

<b>Gasto Público Consolidado- Salud</b>	<b>Año 2013 (Millones de pesos)</b>	<b>% del PIB</b>
Atención pública de la salud	85.466	2,51
Obras sociales - Atención de la salud	98.344	2,89
PAMI - Atención de la salud	35.093	1,03
<b>Total</b>	<b>218.903</b>	<b>6,43</b>

Fuente: elaboración propia en base a Dirección de Análisis de Política Fiscal y de Ingresos - Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo en base a Secretaría de Hacienda, SIDIF e información pública de las provincias y obras sociales.

El gasto privado en salud se compone por dos categorías básicas. El desembolso directo de las personas o familias (gasto de bolsillo) y el pago de cuotas de seguros de salud en forma voluntaria. Generalmente este gasto es mayor en países menos desarrollados, con un número importante de la población sin cobertura. En base a información de un estudio de Tobar el gasto de bolsillo en Argentina es del 30% del gasto total en salud.<sup>11</sup>

En este estudio el autor considera que en el año 2010 el gasto total en salud en Argentina se distribuye de la siguiente manera:

<sup>10</sup> <http://www.economia.gob.ar/secretarias/politica-economica/programacion-macroeconomica/otras-publicaciones/>

<sup>11</sup> Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino, Federico Tobar, Sofía Olaviaga, Romina Solano. Diciembre 2011.

<b>Gasto Total en Salud</b>	<b>Año 2010</b>
Gasto de Obras Sociales	37%
Gasto de las familias	36%
Gasto público	27%
Total	100%

Fuente: elaboración propia en base a información de Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino, Federico Tobar, Sofía Olaviaga, Romina Solano. Diciembre 2011.

## **Subsectores de la Salud**

### **Subsector público**

El Estado, a través de las provincias, es el principal proveedor de servicios. La infraestructura y el equipamiento están desactualizados. Sufre desfinanciación por subsidiar a la seguridad social a la que presta servicios cobrando solo parte de ellos y a precios menores a su costo (muy elevados por la ineficiencia en la gestión). Es ineficiente en la gestión debido a: centralización administrativa, rigidez en la relación laboral, injerencia de la política en la gestión, ausencia de incentivos, gestión no profesional, ausencia de mantenimiento, presupuesto histórico.

### **Subsector de Obras Sociales (OS)**

Las obras sociales sindicales son 304 y tienen los siguientes rasgos comunes que comparten con PAMI y las obras sociales provinciales:

- Carácter obligatorio de la afiliación. Esto determina poblaciones cautivas cuyo aporte es independiente de la calidad del servicio y la conformidad del usuario. A partir de 1997 los beneficiarios de obras sociales sindicales pueden cambiar de OS.
- Tamaño dispar, muchas veces insuficiente para alcanzar la escala que asegure dispersión adecuada del riesgo y rentabilidad económica. El 47% de ellas tiene menos de 5000 afiliados.

- Desigualdad entre ellas y dentro de ellas (inequidad geográfica) en cuanto a la cobertura y calidad de los servicios.
- Modelo de atención histórico basado en el pago por prestación y libre elección que tiende a la sobreprestación e inflación de costos. Actualmente están evolucionando al pago capitado y otros métodos.
- Ineficiencia administrativa por exceso de personal y déficit de sistemas de información y desvío de fondos a otros fines.
- Descreme. Los empleados de salarios altos tienden a migrar (con sus recursos y no con una cápita fijada por ley) hacia Obras sociales que ofrecen mejores prestaciones, con cuotas más altas o hacia seguros privados de salud, dejando a otras Obras sociales con menores aportes, con grupos de personas de salarios más bajos y más riesgosas, lo que implican costos más altos para dichas instituciones.

