

# ORIENTACIÓN DE LAS REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD EN LA ARGENTINA

Este documento forma parte de las investigaciones para la elaboración de propuestas de políticas públicas que lleva adelante la Fundación Libertad y Progreso.

---

Marzo 2021



## CONSIDERACIONES PRELIMINARES:

El sistema de salud se encuentra en permanente proceso de cambio. Las reformas de fondo no son las de habitual factura. Suelen confundirse reformas con modificaciones pequeñas, marginales y apenas trascendentes con los verdaderos procesos de reforma que nuestro país necesita.

Fueron pocos los intentos en este sentido. Apenas reconocemos tres en un largo análisis de 70 años, que intentaron modificaciones de importancia en lo relativo a reformas estructurales.

Es cierto que algunos otros fueron cambios de diferente magnitud. En este sentido podríamos mencionar la inicial creación del Hospital Público de Auto Gestión (HPAG) hoy de gestión descentralizada y la opción de cambio entre Obras Sociales nacionales. Ambos si bien importantes en el contexto en el que se dieron, pero no llegaron a ser verdaderos procesos de reforma.

La mayoría de ellos tuvieron algunas posibilidades con avances y retrocesos, tal como sucede en los cambios sociales. Otros tuvieron importantes resistencias para su implementación.

Pero muchos países lograron avanzar a partir de situaciones en las que se visualizó la imposibilidad de sostener aquellos que financieramente se hacían costosos y de bajos resultados, o que no podían dar una respuesta adecuada, con grandes limitaciones en el acceso y la calidad en las prestaciones a la gente. Ese es también nuestro caso.

La presente es una propuesta técnica. Los datos que la sustentan son hartamente conocidos y en el presente los reducimos a los considerados mínimos imprescindibles. Los aspectos políticos -sin duda los más importantes porque otorgan factibilidad- no son considerados en el presente, aunque no desconocemos su importancia.

La propuesta esbozada debe ser considerada como lineamientos generales, sostenidos por criterios de:

- 1.** Mejorar la eficiencia en el sentido de gasto vs. resultados,
- 2.** Avanzar en una real libertad de elección por parte de los beneficiarios (tanto en la elección del administrador de sus recursos financieros como en el prestador que le asista),
- 3.** Lograr una aceptable dilución del riesgo (criterio básico tanto en el nivel individual, como en la sustentabilidad de cualquier seguro),
- 4.** Alcanzar la cobertura poblacional universal (esto es decir que el más amplio universo sea beneficiario de un aseguramiento explícito superando la situación actual en la que más de 15 millones de ciudadanos carecen de cobertura o aseguramiento de ningún tipo),
- 5.** Definir un piso básico de cobertura (esto es: considerar las prestaciones que serán cubiertas como piso mínimo de beneficios),
- 6.** Tender a una mejora continua de la calidad y
- 7.** Lograr la sustentabilidad financiera del sistema.

Los avances obviamente estarán sujetos a la factibilidad política, considerando que muchos actores -al revés de gran parte de la población- se encuentran en la actualidad en una "zona de confort", por lo que su oposición a cualquier cambio que altere la ecuación actual debería ser previsible.

Tampoco los cambios que se proponen deben ser iniciados o alcanzados simultáneamente. Con seguridad se requerirá gran coordinación operativa para alcanzar los objetivos planteados.

## A. ORGANIZACIÓN Y GASTO DEL SISTEMA DE SALUD

Si se analiza desde la perspectiva del financiamiento (es decir: su fuente de recursos), se conoce al sistema de salud en la Argentina como de organización mixta. Confluyen en el tres subsectores: el subsector público/estatal (financiado en términos generales por rentas generales de los tres niveles de gobierno), conocido como sistema Beveridge. El subsector de los seguros sociales (que jurídicamente es también público y que se financia con cotizaciones salariales o impuestos al trabajo), conocido como sistema Bismarck. Y el subsector de los seguros privados (financiado en origen por aportes voluntarios o de bolsillo) y que constituyen contratos entre privados.

SECTOR	MODELO	FINANCIAMIENTO	CARÁCTER	COBERTURA
PÚBLICO	BEVERIDGE	RENTAS GENERALES	OBLIGATORIO	UNIVERSAL
SEGURIDAD SOCIAL	BISMARCK	COTIZACIONES	OBLIGATORIO	A BENEFICIARIOS
PRIVADO	SEGUROS PRIVADOS	DE BOLSILLO	VOLUNTARIO	A ASEGURADOS

La figura N°1 detalla los conceptos anteriores referidos a los modelos de financiamiento en salud.

**1.** El subsistema público estatal se financia por rentas generales del estado nacional, los estados provinciales y los municipios, según el modelo Beveridge. Se considera prestador obligado a toda la población que lo requiera. Pero a su vez tiene una función subsidiaria y asiste "por default" a quienes no tienen cobertura por ningún tipo de aseguramiento (población sin cobertura), y a quienes por acceso y/o por elección, requieren o eligen. Se trata de organizaciones estatales de integración vertical en las funciones de financiamiento y provisión de servicios. Los prestadores gozan de estabilidad tal como cualquier empleado público y su remuneración es por salarios. Si bien se presume de las funciones de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, son las provincias -las que no han delegado la función salud- las que tienen a su cargo la mayor responsabilidad de esta área. Aunque en algunos casos la descentralización se llevó hasta los municipios. El gasto alcanza al 2,6% del PBI.<sup>1</sup> A este monto indicado de gasto público estatal debieran desagregarse sus componentes nacional, provincial y municipal. El gasto provincial corresponde a más del 67% del total del mismo.

A su financiamiento debe agregarse lo recaudado por facturación de prestaciones a los afiliados a los seguros sociales y privados; así como aportes voluntarios, donaciones y legados. El Ministerio de Salud de la Nación lleva a cabo los denominados programas nacionales -con los que dice compensar inequidades entre las provincias- que insumen una alta erogación del presupuesto,<sup>2</sup> pero que solo representan entre el 5% y el 10% del gasto de las provincias.<sup>3</sup> Los ministros de salud de las provincias conforman el COFESA (Consejo Federal de Salud), que es presidido por el Ministro de Salud de la Nación, participando otras autoridades del Ministerio de Salud de la Nación y que es donde se acuerdan políticas, se efectúan consensos sobre programas sanitarios, cada ministro de salud provincial discute sus necesidades y participación en los recursos. Otros organismos como PAMI, ANMAT, o la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud) son

estructuras descentralizadas con presupuestos propios. En cuanto a la población que asiste se calcula en 15 millones de personas, aunque se supone que por las circunstancias actuales<sup>4</sup> serán muchas más quienes dependerán de su asistencia. Respecto del aseguramiento universal. En nuestro país el 30% de la población carece de aseguramiento explícito. Esta es la población que resulta por sus condiciones tributaria obligada y cautiva del hospital público. Ya que además de no contar con un seguro, por sus circunstancias de bajo nivel de ingresos o desempleo o empleo informal, se encuentra a su vez cautiva de asistirse en el único lugar al que puede acceder. A su vez se trata de organizaciones de integración vertical, es decir en las que no se encuentra separación entre las funciones de financiamiento y provisión. Esto mismo es lo que caracteriza muchos de sus problemas:

- a.** Porque se trata de instituciones que carecen de incentivos y muchos de sus logros dependen más del compromiso personal y dedicación de los agentes, a pesar de sus magras remuneraciones.
- b.** Se trata de estructuras burocráticas con falta de flexibilidad y con pesados estamentos administrativos
- c.** Si bien asisten a toda la población, es aquella carente de aseguramiento la que es tributaria cautiva pues no puede recurrir -ni elegir- otro prestador.
- d.** Esta misma cautividad no incentiva la mejora institucional y por otra parte condiciona la prestación juntamente con la ausencia de canasta básica a la decisión del prestador, lo que constituye una forma implícita de subsidio a la oferta
- e.** Prácticamente en ningún efector público estatal existe una canasta básica definida de prestaciones, por lo que se da por sentado que lo que se indica es "lo que se necesita"
- f.** Debe considerarse que en las actuales circunstancias y la agudización del ciclo recesivo que se espera, es de presumir un incremento en la demanda a partir de la pérdida del empleo y la cobertura de la seguridad social.

