

# CONVOCATORIA AL DEBATE Y CONSENSO PARA ESTABLECER POLÍTICAS DE ESTADO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A comienzos del año, CA.DI.ME. elaboró un importante documento que sirviera de base para una convocatoria al debate que determine Políticas Estado para el Sector Salud

## 1. Por qué establecer Políticas de Estado

La actualización de estimaciones sobre cobertura de salud poblacional, nos indican un conjunto de datos significativos para la Argentina del 2015:

- Un 33,6% de la población total no cuenta aún con cobertura de salud nominalmente organizada dependiendo de los servicios públicos disponibles en las distintas jurisdicciones sin una garantía formal de alcance (PMO) o calidad de prestaciones.
- Un 62,9% de la población total se encuentra cubierta por una muy fragmentada Seguridad Social (OSN, OSP y PAMI).
- Un 11,6 % de la población total posee seguros privados (EMP, mutuales, etc.).
- El 8,1% de la población total se estima que posee más de una cobertura formal o seguro organizado.

Estas circunstancias reafirman por una parte la persistencia de importantes inequidades en términos de accesibilidad y calidad de beneficios para todos los ciudadanos; y por la otra, una ineficiente asignación de recursos que desaprovecha capacidades instaladas y aumenta la fragmentación y desigualdad social.

Para el Observatorio Europeo de Sistemas de Salud, aún los mejores sistemas sanitarios del mundo deben considerarse como Sistemas en transición. La noción de transición supone que todos ellos son perfectibles, y que deberán mejorar aún más en función de cambios

previsibles como son los de orden demográfico y epidemiológico, así como potenciar un desarrollo humano, social y económico sustentable.

De igual forma a nivel mundial y en distintos espacios internacionales incluyendo nuestro país, la cobertura sanitaria universal es todavía un objetivo a cumplir. El énfasis puesto por diversas organizaciones internacionales respecto del peso de los determinantes sociales de la salud, y el hecho evidente de una cada vez más significativa inequidad en la distribución de la riqueza, deben configurar la nueva mirada sobre la calidad y la efectividad de los Sistemas de Salud de las naciones.

Es un hecho reconocido que la organización de la atención sanitaria en Argentina también requiere de importantes modificaciones estructurales que nos permitan asegurar la universalidad, el acceso, la equidad y la calidad de nuestro sistema. Nuestra organización sanitaria acumula hoy numerosas líneas de tensión que amenazan con quebrantar más gravemente aún su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población. Fundamentalmente en vista de los cambios epidemiológicos y sociales propios del desarrollo económico y sus consecuencias sobre la demografía, los estilos de vida, y el acceso de las personas a la atención que necesitan.

Debemos repensar, entonces, la forma de organizar y gestionar la enorme capacidad sanitaria que hemos construido los argentinos

desde mediados del siglo XX. La realidad ha cambiado, no es posible brindar prestaciones del siglo XXI con prácticas y estructuras organizativas del siglo XIX.

Estas modificaciones, por su profundidad y su relevancia deben ser producto de una discusión política y social amplia. Deben integrarse al concepto de políticas 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, entendido como la sumatoria de los recursos, capacidades y actividades de propiedad estatal y privada, se define primariamente por dos condiciones: la fragmentación y la segmentación de sus prestaciones asistenciales.

Nuestra modalidad organizacional 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, carece 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 efectividad 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.

Así es que 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.

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.

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.

Por todo ello CA.DI.ME. convoca a diferentes referentes del sector, tanto usuarios, como prestadores, proveedores, autoridades públicas y de organizaciones no gubernamentales, entidades académicas y educativas, expertos, autoridades políticas, al igual que a los sectores que indirectamente pueden incidir en la construcción de un sistema de salud universal (transporte, planeamiento urbano, educación, etc.) a impulsar un conjunto de acciones y debates sobre los distintos aspectos y alternativas posibles para encarar una reforma sanitaria en Argentina.

## 2. Datos relevantes:

Recursos en Salud: Los últimos datos oficiales publicados Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales del Ministerio de Economía, reflejaban 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 encontraba entonces con que el sector representaba en el 2009 un 9,1% del PIB.

Si se presupone que esos porcentuales pueden haberse mantenido y considerando un PIB difundido para el año 2014 de \$ corrientes de 3.243.974 millones, entonces la inversión y gasto en salud habría representado \$291.958 millones, una cifra por demás considerable.

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 a Noviembre 2015 existe un registro de 23.687 establecimientos de salud y un total de 770.500 profesionales de la salud.

Si se consideran los establecimientos por origen de financiamiento, se observa que el 44% de ellos (10.342) pertenecen al subsector público y el 56% restante al subsector privado (9.63013.345).

Según el Ministerio de Salud de la Nación, hasta Noviembre de 2015 existen en el país un total de 212390 camas, de las cuales el 47% son de titularidad Estatal, y el 53% privadas. Las mismas se reparten en 5.105 instituciones, de las cuales el 69% son de titularidad privada. Las instituciones públicas son en promedio del doble de tamaño (en camas).

En cuanto a establecimientos sin internación, se reportan 18.579, de los cuales el 47,5% (8.818) son públicos y el 52,5% (9.761) son privados.

Analizando el conjunto de establecimientos sin internación se advierte que el 72% son clasificados como de "diagnóstico y tratamiento": el 37% de ellos son privados.

Los prestadores PYMES cumplen y deben extender 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 lo que 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 pueden cumplir un rol fundamental en la reconversión del gasto priorizando una salud de la prevención a una de la enfermedad.

La fragmentación prestacional y poblacional resulta evidente:

#### **Población según cobertura de Salud (estimación junio 2015)**

<b>Financiado</b>	<b>Población bajo cobertura</b>	<b>%</b>
Obras Sociales Nacionales OSN*	15.286.943	35,4%
INSSJP (PAMI)*	4.657.514	10,8%
Obras sociales provinciales OSP**	7.200.000	16,7%
Población con Cobertura Pública ***	14.500.000	33,6%
Empresas de Medicina Prepaga EMP****	5.000.000	11,6%
<b>Total</b>	<b>46.644.457</b>	<b>108,1%</b>
<b>Población 2015 (proyección INDEC)</b>	<b>43.131.966</b>	

**Nota: El exceso en cantidad y porcentaje de pobl. denota el posible nivel de doble cobertura**

\* Superintendencia de Servicios de Salud - Jun. 2015

\*\* COSSPRA Oct-2014

\*\*\* Estimación sobre datos INDEC (2010) y evolución poblacional

\*\*\*\* Estudio Dr. Morgenstern & Asoc. Datos aproximados a febrero 2015

Salud productividad empresaria y desarrollo socioeconómico, suficientes estudios respaldan los 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).

### 3. En CA.DI.ME. creemos que:

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 (SNI) significa, efectivamente, articular y controlar el empleo de recursos y el desempeño de sus distintos componentes. 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 SNI 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. Resulta central el desarrollo integral de una 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 y bajo programas de garantía de calidad.

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, 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 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.

Obviamente, para ello se requiere de un ordenamiento operativo efectivo y eficiente, vinculando los sistemas de información clínico y los de gestión financiera.