### **Subsector privado**

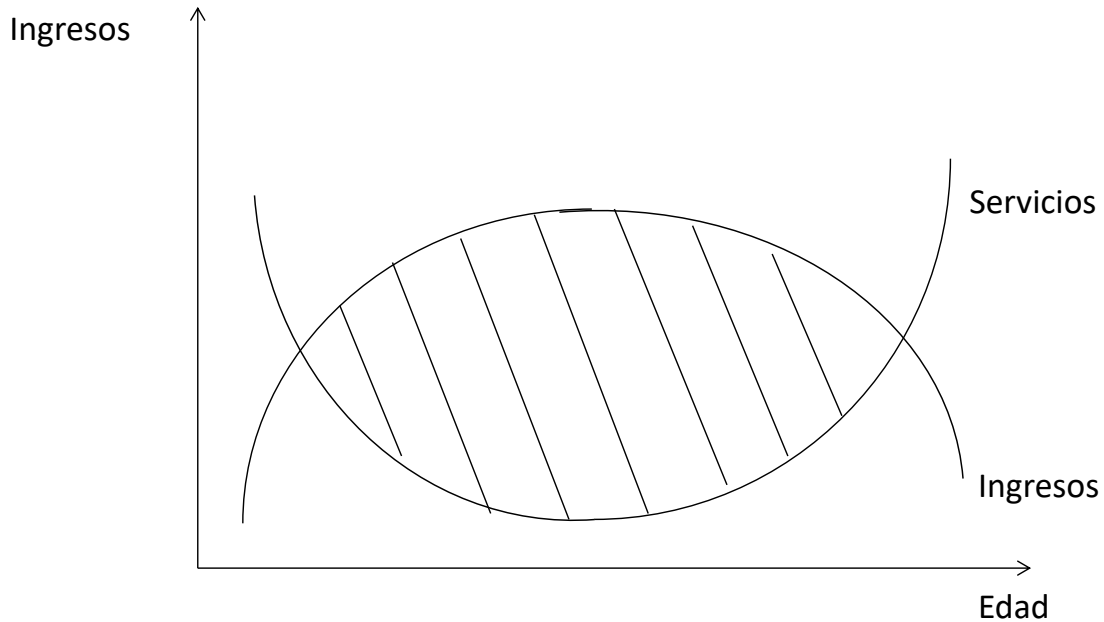
Constituido por las empresas de seguros privados de salud y los proveedores privados de servicios.

Las empresas de seguros se caracterizan por la afiliación voluntaria, cobertura según aporte, exclusiones y carencias diversas. La regulación y control estatal consiste fundamentalmente en la autorización (muchas veces arbitraria) de los aumentos de las cuotas de los asociados.

Los prestadores privados son el sector de clínicas y sanatorios (aproximadamente 1.500 establecimientos y 70.000 camas). La gestión es inadecuada manteniendo como objetivo principal la rentabilidad priorizando la oferta de prestaciones rentables, menos costo-efectivas, complejas y de alto costo, subprestando en los contratos capitados, sobreprestando cuando facturan por prestación y sacrificando la calidad.

El sistema es solidario al interior de las aseguradoras y de las obras sociales y no entre dichas instituciones.

En el gráfico que se presenta a continuación se observa que en la vida de las personas los primeros años de vida y los últimos son los más caros, contando con menos recursos de los que se utilizan en servicios de salud. En edades de máxima producción los servicios que se utilizan son menores. Por lo tanto, al interior de las empresas de seguros privados y de las obras sociales existe solidaridad entre sus miembros, y no así entre las instituciones.



## 4- PROPUESTA DE REDISEÑO DEL SECTOR SALUD

### 1- Introducción

En esta sección se presenta una propuesta de rediseño del sistema de salud de Argentina, considerando como punto de partida el actual sistema y la realidad en la cual se enmarca.

Se definen los roles, competencias y responsabilidades de los diferentes actores del sistema, tanto del Gobierno Nacional, Provincial, y de todas las instituciones involucradas.

En este modelo el Estado debe desempeñar un papel relevante como garante, regulador del derecho a la salud y responsable último del sistema, sin que necesariamente implique que sea el ejecutor final de las funciones del sistema de salud, tales como el aseguramiento o la provisión de servicios.