**2.** El subsistema de los seguros sociales incluye todos los seguros que se financian con aportes y contribuciones (cotizaciones) que se imponen al trabajo, según el modelo Bismarck (que data de fines del Siglo XIX). Se consideran fondos públicos. Se trata de formas de financiamiento de diferentes organizaciones como las Obras Sociales Nacionales aproximadamente 300 (Sindicales, Ley 23660/1); las 24 Obras Sociales Provinciales que cubren a 7,165 millones de beneficiarios (empleados y jubilados de las provincias); el PAMI (Ley 19032); las obras sociales universitarias; las de las fuerzas armadas; las legislativas y las del Poder Judicial. Incluye a los monotributistas que son 1,6 millones de beneficiarios con bajos aportes y 0,5 millones de trabajadoras de casas particulares. En total -titulares y familiares- agrupan aproximadamente a 25 millones de personas, que probablemente alterará su composición si aumenta el desempleo dadas las actuales circunstancias altamente recesivas. Las Obras Sociales Nacionales deducen de las cotizaciones salariales un monto que va del 20% para los salarios mayores al 15% para los de menores ingresos para constituir un fondo. El mismo se destina en parte el para la cobertura de patologías de alto costo y baja incidencia o Programa SUR (Sistema único de reintegros), y el resto para otros como el Plan SUMAR o el SANO (Subsidio del Fondo automático de redistribución, Decreto 921/16) que garantiza a las Obras Sociales un valor mínimo de ingresos por afiliado ajustado por riesgo: edad y sexo (Decreto. 488/11). No existen datos claros sobre el gasto de los recursos por parte de la SSSalud. Para las nacionales las prestaciones se encuadran en el PMO. Las otras tienen canastas de prestaciones propias. De este grupo la regulación de la Superintendencia de Servicios de Salud alcanza

solo a las Obras Sociales Nacionales. En el caso de las Obras Sociales Provinciales la regulación deviene de sus organismos de control de cada provincia. Algunas Obras Sociales Nacionales tienen instituciones prestadoras de servicios propias. El gasto total de los seguros sociales alcanza al 2,8% del PBI. A ello debe agregarse el PAMI con un gasto cercano al 1% del PBI y con 5 millones de afiliados

- a.** La alta fragmentación que tiene este subsistema, es decir una multiplicidad de organizaciones muchas de ellas inviables financieramente, que para su sostén requieren aportes adicionales a las cotizaciones de sus afiliados, cada una con su propio sistema de administración, e inconexas entre sí, produce y agrega altos costos de transacción que debieran minimizarse porque los restan al sistema
- b.** También debe mencionarse la ausencia de una canasta básica de prestaciones unificada que alcance a todo es subsistema de seguridad social. Esta mención es referida a que por ejemplo el PAMI tiene su propia canasta, tanto como las obras sociales provinciales u otras.
- c.** Otro aspecto que no puede omitirse es que entre el 60 y el 70% de las OO.SS. Nacionales no alcanzan a cubrir el costo estimado del PMO5. Y esto ya sucede desde hace varios años. El costo actualizado del PMO presentado el 12/11/2020 hace mucho más crítica aún la situación<sup>6</sup>. Ello es debido a que los ingresos para el financiamiento de los seguros sociales bajo el modelo bismarckiano se encuentran atados a los salarios. Pero dada la alta informalidad laboral en nuestro país, a los que se agrega la depresión de los montos salariales, los ingresos no pueden compensar adecuadamente las erogaciones derivadas de los costos crecientes en salud. Estos costos se ven potenciados por el incesante incremento de la innovación tecnológica y el importante peso relativo que tienen los imprescindibles insumos importados en el sector.
- d.** Por otra parte, el 25% de las obras sociales nacionales tienen menos de 1000 afiliados, lo que significa un escaso pool de riesgo, y no cubren los costos mínimos de asistencia, por lo que carecen de calidad en lo que se presta y cantidad en lo que se necesita, situación que sufren sus afiliados en sus requerimientos asistenciales. Esa situación deriva de conductas oportunistas o poco pensadas al permitir la conformación de seguros que solo benefician a sus directivos y administradores. Los afiliados podrían optar por pasar de obra social, pero ello es un proceso, a veces lento y en el mientras tanto los beneficiarios sufren las consecuencias de situaciones que debieran ser evitables.
- e.** También debe considerarse que el programa que sostiene el piso de ingresos de las obras sociales que no lo alcanzan encarece el sistema para sostener la ineficiencia o la inviabilidad por insuficiente pool de riesgo (en cantidad de afiliados o en monto de las cotizaciones) de muchas obras sociales
- f.** Como consecuencia de lo anterior, existen graves carencias en las prestaciones en acceso, calidad y cantidad, así como costos agregados al sistema que debieran evitarse
- g.** La libertad de elección de prestador por parte de los afiliados está a su vez condicionada por el círculo cerrado que establecen los contratos con determinados prestadores.

- h.** También la libertad de elección de seguro está condicionada mediante la opción de cambio que alcanza solo a las Obras Sociales Nacionales
- i.** Muchas Obras Sociales Nacionales son solo sellos de goma asociadas a EMP<sup>7</sup>, transfiriendo aproximadamente 4 millones de afiliados a las EMP, por cuya intermediación retienen entre un 8 y 12% de las cotizaciones, lo que encarece los costos a los beneficiarios
- j.** Esta situación de intermediación coloca en una posición de confort a las Obras Sociales, que mantienen sus afiliados y cobran una comisión desentendiéndose del costo de asistencia
- k.** El PMO que alcanza tanto a las obras sociales nacionales como a EMP en su modalidad actual no permite compartir el riesgo y tiene incentivos al consumo por su misma estructura
- l.** Por su parte el PAMI -como un anti seguro- por un lado, concentra el riesgo en población añosa y por otro cubre prestaciones que no son propias de salud. Tiene por su parte su propia canasta de beneficios, una estructura propia burocrática en exceso y ha permanecido en casi toda su existencia intervenido porque sirve al poder político y tiene un considerable gasto -cercano al 1% del PBI- para su financiamiento.

**3.** El subsector de los seguros privados (EMP) es muy heterogéneo, incluye mutuales (que son consideradas entidades sin fines de lucro). No se conoce con exactitud el número total de los mismos (se calculan en cerca de 300), pero sí que de todos ellos solo 10 seguros de medicina prepaga tienen importancia nacional, se encuentran en los principales núcleos poblacionales, por una prima mensual brindan servicios con diferentes planes de cobertura, se encuentran regulados por la Super Intendencia de Servicios de Salud (Ley N°26.682), tienen obligatoriedad de cubrir el PMOE (Ley N° 24.754/96) y son afiliados beneficiarios dos grupos: a) los que acceden a través del pago voluntario de la prima (unos 2 millones de personas) y b) los que hacen derivación de sus aportes a seguridad social (individuales o corporativos) a empresas o convenios de EMP con Obras Sociales Nacionales (unos 4 millones de personas).

