



CA.DI.ME frente a la necesaria reforma del sistema de salud Argentino

Introducción

En Junio pasado CA.DI.ME lanzo su *Convocatoria al Debate sobre el Sistema Nacional de Salud*.

Señalábamos entonces la necesidad de permanente adecuación de los sistemas de Salud a las cambiantes condiciones demográficas y epidemiológicas, la necesidad de avanzar hacia modelos de cobertura universal, y el énfasis en los determinantes sociales del estado sanitario.

En ese contexto mundial, la organización de la atención sanitaria en Argentina también requiere modificaciones estructurales.

El próximo proceso electoral pone en debate nuevamente cuestiones fundamentales para nuestra sociedad y que superan el ámbito estrictamente partidario, al tiempo que exigen reflexión, concertación y planificación a mediano y largo plazo.

En una rápida caracterización del estado actual de nuestra organización sanitaria, los principales desafíos pendientes son la necesidad de mejorar las condiciones de equidad en el acceso, la extensión de la garantía de calidad de sus servicios, y la eficiente articulación entre diferentes modelos de financiamiento y prestación.

Las palabras claves para nuestro sistema de salud debieran ser: integración, equidad, calidad y eficiencia.

Para ello se requiere un Estado Nacional con capacidad de rectoría, y de convocatoria y gestión en la concertación de políticas, la disminución de las diferencias jurisdiccionales o regionales, y la regulación de aspectos centrales, tales como la incorporación de tecnología (en un sentido amplio) al sistema.

Es imprescindible también que sea el Estado Nacional quien consensue y articule extrasectorialmente políticas de formación de profesionales y técnicos orientadas a un Proyecto Nacional en Salud, en función de prioridades, objetivos y herramientas sustentables en el largo plazo.

Dicho proyecto debe incluir a todas las jurisdicciones e instancias en las cuales actualmente residen aspectos parciales de la financiación, el aseguramiento y la prestación de servicios, y debe ser el producto de una amplia convocatoria y debate social, con la participación de todos los sectores de la Comunidad.

De tal manera, una Ley Nacional de Salud debería ser el resultado de un proceso de movilización y discusión que nos permita establecer, como Nación, objetivos sostenibles a mediano y largo plazo.



Algunas premisas centrales

- Las definiciones en materia de organización, financiamiento, gestión y rectoría del Sector Salud, deben integrarse al concepto de política de Estado, y preservarse de los vaivenes de eventuales administraciones de gobierno, para consolidar un eje sustancial para el desarrollo económico y social de los argentinos.
- Nuestro sistema de Salud debe entenderse como la sumatoria de los recursos, capacidades y actividades de propiedad estatal y privada. Nuestra modalidad organizacional actual está conformada por una gestión desarticulada e independiente entre los diferentes grupos financiadores, privados y estatales.
- El sistema de atención resultante carece de políticas integrales e integradas, así como de redes asistenciales que se articulen según las necesidades de salud. La asignación de recursos no es óptima y se vincula más a la disponibilidad de caja que a las necesidades sanitarias, e inclusive, los aportes realizados por las personas. Todo lo cual afecta la calidad y la eficiencia del sistema.
- La conformación del modelo organizacional involucra no solo a los sectores gubernamentales, la seguridad social y al heterogéneo grupo de prestadores privados, sino que compromete, en primer lugar a la ciudadanía misma, y también a organizaciones y empresas vinculadas al desarrollo académico, tecnológico, la producción y provisión de insumos y servicios, y especialmente a las instituciones educativas, responsables de la formación de profesionales y técnicos.
- En nuestro país es muy distinta la posibilidad de acceder a la atención médica de calidad según los lugares de residencia, capacidad de pago o limitaciones impuestas por la accesibilidad administrativa.
- El sector privado puede, y debe, contribuir a este proceso de debate técnico y movilización social, fortaleciendo la potestad y obligación del Estado (en todos sus niveles) en la conducción, regulación y control del sistema sanitario, pero también sumando su capacidad instalada y sus recursos humanos, tecnológicos y de gestión a la conformación de un sistema de salud integrador.

Resolver estas cuestiones requiere un complejo proceso de consensos que involucran tanto la elaboración técnica de alternativas organizacionales como la gestación de un proceso de legitimización social de las reformas. Una verdadera puesta en agenda de la reforma sanitaria.