El Estado Nacional o Provincial, según el caso, debe garantizar a los habitantes del país, el acceso a los servicios de salud considerados como básicos, tanto los de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad, como los asistenciales para la recuperación de la salud y rehabilitación. El Estado también debe asegurar que los recursos se asignen con equidad, se utilicen con eficiencia y eficacia y aseguren la prestación de servicios de calidad. Asimismo, el Estado debe promover la participación social en la toma de decisiones y gestión del sistema y hacer efectivo que la salud esté presente en todas las políticas públicas.

Se necesita de una Ley marco Nacional que contemple el modelo, sus características y líneas estratégicas. Debe establecer las instancias responsables de la rectoría del sistema, la financiación y distribución recursos, el aseguramiento y la provisión de servicios.

Además de la Ley marco de Salud, es necesario que se firme entre la Nación y las provincias un Pacto Federal de Salud, mediante el cual las provincias adhieran a la ley nacional y apliquen el sistema nacional de salud.

## **2- Funciones, Instituciones y mecanismo del Sistema de Salud**

En esta sección se describen las funciones básicas del sistema, y a medida que se avanza en cada una, también se definen las instituciones involucradas y las líneas principales de funcionamiento.

Las funciones básicas del sistema de salud propuestas son:

- a. Rectoría
- b. Aseguramiento y compra de servicios
- c. Financiación y distribución de recursos

#### d. Provisión de servicios

Para un buen desempeño de un sistema de salud se considera relevante destacar la importancia de que las diferentes funciones sean ejercidas por instituciones y autoridades diferentes en cada una de ellas, generando incentivos que tiendan hacia un sistema eficiente y a su vez equitativo y de control recíproco.

### 1. Rectoría

La rectoría comprende todas las funciones necesarias para la conducción del sistema, es decir, incluye la regulación, la elaboración de políticas y las relaciones intra e intersectoriales.

Dadas las características del sistema federal argentino y el actual sistema de salud, se propone que estas funciones involucren en forma compartida al Estado Nacional y a los Estados Provinciales a través del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de salud provinciales.

#### ➤ **El Estado Nacional debe ser responsable de:**

- Conducir las funciones inherentes a la seguridad nacional en materia sanitaria, la coordinación y el consenso de aquellas políticas con las provincias, la representación de la Nación en los foros internacionales de salud y las relaciones con otros países en materia de salud.
- Las funciones de promover, evaluar y controlar el cumplimiento de los principios y objetivos básicos del sistema.
- Definir las regiones sanitarias, los niveles de competencia de las mismas en función del análisis de necesidad-demanda de la población residente en relación con la oferta de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia nacional.
- Definir el conjunto básico de prestaciones preventivas y asistenciales, de cobertura universal, requerido para lograr un nivel de salud acorde al conocimiento científico y tecnológico permanentemente actualizado y compatible con el nivel de desarrollo socioeconómico de la Nación.



- Definir la decisión de financiamiento y de acceso a las tecnologías médicas (medicamentos, equipos, procedimientos y dispositivos) basada en la evidencia científica, adecuada a las necesidades y a las posibilidades de financiación.
  - Definir un modelo prestacional único para toda la Nación.<sup>12</sup>
- **Los Estados Provinciales deben ser responsables de:**
- Proveer, por sí mismas o a través de los municipios (unidad territorial y poblacional del sistema de salud) o entidades no gubernamentales sin fines de lucro, los servicios de promoción, protección y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad<sup>13</sup>.
  - Rediseñar, asistidas por la Nación, su red de servicios asistenciales (Centros de Salud y Hospitales) en cuanto a tamaño, niveles de complejidad y formas de provisión de los servicios, a fin de adecuarla a las necesidades de la población. Promover en los centros de atención de asistencia públicos el proceso de descentralización, autogestión y financiamiento por producción, procediendo a la profesionalización completa de la gestión.
  - La habilitación y categorización de establecimientos de salud, promover la acreditación de servicios de salud, aprobación de la instalación de equipos para diagnóstico y tratamiento.
  - Recursos humanos en salud: la matriculación de las profesiones de la salud, la certificación y recertificación de las especialidades médicas y determinar y promover el desarrollo de profesionales de salud en función de las necesidades de la población.