El gasto de los seguros privados es aproximadamente el 50% del gasto total directo (o de bolsillo) en salud. Este gasto de las EMP representa el 2,8% del PBI. Ofrecen prestaciones a un total de 7 millones de personas aproximadamente. Su actividad se encuadra en la tipología de contratos entre privados y sus precios son acordados con la Secretaría de Comercio del Ministerio de Economía. La relación con el Ministerio de Salud es a los efectos de información epidemiológica, enfermedades de notificación obligatoria, etc. Y ahora la dependencia formal que establece la Ley N°26682. La mayoría tienen incluso establecimientos asistenciales propios y desde ellos venden servicios a Obras Sociales y otros agentes del seguro. Alcanzan una cobertura cercana al 15% de la población. Esto les ha permitido a unos participar de una parte del mercado y muchos otros adaptarse a las nuevas circunstancias y sobrevivir permitiendo a muchos beneficiarios alcanzar mejores servicios. Estos son vistos como privilegiados, aunque por este medio asociativo han logrado satisfacer sus preferencias personales de asistencia. Sin dudas que, por acceder a mayor confort, a una más amplia cartilla de prestadores, por menores trabas burocráticas, u otros motivos de su propia valoración, por los que logran alcanzar una asistencia u otros beneficios de su propia valoración.

No se trata de considerar que esta situación derive de privilegios inmerecidos, que condicionan injustificadas diferencias, como algunos declaman. En realidad, se debiera tratar de mejorar las condiciones de todos, es decir de "igualar para arriba" generando incentivos que mejoren el sistema y que sea capaz de ofrecer cada vez mejores y más eficientes servicios. Y ello requiere inversiones que un Estado que gasta de más y no

siempre en lo que debe, no está en condiciones de hacer. Como tampoco un sector privado que no siempre es visto con buenos ojos porque se lo asocia a intereses espurios y encuentra controles, regulaciones, cargas impositivas y condicionantes del estado que le dificultan su funcionamiento.

Que el Estado se ocupe de controlar y castigar los excesos, o los comportamientos monopólicos es razonable, pero que con el argumento de proteger se exceda en sus atribuciones o las extienda, limitando las posibilidades de los intercambios libres, perjudicando a ambos, oferentes y demandantes, resulta un contrasentido. Más aún cuando además no genera condiciones para la mejora de los servicios que el mismo ofrece, y a los que muchos ciudadanos se encuentran cautivos.

En nuestro país tiene una fuerte presencia el discurso estatista. Se dice que lo que hace el gobierno es eficiente y está lejos de la voracidad del mercado al que se excluye de alguna función social. Pero las personas tienen distintas preferencias acerca de los bienes privados y las políticas públicas que mejor satisfacen su bienestar. Y también los mercados y las políticas solo funcionan bien cuando tienen en cuenta esas preferencias sociales.

En salud las preferencias se orientan a lograr al menor costo los mejores y mayores beneficios en la asistencia. En cuanto al costo la dilución del riesgo se debiera encontrar cubierta en la consideración de un seguro de salud, que cumpla con las premisas básicas de aseguramiento. Y en cuanto a los beneficios no siempre lo recibido es lo que se considera lo mejor y menos cuando las posibilidades de libertad de elección son restringidas.

La política acostumbra a decirnos que el Estado se comporta como un dictador benevolente para compensar las fallas del mercado y protegernos de él. En verdad los funcionarios del Estado no son omniscientes, ni son benevolentes, ni conocen las preferencias de los ciudadanos, tienen además sus propios intereses particulares al que suman el condimento de sus propias creencias e ideología. Sería interesante que fueran conscientes de ello -o que los hiciéramos conscientes- para evitar que su voluntad constructivista basada en la idea que "tienen la receta justa", nos continúe conduciendo por caminos que serán luego difíciles de desandar.

Las instituciones van logrando su formato con una evolución lenta y progresiva. Las decisiones en nuestro país en el sistema de salud han sido una sucesión de parches, que respondieron a la presión de grupos de interés, o a las recetas de expertos que sirvieron para orientar y convalidar decisiones políticas, presentadas como la mejor solución para la gente.<sup>8</sup>

El gasto privado (o de bolsillo), no es cuestionable ya que es el resultado de una elección personal, pero también constituye un indicador de la ineficiencia del gasto público y que "obliga" a muchos a buscar soluciones alternativas a sus problemas de salud

- a.** En este subsector la mayoría tienen instituciones prestadoras propias. Incluso muchas instituciones sanatoriales han desarrollado sus propios seguros de salud, como medio de subsistencia frente a los magros pagos o los retrasos de la seguridad social
- b.** En las actuales circunstancias recesivas se presumen dificultades a futuro en la mantención del número de afiliados por:

- I. El seguro aumento de la tasa de desempleo y la pérdida de aseguramiento por parte de los afiliados a los seguros sociales, se evidenciará en un menor número de transferidos desde las Obras Sociales nacionales a las EMP
- II. Así como las dificultades financieras harán probablemente que haya quienes no puedan afrontar el valor de las cuotas de afiliación.
- III. Es por lo anterior que considero que para las EMP será un gran desafío -pero inevitable- competir para alcanzar a afiliarse en forma directa un mayor número de afiliados que puedan afrontar los costos de sus planes.

#### 4. Otros componentes del gasto privado:

- a. Los copagos de los servicios que brinda todo el sistema (desde bonos contribución para cooperadoras para hospitales públicos, hasta los gastos adicionales -copagos- de los Obras Sociales)
- b. El denominado "gasto de los hogares" que son aquellos gastos de insumos no cubiertos y que son necesarios para la asistencia sanitaria (desde pañales, hasta un termómetro, etc.) para los que por diversos motivos la población no tiene otra forma de acceso que el desembolso directo
- c. Este componente tiene mucha imprecisión en su cómputo, porque es muy dependiente del alcance de las prestaciones que se brinden, de las condiciones de la población asistida, de que gastos se incluyen (en particular en el gasto de las familias) y cuáles no, etc.
- d. Lo anterior no incluye el gasto que tienen para su funcionamiento la multiplicidad de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's), fundaciones, etc. que se ocupan de diversos temas de salud, algunas subsidiadas total o parcialmente por el Estado (incluso por reparticiones que no son los ministerios de salud) y otras (unas pocas) que generan recursos propios

Las Figuras N°2, 3 y 4 pueden aclarar los conceptos arriba mencionados sobre la organización, cobertura y el gasto del sistema de salud en Argentina. Respecto del gasto vale reiterar que los cálculos del gasto directo son muy variables e inciertos, con importantes subregistros. En este mismo sentido si bien el gasto total se estima en 9,4% del PBI, es de suponer que el mismo alcanza o supera el 10%.