Nuestra propuesta

1. Es necesaria la organización de una red de atención estatal-privada, bajo el modelo de un Sistema Nacional Integrado, financiado con fondos nacionales, jurisdiccionales, privados y de la seguridad social.

El llamado subsector público es en realidad un conjunto de organizaciones de diversa complejidad más o menos articuladas dentro de su ámbito jurisdiccional (municipal o provincial), y en general comparten severas deficiencias en la articulación operativa, ya sea por insuficiencias en la programación de las redes de referencia y contrareferencia, rigidez de las normas administrativas entre diferentes dependencias, u obstáculos impuestos en la propia cultura institucional.

Un palmario ejemplo de ello lo constituyen los numerosos conflictos interjurisdiccionales en áreas geográficas limítrofes, tanto entre hospitales públicos como para la cobertura de beneficiarios de obras sociales provinciales.

Es conocido también el carácter de prestador de última instancia, propio del sector público, que frecuentemente se hace cargo de coberturas no brindadas en la realidad por otros financiadores, especialmente las obras sociales.

En el sector de las Obras Sociales es bien conocido el concepto de solidaridad segmentada, que también impone restricciones severas, y distintas según la afiliación, al acceso a servicios asistenciales en forma oportuna.

El INSSJP constituye a grandes rasgos una mega obra social, que por su poder de compra tiene capacidad formadora de precios y generadora de normativas. Su accionar es independiente del conjunto del sistema nacional de obras sociales y el sub sector público.

El sector privado, por su parte, está constituido por una miríada de organizaciones de muy diversas características, relacionadas en algunos casos con los efectores del sector oficial en forma más o menos formal complementando la oferta de servicios a beneficiarios de ese sector, particularmente en materia de aparatología diagnóstica y/o terapéutica. Esta diversidad incluye organizaciones asistenciales que cubren toda la gama de complejidad disponible en el país, con alta concentración en los centros urbanos, pero a la vez una amplia cobertura en el territorio nacional.

También lo integran entidades financiadoras y aseguradoras de distinto origen y finalidad societaria.

En su conjunto el sector constituye un segmento particularmente relevante de la economía nacional: característicamente intensivo en la utilización de mano de obra calificada, y movilizador de un importante conjunto de actividades e industrias destinadas a proveerle servicios e insumos.



Cumple un rol económico esencial, pues al proteger y mejorar la salud de las personas contribuye a aumentar la productividad económica y el bienestar social, siendo esto fundamental para el desarrollo sostenido y la reducción de la pobreza.

Un Sistema Nacional Integrado significa, efectivamente, articular y controlar el empleo de recursos y el desempeño de sus distintos componentes, reduciendo o eliminando las ineficiencias propias de la actual fragmentación. Dichas funciones deben estar a cargo de un organismo federal, encabezado por la Nación, y con amplia participación de los diversos subsectores vinculados.

Son componentes de este Sistema la red de establecimientos asistenciales públicos de todas las jurisdicciones, las obras sociales, las empresas de medicina prepaga y los prestadores de capital privado, con o sin fines de lucro.

2. Sigue siendo central la estrategia de atención primaria de la salud, enfatizando en los objetivos de extensión de cobertura, accesibilidad, asequibilidad y énfasis en las prácticas preventivas, integrando para ello la totalidad de las estructuras asistenciales disponibles, estatales y privadas, adecuadamente categorizadas, bajo programas de garantía de calidad y adecuadamente remuneradas.

La consolidación de la estrategia de APS sigue siendo materia pendiente en la Argentina. Aunque existen numerosas experiencias en distinto grado de desarrollo, no hemos modificado las reglas de juego organizacionales y modalidades de gestión que permitan abordar desde un enfoque conceptual distinto la prestación sanitaria: centrada en las personas y no en los pacientes, en la salud y no en la enfermedad, en la comunidad y no en el caso.

Desarrollar este cambio requiere no solo del enunciado de la voluntad política, sino también del involucramiento profundo de las instituciones formadoras de profesionales y técnicos para la salud, y la transformación del modelo prestador a través de un cambio en las reglas del financiamiento: qué se paga (prioridades, canasta de prestaciones aseguradas, seleccionadas considerando su costo-efectividad) y cómo (incentivos para promover la atención preventiva y detección temprana, etc.).

Es evidente, entonces, que tanto la formación del personal requerido, como la definición del modelo prestador y las reglas del financiamiento deben alinearse tras una política nacional de salud.