---

<sup>12</sup> Más adelante en el documento, se propone que el núcleo central y puerta de entrada del modelo sea el sistema de atención primaria por medio de médicos con población a cargo que permita atender de forma eficiente los problemas de salud de alta frecuencia e impacto con recursos de baja complejidad tecnológica a un costo adecuado.

<sup>13</sup> En Guatemala y otros países de Centroamérica los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para poblaciones sin acceso a los servicios públicos por razones geográficas, sociales o culturales han sido externalizados a ONG que los prestan recibiendo un pago por ello el cual está vinculado al cumplimiento de objetivos de actividad y de mejoramiento de la salud de las poblaciones beneficiadas. Esto ha significado el acceso a este tipo de servicios del 25% de la población.

## 2. Aseguramiento y compra de servicios

- El sistema de seguro de salud argentino ejercería sus funciones a través de prestadores de los servicios de seguro (Entes Primarios del Seguro o EPS), los cuales podrían ser de titularidad pública, privada o mixta y libremente elegidos por los aportantes. Estas instituciones tendrían a su cargo ofrecer cobertura de salud a sus afiliados.
- Todas las personas residentes en Argentina estarían obligadas a afiliarse a un EPS, realizando sus aportes correspondientes, ya sea en el caso de trabajadores en relación de dependencia o de forma autónoma. También estarían obligadas afiliarse a algún EPS las personas sin trabajo estable o con trabajo informal, como también los pobres e indigentes (en este último caso los EPS recibirían los fondos del Seguro Público de Salud o SPS, que se explica a continuación).
- Para el caso de personas que carezcan de trabajo o de recursos, es decir, personas sin trabajo estable o trabajo informal, pobres e indigentes, que no tengan los recursos necesarios para realizar los aportes al sistema de salud, contarían con un Seguro Público de Salud (SPS). Este SPS estaría constituido por recursos del Estado (rentas generales), y se asignarían a los EPS que elijan las personas.
- El Ente de Financiación, distribución, reaseguro y Superintendencia del seguro de salud (EFS), sería la Institución a cargo de la recaudación de los recursos que financien el sistema de salud. Estos recursos constituirían el Fondo Único de financiación de la Salud (FUS). Estaría a su vez a cargo de la administración de este FUS y con ello de la distribución de estos fondos. También debería cumplir con la funciones de supervisar a los EPS.
- El EFS tendría a su cargo la responsabilidad de confeccionar y mantener actualizado el padrón de beneficiarios del sistema de seguro de salud, como así también determinar las condiciones y requisitos que deberían reunir las

entidades que pretendan operar como EPS y autorizar a aquellos que las cumplan.

- Se propone que los EPS conformen su cartera de servicios de primero, segundo y tercer nivel sobre la base del Programa Médico Obligatorio (PMO) fijado y actualizado por el Estado Nacional. Asimismo, podrían diversificar sus ofertas incluyendo servicios técnicos y elementos de confort optativos, no contemplados en el PMO, los que formarían parte de planes preestablecidos y serían pagados por los beneficiarios fuera del aporte que les corresponde.
- Los EPS contarían con un sistema de reaseguro administrado por el EFS para cubrir los gastos originados por las enfermedades de baja frecuencia y alto costo.
- Los EPS recibirán una cuota parte por persona adherida relacionada con el riesgo conocido (edad, sexo, enfermedades preexistentes, lugar de residencia y otras variables específicas del beneficiario), como se explica en la sección de financiamiento y distribución.
- Los beneficiarios podrían cambiar de EPS periódicamente. Los EPS no podrían rechazar la afiliación de beneficiarios.
- Las actuales organizaciones de la seguridad social podrían actuar como EPS adecuándose a la normativa que se determine.