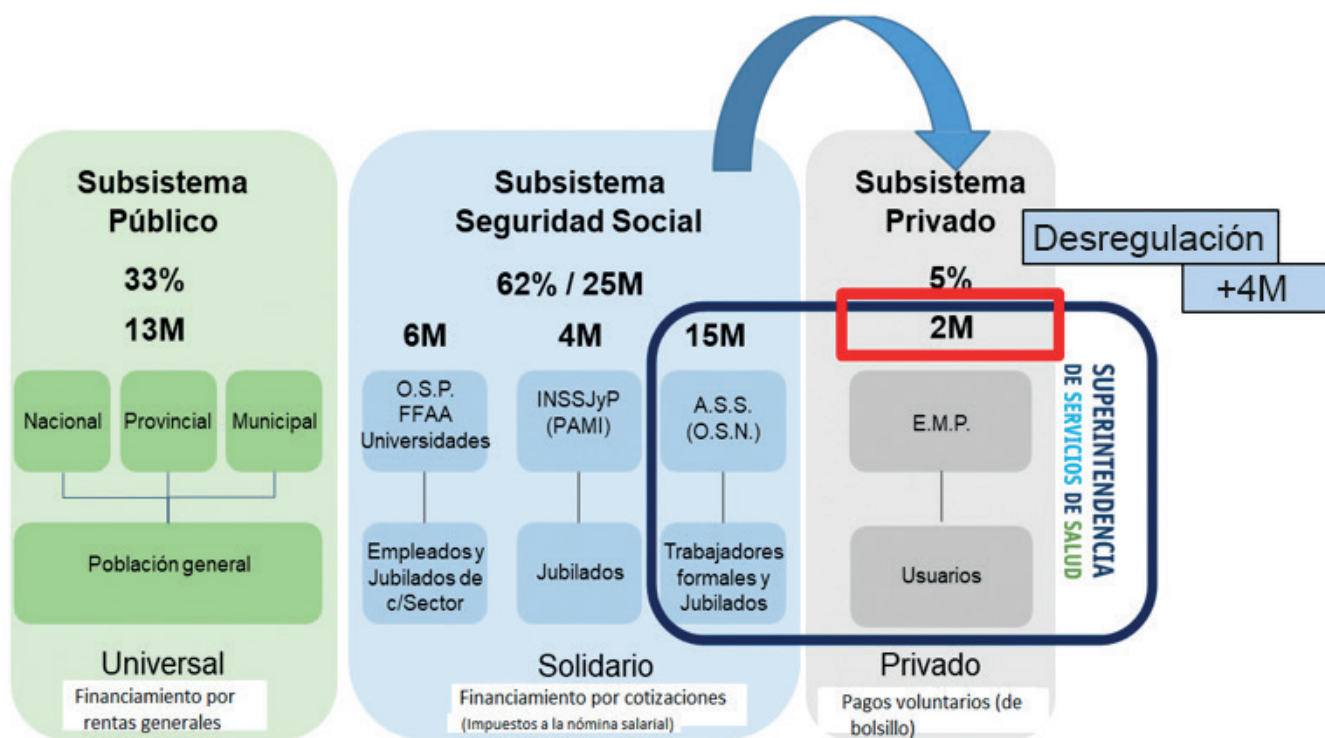


Figura N°2 Composición de los subsectores del sistema de salud en Argentina con detalle de la población cubierta y modelo de financiamiento

	sector "público"	OOSS (p)	INSSPyP	OOSS (n)	Seguros Privados
<b>Población</b>	41.773.221	6.606.172	4.465.624	15.535.999	1.600.000
<b>Población de referencia</b>	Total población	Empleados públicos provinciales	Jubilados y Pensionados nacionales, cónyuges, hijos discap, otros	Obl: Trabajadores formales y familia. Volunt: Adherentes y Jubilados	Voluntarios
<b>Población (%)</b>	100%	15,81%	10,69%	37,19%	3,83%
<b>Prestación Servicios</b>	hospitales + profesionales + privados	Clínicas Privadas, algunos efectores propios, Profesionales	Clínicas Privadas, Hospitales propios, Hospitales, Profesionales	efectores propios + clínicas privadas + profesionales	Clínicas Privadas, efectores propios, profesionales, hospitales
<b>Modo de Financiamiento</b>	RRGG / Imp prov y munic	aportes y contrib. Empl. Y trab. + tesoro provincial + adherentes + copagos	3% + 2% + 3 a 6% + tesoro + co pagos	3+6% s/salarios + copagos + cuotas adherentes + capita PAMI	pago directo
<b>Gasto per cápita (año)</b>	USD 330,38	USD 707,20	USD 1.082,27	USD 646,36	s/d
<b>Canasta básica</b>	NO	No	Canasta propia	PMOE	PMOE

Figura N°3 Organización del sistema de salud en Argentina

## Sistema de Salud de Argentina

Ministerio de Salud (indicadores básicos)

Gasto en salud 2018

<b>PBI Argentina usd 537.000 mill.</b>			
		<b>gasto total</b>	<b>gasto capitarario</b>
<b>Gasto en Salud en Argentina</b>		9,40%	USD 50.478.000.000
<b>Gasto Público</b>	Nación	0,47%	USD 2.523.900.000
	Pcias	1,75%	USD 9.397.500.000
	Municipios	0,35%	USD 1.879.500.000
		<b>2,57%</b>	<b>USD 13.800.900.000</b>
	INSSJP	0,90%	USD 4.833.000.000
	OOSSNN	1,87%	USD 10.041.900.000
	OOSSPP	0,87%	USD 4.671.900.000
	<b>3,64%</b>	<b>USD 19.546.800.000</b>	
<b>Gasto Privado</b>		<b>3,19%</b>	<b>USD 17.130.300.000</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos Ministerio Salud - Ministerio de Hacienda

Figura N°4 Gasto en salud 2018 (datos del Ministerio de Salud y ministerio de Hacienda)

## B. LOS PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES

1. Existe un importante número de la población sin cobertura explícita. Es decir: la población de menores ingresos que no tiene cobertura formal de los seguros sociales y cuya opción asistencial es solo el sistema público estatal. En el mismo sentido se integran a este grupo aquellos que por alguna razón pierde su empleo formal y subsecuentemente su afiliación a una obra social. Porque en este mismo grupo se encuentran aquellos aún empleados en la informalidad y de bajos ingresos. La cobertura universal en salud es una recomendación básica de todos los organismos internacionales, dirigida a lograr mejoras sustantivas en la asistencia sanitaria y en los resultados en salud de la población. Con cobertura universal queremos decir que todos alcancen alguna forma de aseguramiento. Y en nuestro país -dadas las condiciones sociales y el mercado de trabajo- todavía hoy el 33% de la población (es decir: 15 millones de personas) carecen de aseguramiento explícito.

2. Pero no todo aseguramiento es efectivo y eficiente. Por caso el PAMI constituye un pool de excesivo riesgo porque concentra una población en la que confluyen epidemiológicamente un conjunto de patologías -en particular crónico degenerativas- de creciente número, costo y duración. Lo que le confiere inviabilidad actuarial, demográfica y financiera. Por otra parte, esta institución ha permanecido desde siempre intervenida para manejo arbitrario por parte del poder político