3. El Sistema Nacional Integrado debería asegurar la universalización de la cobertura, un mayor acceso efectivo a los sistemas de atención y preservar la capacidad de elección de los usuarios.

El objeto central de la construcción de un sistema integrado es que todos los argentinos, independientemente de su situación socioeconómica, el ámbito jurisdiccional, el origen o el destino de su aporte para la salud, su historia o su lugar de residencia accedan a un conjunto de prestaciones sanitarias garantizadas, en cantidad y calidad, preservando su capacidad de elección de los prestadores preferidos.

Dicha universalización de la cobertura podrá expresarse a través de programas de cobertura de carácter regional, en atención a las peculiaridades propias de la extensión de nuestro país.

Un requisito para la concreción de este objetivo es la integración nacional de sistemas electrónicos de información clínica, que respalden la libre circulación de los argentinos por los distintos efectores del sistema integrado.

4. El Estado Nacional debería ser garante en subsidio y bajo condiciones de recupero de las prestaciones a cargo de las jurisdicciones, la Seguridad Social y las empresas de salud privadas.

El Estado Nacional no solo debe asumir su carácter rector del sistema en los aspectos normativos, de coordinación y autoridad sanitaria, sino que debe asegurar los supuestos de la cobertura universal a través de garantizar el acceso equitativo al sistema de salud para toda la población mediante el financiamiento, bajo condiciones de recupero al efecto del sistema responsable del pago; ya sea este jurisdiccional, de la seguridad social o de la medicina prepaga.

Para ello se requiere de una efectiva coordinación intersectorial y un ordenamiento operativo efectivo y eficiente, vinculando los sistemas de información clínico y los de gestión financiera

5. Es necesario el reordenamiento de la oferta prestacional en función de las necesidades detectadas, la demanda social y la racional utilización de los recursos tecnológicos (medicamentos, recursos diagnósticos, terapéuticos, etc.) estableciendo capacidad técnica y normativa nacional única.

La efectiva integración de las redes de atención estatales-privadas requiere la racionalización del desarrollo de infraestructura y la incorporación de equipamientos y tecnología de alto costo.

La tecnología innecesaria, redundante o poco probada aumenta los costos del sistema y no aporta a la calidad de los servicios que las personas reciben.



Es imprescindible desarrollar una capacidad nacional para la evaluación de tecnologías, y transparentar la discusión de las modalidades de incorporación y desafectación de las mismas a la cobertura del sistema nacional integrado, a través de un organismo público de carácter federal con alta calificación científica y tecnológica.

6. La promoción de programas de investigación y desarrollo para la sustitución de importaciones en salud, y el desarrollo de industria farmacéutica nacional deben formar parte de una política nacional.

Hemos señalado que el sector salud requiere gran cantidad de insumos de diverso tipo que en gran parte se importan. El desarrollo de la capacidad de producción nacional de los mismos aportaría sustancialmente al desarrollo de la economía nacional por la vía de la balanza comercial, el mercado laboral, el desarrollo de capital humano y la disminución de los costos del sistema.

7. Deben integrarse la totalidad de las jurisdicciones, con sus peculiaridades regionales.

No es posible concebir un sistema nacional sin la plena integración al mismo de la totalidad de las jurisdicciones. La responsabilidad sobre la prestación de servicios sanitarios no ha sido delegada por las jurisdicciones a la nación, por lo tanto se requiere encontrar el consenso necesario para la herramienta jurídica que permita dicha integración. Con seguridad ese debate no podrá darse sin las referencias a cuestiones centrales del federalismo, pendientes entre nosotros desde la reforma constitucional de 1994.

8. Debe articularse la formación de profesionales y técnicos con los objetivos de la política nacional de salud y la instrumentación del Sistema propuesto.

La universidad debe ser un actor relevante del desarrollo de la política nacional de salud, tanto porque debería ordenarse y reorientarse la oferta de profesionales y técnicos (lo cual implica reformular carreras y programas de formación), como por su rol en el desarrollo de la investigación científica, tanto básica como aplicada, íntimamente vinculadas a la calidad, efectividad y economía del sector.

9. Es imprescindible la participación efectiva de los subsectores y grupos sociales representativos en la conducción y el monitoreo del Sistema (Estado, actividad privada y sociedad civil).

La calidad de la reforma sanitaria que podamos construir los argentinos dependerá menos de un conjunto de técnicos iluminados que de la calidad del proceso de debate social a través del cual todos los distintos sectores interesados puedan concretar los acuerdos necesarios.