### 3. Financiación y distribución de recursos

En cuanto a la **fuentes** de los recursos que financien el sistema de salud, se propone que estos provengan de una alícuota del salario de trabajadores en relación de dependencia; contribuciones de los autónomos y monotributistas, y aportes del Estado provenientes de rentas generales (impuestos nacionales o provinciales)

Estos recursos integrarían el Fondo Único de financiación de la Salud (FUS) gestionado por el Ente de Financiación, distribución, reaseguro y Superintendencia del seguro de salud (EFS).

A continuación se presenta la **distribución** de FUS, en donde se propone que se componga en 3 partes:

- Los entes primarios del seguro de salud (EPS), ofrecerían cobertura a sus afiliados, financiándose con la mayor parte de este fondo. La asignación que recibirían por beneficiario, tendría relación con los riesgos conocidos del mismo en función de la edad, sexo, enfermedades preexistentes, lugar de residencia y otras variables específicas del beneficiario. Operaría un sistema de ajuste por riesgo, con lo cual se evita el problema de selección adversa que existe en el sector de la salud.
- Las funciones de administración del EFS también contarían con los recursos del FUS.
- Finalmente, se constituirá un reaseguro de las enfermedades de baja frecuencia y elevado costo de atención, que recibirían los EPS para solventar los gastos que implicaran de sus afiliados en estos casos.

#### **4. Provisión de servicios de salud**

- El modelo de atención de la salud propuesto está basado en redes de servicios públicas, privadas o mixtas, que atenderían todos los aspectos de la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Las redes serían de complejidad creciente y deberían tener alcance al menos provincial, aunque podrían extenderse al plano regional o nacional. La promoción estaría a cargo, exclusivamente del sector público.
- Se propone que la prestación de servicios asistenciales de salud esté a cargo de instituciones de titularidad pública o privada que hayan sido habilitados y categorizados por la autoridad jurisdiccional en sus aspectos esenciales y homologados por los EPS en aquellos aspectos que los mismos establezcan como exigibles para asegurar la salud de sus beneficiarios. La acreditación de establecimientos sería voluntaria y promovida por la autoridad jurisdiccional.
- La unidad básica de asistencia de salud o primer nivel de atención, sería el sistema de atención primaria constituido por profesionales con población a

cargo. Este equipo adecuadamente capacitado, comprometido y financiado sería capaz de resolver la gran mayoría de los problemas de salud utilizando tecnología de complejidad adecuada a un costo razonable<sup>14</sup>.

- Los beneficiarios de los EPS pueden elegir el equipo de atención primaria que constituye la puerta de entrada al sistema de salud<sup>15</sup>. Los EPS financiarían la atención primaria a través del pago per cápita a los profesionales elegidos.
- El segundo nivel de atención sería el hospital general básico que contaría con internación médica, toco-ginecología, pediatría y especialidades básicas, así como los medios rutinarios de diagnóstico de laboratorio y por imágenes.
- El tercer nivel de complejidad del sistema lo constituyen los hospitales que realizan cirugía y que poseen los servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados para sustentar la actividad quirúrgica.
- El cuarto nivel consiste en hospitales que realizan las prestaciones de salud de alta complejidad, tanto en diagnóstico como en tratamiento y que son el nivel de referencia de la red provincial y en algunos casos regional. Cabe destacar, que el área de cobertura aumenta a medida que se incrementa la complejidad de las prestaciones.
- Los afiliados de los distintos EPS utilizarían en primera instancia el nivel inicial del sistema, el cual sería el orientador general de las prestaciones y servicios que los pacientes deben recibir. Para esto se propone estructurar un sistema de información y contacto permanente entre los profesionales de atención primaria y los del resto de la red a los fines de una atención humanizada, de calidad técnica y orientada a la satisfacción de los usuarios, manteniendo el continuum asistencial.
- Los establecimientos de salud del sector público pasarían a ser empresas públicas descentralizadas, adoptarían la organización interna y el modelo de funcionamiento de empresas de servicios, deberían financiarse basándose en su cuenta de resultados. Se debe profesionalizar la gestión y poseer capacidad