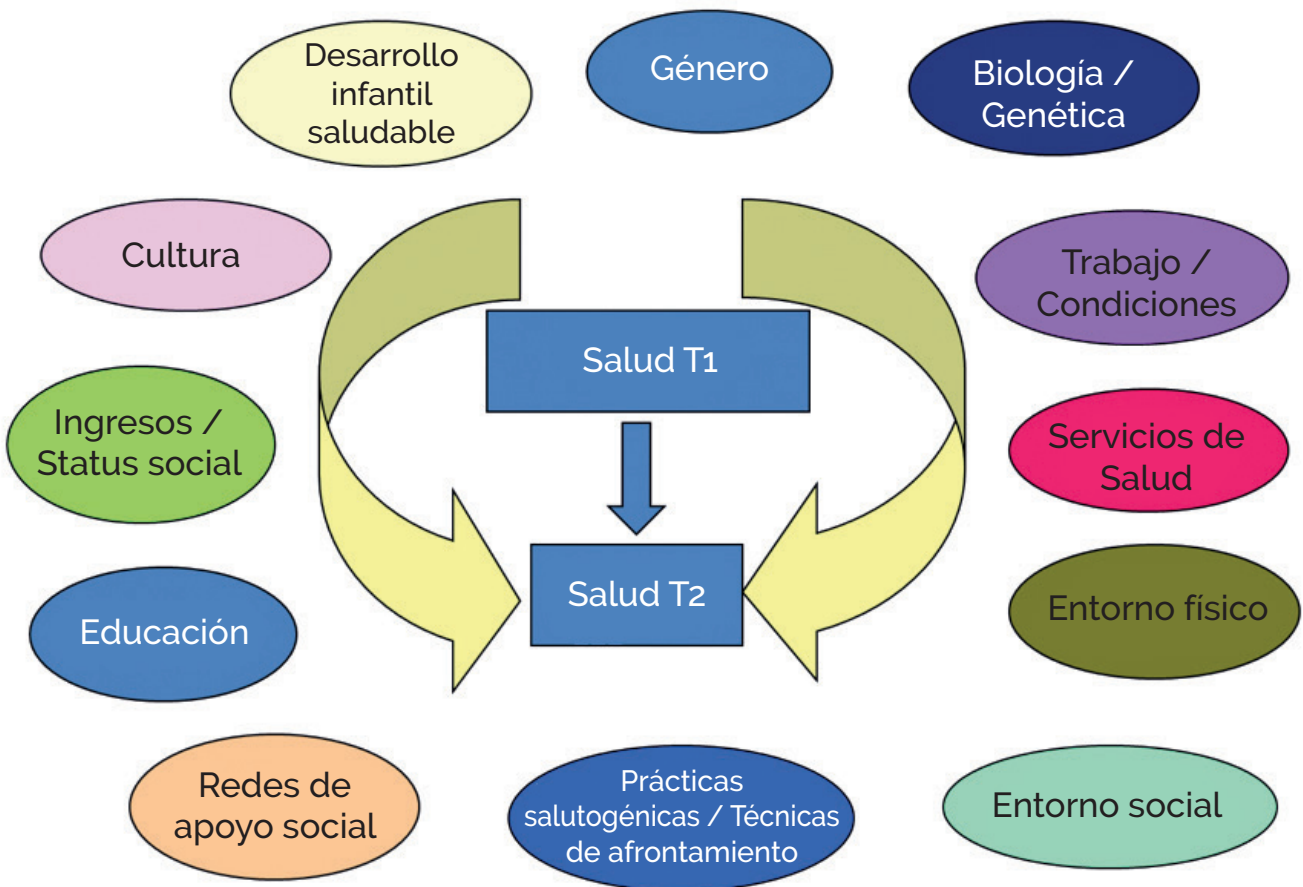
- 3.** La fragmentación que hemos mencionado -con múltiples organizaciones- incorpora altos costos de transacción, dado que cada una sostiene su propio aparato administrativo. Además, cuando son intermediarias ante EMP retienen un porcentaje que encarece los costos a los afiliados. Y cuando no alcanzan el piso mínimo de ingresos deben ser subsidiadas por los recursos devenidos del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) a través del Subsidio Automático Nominativo de Obras Sociales (SANO) y el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA)
- 4.** Estos mecanismos de subsidio se justifican apelando a la solidaridad, que en realidad resulta costosa e innecesaria, si se entendiera que mantiene a los afiliados en una obra social deficitaria cuando pudieran optar por otra.
- 5.** O bien adoptar mecanismos por los que el sistema fuera más eficiente cuando menos a partir de ser menos costoso evitando este tipo de subsidios.
- 6.** Partimos del concepto que la cautividad no contribuye a la mejora de los sistemas. Cuando la población carece de seguro no puede elegir: se encuentra condicionada a recurrir para su asistencia a los establecimientos público-estatales. La asistencia es así "por default". Existe una constante en confundir entre población asistida y población asegurada. En el primero de los casos el hospital público es en todos los casos prestador obligado. En caso de población asegurada por una obra social o una EMP el hospital también brindará atención. Pero en estos casos la asistencia está reglada por las prestaciones contempladas en el convenio o las que se acuerden según el propio nomenclador. Pero en el caso de población no asegurada, esta queda sujeta a la prescripción del facultativo asistente y su voluntad decisoria, sin ningún límite, ni regulación contractual.
- 7.** Por otra parte, esta población -dadas sus condiciones de no asegurada y bajos ingresos- se encuentra cautiva de este prestador. Esto significa que no tiene otra opción a donde recurrir para su asistencia. Se trata de una demanda ineludible y condicionada.
- 8.** Esta misma circunstancia es la que asegura al prestador un flujo asistencial que es en el fondo un subsidio a la oferta y posibilita la persistencia de sus ineficiencias sin incentivos a la mejora.
- 9.** Cualquier forma de aseguramiento requiere la definición de una canasta básica de prestaciones. Esto es decir: definir "el qué". En la actualidad rige para las obras sociales nacionales y las EMP el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) desde 2002. Que obliga al financiador a asegurar la cobertura de las prestaciones establecidas. Pero en su caso el PMO es una canasta por prestaciones. Esto supone asumir todo el riesgo por parte del financiador y además estimula el consumo. Cualquier proceso de reforma debiera definir una canasta básica de prestaciones, pero parece más razonable que la misma se diseñe por priorización de cuidados y en particular por patologías (ver Figura N°6)
- 10.** Las Obras Sociales Nacionales permanecen con una acotada competencia lo que permite la persistencia de muchas que son inviables financieramente. Como a su vez se solventan mediante subsidios que distraen recursos. Mantienen la fragmentación y altos costos evitables. Y a su vez se convierten en intermediarias -mediante una retención de las cotizaciones- frente a los Seguros privados sin competencia abierta con los mismos, lo que perpetúa la ineficiencia

**11.** Hoy el aseguramiento por cotizaciones que devienen de imposiciones al salario resulta un medio difícil de sustentar el financiamiento del subsistema con el modelo bismarckiano. Como he mencionado la alta informalidad reduce el pool de riesgo, los salarios deprimidos y por lo mismo representan una cotización insuficiente para requerimientos financieros crecientes.

**12.** Otro aspecto en el que podrían analizarse los problemas del sistema de salud es la relación entre gasto vs resultados sanitarios. Si bien estos últimos no son consecuencia unívoca del accionar del sistema de salud (ver Figura N°5), pueden dar una aproximación de múltiples condiciones que determinan la situación de salud de los ciudadanos.

**13.** Un aspecto muy importante por considerar es el referido a las dificultades previstas a corto plazo para lograr un financiamiento sostenible y acorde a los requerimientos, por parte de un sistema vinculado a impuestos al trabajo. Probablemente cualquier proceso de reforma, aunque pueda inicialmente sostener parte de su financiamiento a través del sistema bismarckiano, debiera pensarse que, de no lograr el pleno empleo, reducir las tasas de informalidad, y lograr una sustantiva mejora en los ingresos nominales de los trabajadores asegurados, el sistema no será sustentable.

### Determinantes de la Salud



CPRN, 2007

Figura N°5 Dimensión multidimensional de la salud. Los determinantes de salud

**14.** A este respecto vale la valoración actualizada del PMO10, que determina que en las condiciones actuales de las 290 obras sociales nacionales consideradas (y que tienen 14.068.283 beneficiarios) solo el 26%, es decir 75 OSN (con 2.965.777 afiliados) alcanzan a cubrir el costo del PMO con recursos propios derivados de las cotizaciones de los salarios de sus afiliados.