La puesta en agenda del problema de la salud en Argentina no puede agotarse en la obtención de algunas reivindicaciones puntuales o coyunturales de tal o cual sector, sino que, dada su trascendencia y el carácter intergeneracional de las consecuencias de muchas de las decisiones que deben tomarse (especialmente en el financiamiento pero también en el desarrollo de un nuevo modelo asistencial y de gestión), requiere pensar en un proyecto de Nación, a mediano y largo plazo.

Algunos datos del Sector:

Los prestadores PYMES cumplen un rol social central en la estrategia de la APS al facilitar el acceso geográfico a la atención de la salud, extender la cobertura y la equidad prestacional. Asimismo también incide en la racionalización de recursos sanitarios en un mismo espacio programático. Estos servicios en red son los que contienen el 80% de la demanda asistencial sanitaria. Asimismo cumple un rol fundamental en la reconversión del gasto priorizando una salud de la prevención a una de la enfermedad.

Gasto en Salud: Según datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales del Ministerio de Economía, reflejan que durante el año 2009 los Municipios en todo el país asignaron para la atención pública de la salud \$3.996 millones (0,35 % del PIB), las Provincias incluyendo CABA \$20.045 millones (1,35 % del PIB) y la Nación \$5.378 (0,47 % del PIB). Por su parte, el Sistema de Obras Sociales (Nacionales y Provinciales) asignó \$31.385 millones (2,74 % del PIB) y el INSSJyP \$10.347 (0,90 % del PIB). En conjunto esta erogación pública y de la Seguridad Social representó \$71.152 millones. Es decir, un 6,21% del PIB, que si se adicionan aproximadamente \$23.000 millones (2,04 % del PIB), en concepto de gastos directos de bolsillo (medicamentos, pago directo de servicios, etc.) y aproximadamente \$9.700 millones (0,85 % del PIB), en concepto de gastos en seguros privados, prepagas, etc., se encuentra entonces con que el sector ha representado en el 2009 un **9,1% del PIB** es decir una inversión y gasto total para el área de **\$ 104.250 millones**.

Si por el efecto de precios y cantidades, se asumiera además que durante el año 2010 esto se ha incrementado más allá del crecimiento global de la economía, llegando por ejemplo a alcanzar un **9,3 % del PIB**, entonces la totalidad de inversión y gasto en salud podría haber llegado a los **\$ 134.200 millones**.

Respecto a la salud y su relación con la productividad empresarial y el desarrollo socioeconómico, hay estudios suficientes que respaldan que existen beneficios directos resultantes de la inversión en seguridad y salud en el trabajo en términos microeconómicos, con resultados que ofrecen una relación de rendimiento de la prevención de 2,2. En la práctica, esto **significa que por cada peso que las empresas invierten por empleado cada año en la prevención en el lugar de trabajo, las empresas pueden esperar un rendimiento económico potencial de \$2,20**. Los resultados avalan el argumento microeconómico para que las empresas inviertan en prevención médica” (Asociación Internacional de la Seguridad Social, Ginebra 2011).



Oferta de servicios públicos y privados: Los registros del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, indican que en la actualidad existe un registro de 18.959 establecimientos de salud y un total de 525.275 profesionales de la salud.

Si se consideran los establecimientos por origen de financiamiento, se observa que el 49% de ellos (9.329) pertenecen al subsector público y el 51% restante al subsector privado (9.630).

Según el Ministerio de Salud de la Nación, hasta Marzo de 2012 existen en el país un total de 183.890 camas, de las cuales el 47% son de titularidad Estatal, y el 53% privadas. Las mismas se reparten en 4.370 instituciones, de las cuales el 68% son de titularidad privada. Las instituciones públicas son en promedio del doble de tamaño (en camas) que las privadas: 62 contra 33 camas por institución. En cuanto a establecimientos sin internación, se reportan 14.567, de los cuales el 41% (7.850) son públicos y el 27% (5.206) son privados. Analizando el conjunto de establecimientos sin internación se advierte que el 98% de los establecimientos públicos son clasificados como de “diagnóstico y tratamiento”, mientras que en el subsector privado se distribuyen: 47,4% (10.963) diagnóstico y tratamiento; 31,2% (2.093) de diagnóstico solamente; 12,6% (854) de tratamiento y 8,8% (657) de “complementarios”.