---

<sup>14</sup> Inglaterra y Holanda son ejemplos de sistemas basados en que la puerta de entrada la constituyen los médicos de cabecera, quienes derivan a los especialistas en caso de requerirlo. En Holanda solo es necesario derivar un 4% de la población atendida por médicos de cabecera.

<sup>15</sup> El paciente debe contar con suficiente información para la elección.

para la determinación de la planta de personal y el tipo de relación laboral con sus agentes.

#### **a- Recursos Humanos**

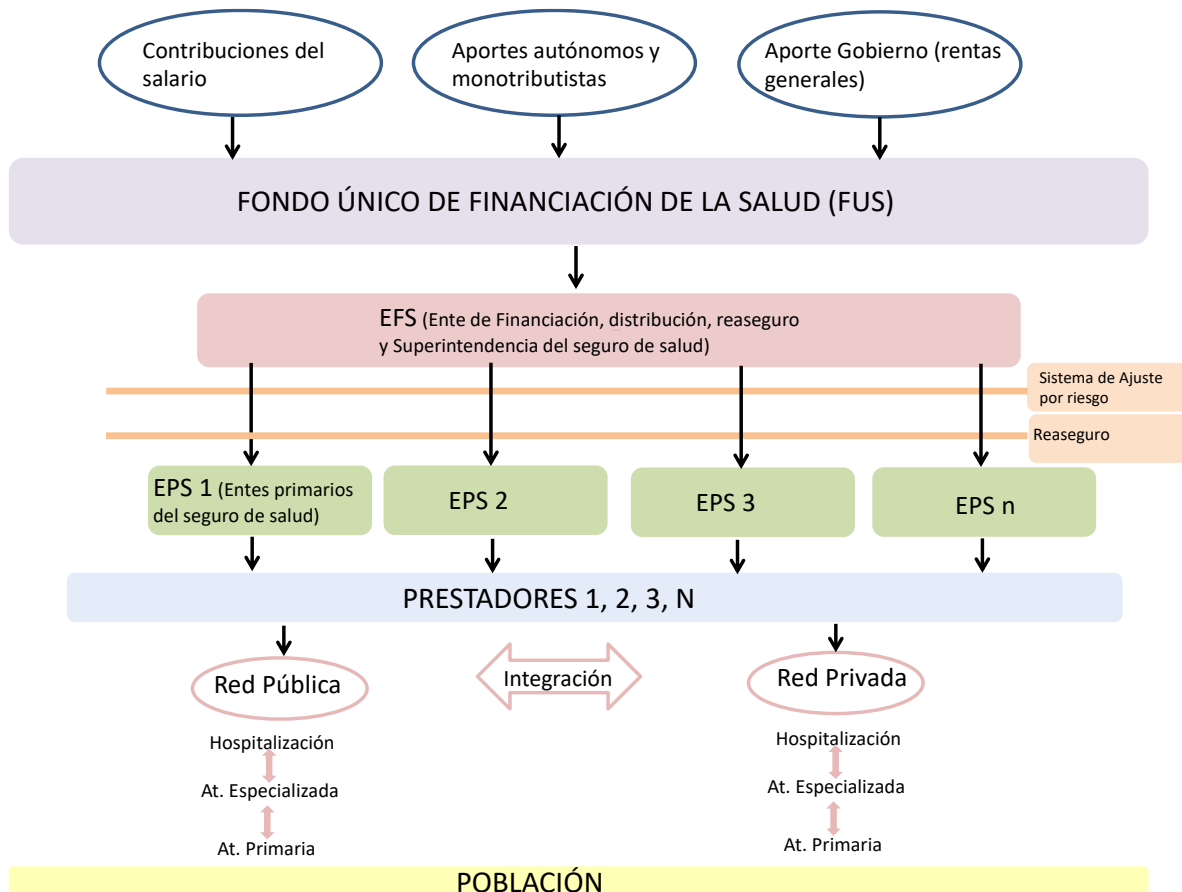
- El Estado Nacional, de forma consensuada con las jurisdicciones provinciales y las autoridades universitarias, orientará la política general de recursos humanos del sector salud en lo que se refiere a número de profesionales de cada disciplina que requiere el sistema, el nivel de cualificación que éstos deberían alcanzar para el ejercicio profesional, el tipo general de relaciones laborales del sector, el sistema de capacitación permanente que se ofrecería a los trabajadores y profesionales y el sistema de retribuciones e incentivos a aplicar para maximizar el rendimiento y la satisfacción y realización profesionales.
- Los empleados de los establecimientos públicos dejarían de ser considerados empleados públicos y pasarían a desempeñar sus funciones bajo el régimen de derecho laboral privado.