**15.** El estudio mencionado concluye que el 74% de las obras sociales nacionales (que representa al 80% de los beneficiarios) no alcanza a cubrir un ingreso suficiente para el costo estimado.<sup>11</sup>

**16.** Si se considera el subsidio derivado del FSR de acuerdo con los mínimos establecidos, hoy alcanzarían a cubrir el costo el 49% de las obras sociales (con el 55% de los afiliados), mientras el 51% aun así no lo cubren.<sup>12</sup>

**17.** Lo anterior permite suponer que el financiamiento por vía de cotizaciones salariales es altamente vulnerable y pone en crisis el sistema.

### c. LOS PROCESOS DE REFORMA<sup>13</sup>:

A lo largo de su evolución el sistema de salud argentino ha sido objeto de múltiples procesos de reforma. Son destacables el Plan Nacional de Salud del ministro R. Carrillo (1952) intentando que el estado nacional fuera el eje del sistema y que motivó su renuncia en 1954. El Sistema nacional Integrado de Salud (1973) que con similar esquema abortó en 1976 en las provincias en las que se lo inició. El Seguro Nacional de Salud (1985) del ministro Aldo Neri en el que los seguros sociales constituirían el eje articulador del sistema. Y las que fueron llevadas adelante en los '90 mediante decretos presidenciales. En especial los Decretos de desregulación de las Obras Sociales y la creación del Hospital Público de Autogestión (HPAG), hoy de Gestión Descentralizada (HPGD). De lo anterior se desprende que la salud no se encontró presente en el debate político y por lo mismo no fue parte de la agenda. Los procesos de reforma se plantearon más como una preocupación académica o de expertos preocupados por el tema, que por una demanda social. Mientras, desde fines de siglo XX en todos los países vecinos se llevaron a cabo distintos procesos de reforma, en nuestro país se miró para otro lado. Los procesos de reforma requieren de múltiples factores, pero esencialmente de dos condiciones básicas<sup>14</sup>:

1. consistencia técnica y
2. viabilidad política

### d. AVANZAR EN REFORMAS DEL SISTEMA DE SALUD:

Uno de los problemas centrales por el que se han visto dificultadas las reformas ha sido el eterno conflicto de pretender una autoridad centralizada nacional -el pretendido "papel de rectoría" del Ministerio de Salud Nacional- que solo puede dar buenos consejos cuando la función salud en lo público estatal, no ha sido delegada por las provincias.

Por lo mismo, además de otras buenas razones derivadas de los criterios de descentralización, entiendo que -por lo menos en tanto al aseguramiento de la población sin cobertura- las reformas deben ser llevadas adelante por las provincias. Que en su evolución se avance luego a un seguro nacional no son planteos excluyentes.

La solución propuesta es el aseguramiento de la población sin cobertura llevada a cabo por las provincias, con todo lo que ello significa:

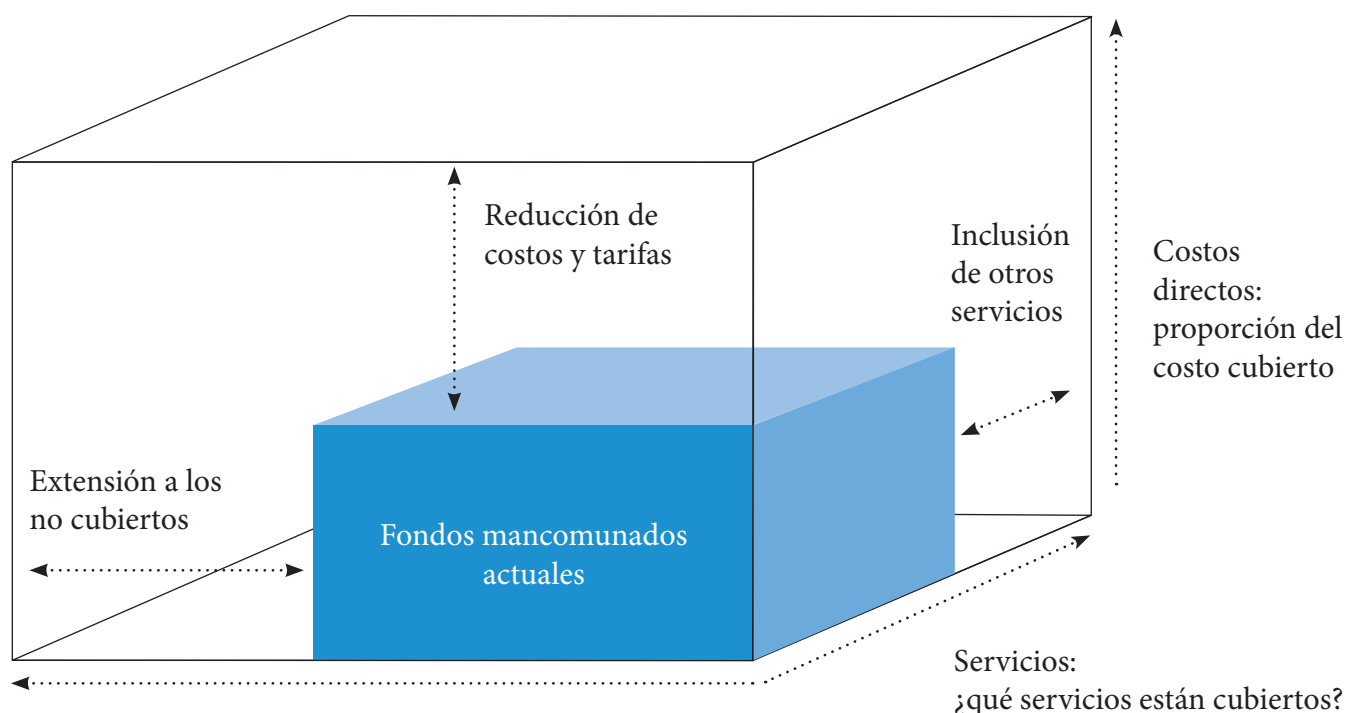
- 1. Nominación:** es decir definir la población beneficiaria (sin cobertura y bajos ingresos)
- 2. Beneficios:** definición de la canasta básica de prestaciones que debiera plantearse como representativa de la que alcanzaría a todo el sistema
- 3. Cálculo actuarial del costo de beneficios a financiar**
- 4. Perspectiva que mediante un sistema de "vouchers" (que no es imprescindible) las prestaciones puedan ser brindadas por cualquier prestador público o privado (el hospital público ya lo es por considerarse prestador obligado, al que se agregarían prestadores privados). Con ello se liberaría la cautividad y se incentivaría la competencia entre prestadores públicos y privados, lo que es de suponer por una parte exigiría la mejora del hospital público, que de otra forma quedaría expuesto en su ineficiencia y sobredimensionamiento, tanto como de los efectores privados.**
- 5. El proceso de subsidio debería ser diferente: el dinero debiera "seguir a la gente". Y con ello quiero decir que la población sin cobertura, y/o de bajos ingresos y que hoy está subsidiada por el sistema público-estatal al utilizar sin costos el mismo, además se ve obligada (cautiva) del mismo, debería contar con un seguro de salud financiado por el gobierno provincial en base a su domicilio y gestionado por una caja de aseguramiento desde la misma provincia. De esta forma podría elegir el prestador de su asistencia, sin verse condicionada al hospital público, y el estado pagar los servicios a la caja de aseguramiento que se establezca. La adjudicación del seguro debiera estar bajo responsabilidad y operación de una entidad con capacidad de determinar los beneficiarios elegibles y de operar el sistema con criterios de sustentabilidad. Nos referiremos a ella como Caja de Aseguramiento provincial.**
- 6. Los servicios en competencia ya sean públicos o privados, deberían mejorar impulsados por la competencia la calidad de sus servicios para lograr el favor y elección de los beneficiarios. Mientras los establecimientos públicos tengan cautiva a esta población que solo puede ser tributaria de estos, no encontrarán incentivos para su mejora, persistirán burocráticos y de baja calidad.**

Los seguros podrían ser realizados por las jurisdicciones que tienen mejores perspectivas de determinar el padrón, definiendo también el alcance de las prestaciones (programa médico).