#### **b- Infraestructura, equipos e insumos**

- El Estado Nacional, por sí mismo mediante organizaciones sin fines de lucro, estaría a cargo de analizar la incorporación y financiación de tecnologías nuevas y/o de alta complejidad que sean necesarios para satisfacer las necesidades de la población, previa evaluación económica de las tecnologías, sobre las bases del modelo de atención de la salud y estándares nacionales e internacionales de utilización de los mismos.
- El EFS fijaría, de acuerdo a las tasas de utilización previstas, la necesidad de incorporar equipos de alta complejidad tecnológica, permitiendo la competencia pero evitando la sobre oferta que genera demanda innecesaria.
- El Estado Nacional definiría, de forma consensuada con las jurisdicciones provinciales, una política de medicamentos considerando como principio rector el uso racional, equitativo y eficiente de los mismos y como instrumentos básicos el formulario terapéutico nacional de monodrogas, la educación médica para la

prescripción responsable de medicamentos, aplicación de guías de práctica clínica, prescripción por genérico.

## ESQUEMA DE SISTEMA DE SALUD



## 5- REFLEXIONES Y CONCLUSIONES

- Salud como un sistema. El sector salud en Argentina no funciona como un verdadero sistema y el desafío consiste en que sus componentes (subsectores público, de la seguridad social y privado), trabajen de forma coordinada y bajo una normativa legal única que resulte de la aplicación de una política de estado de consenso.

- El tiempo de los cambios. Los cambios que seguramente resultarán de esa política de estado serán profundos y de largo aliento, debiendo establecerse un tiempo de al menos 10 años de transición para alcanzar resultados positivos. Debe haber un plan de largo plazo para ajustar el desorden actual y transitar a un sistema ordenado, previsible y transparente.
- Un requisito sine qua non. Como requisito previo para el diseño de una política de estado para el sector es indispensable un acuerdo amplio entre las fuerzas políticas con representación parlamentaria para proteger las transformaciones bajo un paraguas de consenso.
- Desafíos del sistema. El Sistema que se implante, fruto del consenso, debe tender al uso racional de los recursos, a aceptar que no es posible gastar más de lo que ingresa, a la eficiencia y a la prestación de servicios de calidad.
- Separación de funciones. Las responsabilidades y la gestión del sistema deben separarse, es decir, la financiación, el aseguramiento y compra, y la provisión deben estar bajo conducciones diferentes para garantizar controles recíprocos y lograr la máxima eficiencia.
- Coordinación público – privada. El sistema que se implante no debe reiterar la antinomia público-privado. Por el contrario, debe haber una integración y complementación entre los subsectores que optimice el esfuerzo y la inversión.
- Modificar el financiamiento. El sector público requiere un proceso de adaptación que consistirá en pasar del subsidio de la oferta a la demanda. Debe haber modificaciones legales tendientes a esto.