Los seguros provinciales podrían integrar a futuro un seguro nacional de salud.

Cuando hablamos de aseguramiento en salud nos referimos a las tres dimensiones del cubo que nos muestra la Figura N°7: la definición de la población a la que se dirige el seguro, la canasta de beneficios y la proporción de costos directos respecto de los costos asumidos.

Como en todos los casos la sustentabilidad del sistema se basa en un adecuado cálculo actuarial entre recursos requeridos (cálculo: costos unitarios \* tasas de uso, ajustados por población) vs recursos disponibles para el financiamiento.



Población: ¿quién está cubierto?

Figura N°7 conceptualización del aseguramiento en salud.

En párrafos anteriores (ver B.9) decíamos que *"...suponer que el financiamiento por vía de cotizaciones salariales es altamente vulnerable y pone en crisis el sistema..."*, cuestión que podría verse por su inversa: el sistema no tiene recursos para financiar todo lo que de manera acritica se ha incorporado al PMO. Probablemente el diseño de una canasta básica basada en otros principios permitiría mayor equilibrio entre requerimientos de gasto y recursos de financiamiento.

O dicho de otra forma: adecuar los beneficios a las posibilidades reales de recursos pasibles de ser aportados por el sistema. De otra forma es cierto que el modelo bismarckiano no permite seguir el ritmo del incremento de los costos en salud, que se ven permanentemente potenciados por la innovación y demandas asociadas a la misma.

Un primer intento en el sentido de comenzar nominalizando la población tributaria del hospital público, para alcanzar y cubrir el aseguramiento de esta población sin cobertura, tendiendo a la cobertura universal de salud (CUS) fue el Decreto N°908/16, que quedó lamentablemente frustrado. La puesta en marcha de este procedimiento para proveer de aseguramiento a la población sin cobertura debe ser llevado adelante por las distintas jurisdicciones, por encontrarse cerca de los beneficiarios a asegurar, por motivos de descentralización, por ser suya la responsabilidad de hacerlo y por no haber delegado la función de asistencia en la Nación.

El Ministerio de Salud Nacional podría brindar asistencia técnica para llevar adelante el proceso y a su vez continuar con las transferencias de los programas verticales que continúen vigentes y fueren eficientes.

Otro aspecto diferente es el que se relaciona con las Obras Sociales Nacionales cuya organización es centralizada y cuya modificación requiere de leyes que debe sancionar el Congreso Nacional.

Respecto del PAMI, el escollo es fundamentalmente político. El 95% de toda su existencia el INSSJyP ha estado intervenido. La intervención responde más al interés político del gobierno de turno que a una necesidad organizacional y mucho menos a llevar adelante reformas de fondo o mejorar los servicios a los beneficiarios. El interés está dado por el tipo de población, la extensión territorial del organismo y además por los importantes recursos que gestiona (1% del PBI), todo lo cual facilita y potencia la acción política.

Por lo anterior, sería necesaria una planificación integral que contemple en un amplio horizonte de tiempo una gradualidad inter y subsectorial.

Seguramente los puntos anteriores pueden constituir etapas concordantes o sucesivas, pero en principio la búsqueda es avanzar sobre los aspectos críticos del sistema.

---

## E. UN BREVIARIO:

Los procesos de reforma son permanentes. La búsqueda de mejorar un sistema complejo y dinámico es un continuum.

Lo anterior puede ser resumido en:

**1.** El aseguramiento de la población sin cobertura debe ser llevado adelante por las provincias a través de las Cajas de Aseguramiento provinciales

- a.** Nominalizando la población beneficiaria
- b.** Definiendo una canasta básica de prestaciones
- c.** Posibilitando la no cautividad de los beneficiarios en relación a las prestaciones que podrán ser brindadas por cualquier prestador habilitado

**2.** Las modificaciones legislativas en lo referente a las Obras Sociales Nacionales, los seguros privados (EMP) y el PAMI, deben ser llevados adelante por el Congreso Nacional

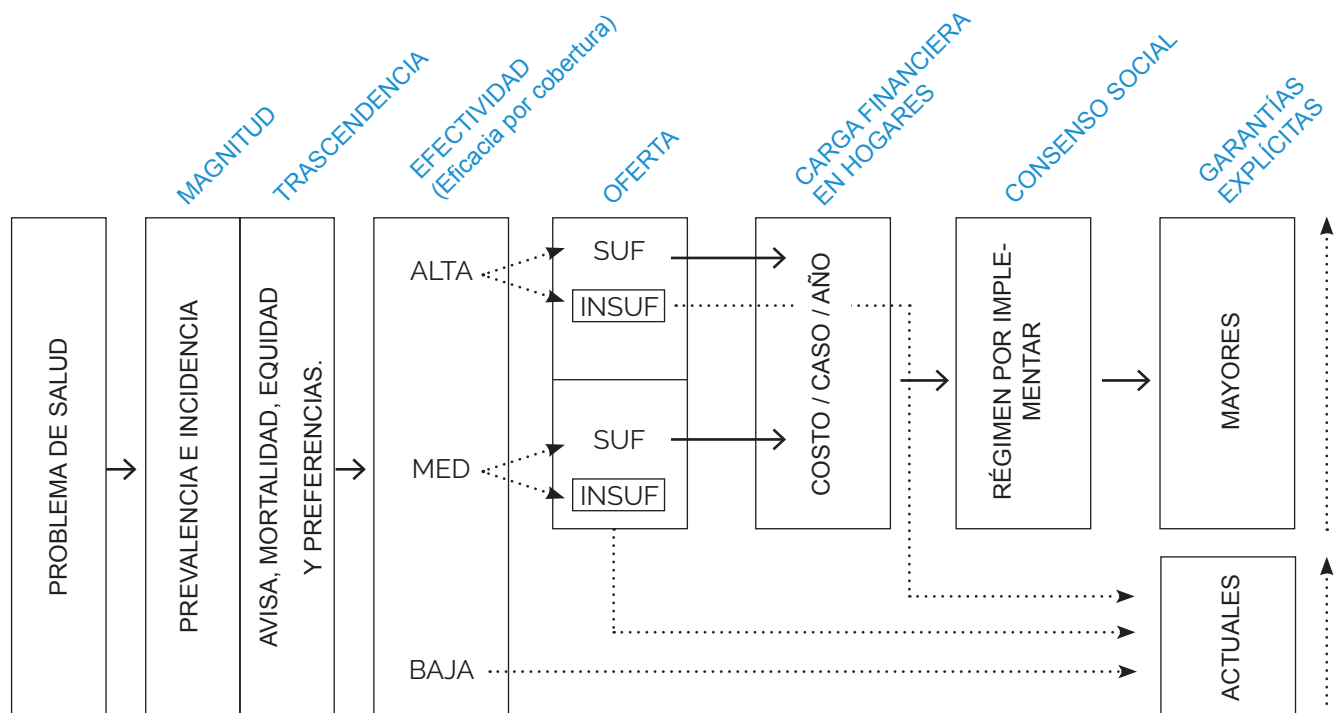
- a.** Tendientes a habilitar la competencia abierta entre obras sociales nacionales y EMP
- b.** Eliminando los subsidios que permiten subsistir la ineficiencia y encarecen innecesariamente el sistema

**3.** El diseño de una canasta básica de prestaciones requiere de un trabajo conjunto entre las provincias y el Ministerio de Salud, basado en criterios de

- d.** priorización social,
- e.** evidencia científica,
- f.** eficiencia económica y
- g.** factibilidad política (ver Figura N°6)



## Algoritmo de Priorización de patologías para definir una Canasta Básica de Prestaciones.



### PONDERACIÓN, SECUENCIAL Y SIMULTÁNEA

(Elaboración personal para la actividad docente)

Figura N°6 Algoritmo de priorización de patologías. Canasta básica de prestaciones de garantías explícitas

4. También es de resorte del Congreso Nacional la decisión de rediseño y definición de perspectivas futuras del PAMI como institución y de la población beneficiaria según se propone más adelante
5. En todos los casos el Ministerio de Salud de la Nación debe centrarse con el apoyo de asistencia técnica y orientación hacia los objetivos de diseño buscados. Pero debería abstenerse de intervenir directa o indirectamente en funciones provinciales con los "programas nacionales" que son un gasto público sin evidencia de resultados y considero que debieran ser limitados a los estrictamente imprescindibles y de evidentes resultados costo/efectivos

## F. LOS SEGUROS DE SALUD PROVINCIALES:

1. El objetivo inicial es asegurar a la población sin cobertura y de bajos ingresos. Hoy calculada en 15 millones de personas, tributaria del hospital público en todo el país. A fin de alcanzar la cobertura universal en salud
2. Dado que esta población se encuentra en todo el país, las provincias están en mejores condiciones para llevarlo a cabo y las provincias no han delegado la función salud, en su ámbito es donde se posibilita su me-

mejor implementación. Son así descentralizados por lo que pueden establecer procedimientos y normas mucho más cerca de los beneficiarios.

3. Sería necesario crear en cada provincia una caja de aseguramiento
4. Los así beneficiarios del seguro -de bajos ingresos y sin cobertura- serán subsidiados por el estado provincial, pero con un mecanismo de subsidio a la demanda y no a la oferta
5. La Caja de Aseguramiento puede incluir:

- a. La población incorporada al Seguro provincial según domicilio, sin cobertura y de bajo nivel de ingresos
- b. Eventualmente la población de la Obra Social estatal provincial si así se determina
- c. La población que pierda su seguro nacional por desempleo -lo que es de prever puede incrementarse como efecto de la actual circunstancia sanitaria- u otro proceso que así lo condicione
- d. Los monotributistas de bajos ingresos que no puedan incluirse en los seguros sociales nacionales
- e. Eventualmente toda otra población que desde la Nación sea descentralizada (Ej. PAMI)
- f. Se establecerá una canasta básica de prestaciones para toda la población asignada a la caja de aseguramiento que deberá acordarse con otras instancias
- g. Toda la población asignada a la Caja podrá asistirse con total libertad de elección entre prestadores inscriptos como tales en la misma
- h. La Caja efectuará el pago de las prestaciones al efector que haya realizado la asistencia sea este público, privado o un mix de ambos

9. La Caja de Aseguramiento podrá realizar convenios con otras cajas y/o instituciones para:

- a. Asistencia de pacientes entre jurisdicciones (portabilidad), para lo que es imprescindible la Historia Clínica Electrónica y la interoperabilidad
- b. La posibilidad de acceso a niveles de mayor complejidad cuando así fuera requerido
- c. Incorporación a un seguro nacional para patologías de alto costo y baja incidencia, en su población asegurada

7. La Caja de Aseguramiento establecerá para todos los afiliados a su padrón la historia clínica única
8. Además, podrá efectuar convenios con Obras Sociales Nacionales y/o EMP

9. También adherirá a los beneficiarios del PAMI en caso de su transferencia y sus cotizaciones pasarán a formar parte de su financiamiento
10. Como también las cotizaciones de los beneficiarios de Obras Sociales Nacionales que no alcancen al "piso mínimo" y sean traspasados a las Cajas de Aseguramiento
11. Otros ingresos: legados, donaciones, contribuciones, los copagos que establezcan, etc.
12. La Caja de Aseguramiento rendirá cuentas ante el Tribunal Superior de Cuentas de la provincia
13. El Ministerio de Salud provincial tendrá a su cargo:

- a. Funciones de regulación y control
- b. Transferirá parte de su personal para la conformación de la caja de aseguramiento provincial
- c. Llevará adelante el control de buenas guías de prácticas médicas
- d. Llevará adelante la incorporación y seguimiento de la canasta básica de prestaciones en su ámbito
- e. Funciones esenciales de salud pública (public health)

- I. Acciones de promoción de salud,
- II. Cuidado y protección el ambiente,
- III. Acciones de prevención,
- IV. Evaluación y análisis de la situación de salud,
- V. Monitoreo y control de endemias y epidemias,
- VI. Vigilancia de la Salud Pública: control de riesgos y daños
- VII. Educación para la salud, etc.

- f. Control de gestión y evaluación de los procedimientos y resultados asistenciales y de calidad, efectuadas por los prestadores (públicos y/o privados) de la caja de aseguramiento, según indicadores preestablecidos en contratos de gestión
- g. La ejecución de programas nacionales en el ámbito provincial cuando así se considere (aunque en mi opinión estos programas no revisten la efectividad y/o eficiencia deseables, por lo que deberían ser evaluados en cada caso por las provincias). La responsabilidad final debería ser de estas últimas.
- h. La conformación de un Consejo Provincial de Ética-biomédica
- i. Las provincias deberán avanzar en la conformación progresiva de los establecimientos asistenciales de su dependencia en organizaciones públicas de gestión privada, con gradualidad y capacitación.

Desde ya, que este punto es profundamente disruptivo por lo que será evaluado en cada caso tanto en sus posibilidades como en su implementación. La idea es mejorar la eficiencia de todos los servicios asistenciales

**j.** Los establecimientos asistenciales públicos deberán progresivamente alcanzar la autogestión y su autofinanciamiento, aprendiendo a captar a los afiliados y obtener su favor de elección, no ya por ser pobres o sin cobertura y cautivos de su condición, sino por la prestancia y calidad de sus servicios

**k.** La competencia entre efectores públicos y privados se convierte en un estímulo para la mejora de ambos. O bien la coordinación y definición de funciones según sea la política provincial.

**l.** Establecerá la reestructuración de los establecimientos asistenciales bajo su dependencia

**i.** en qué medida, en qué casos y en que plazos se irá retirando el subsidio directo

**ii.** según vayan incrementando su facturación y perspectivas de autogestión

**iii.** y cuales deberán ser solventados a pesar de no ser sustentables financieramente porque ello es aconsejable técnicamente

**m.** El Ministerio de Salud tendrá a su vez a su cargo la información estadística y epidemiológica sanitaria

---

## g. El PAMI: (propuestas posibles)

El PAMI ha estado en casi todo el tiempo de su existencia intervenido por el poder político. Su financiamiento es por cotizaciones de activos y pasivos, al que se agregan otras fuentes. Continuamente se producen desfasajes financieros.

Esto es en particular porque existe una importante reducción en el número de activos (desempleo e informalidad laboral) que debieran ser necesarios para su sostenimiento. Y además por el bajo nivel de salarios por lo que el monto de las cotizaciones resulta finalmente menor e insuficiente. Esta cuestión es relevante al momento de evaluar las perspectivas de financiamiento del sistema de salud por un modelo de tipología bismarckiano. Esta misma apreciación es válida para el análisis de todo el subsistema de seguridad social y en particular para las obras sociales nacionales que es en las que este fenómeno se manifiesta en forma más evidente.

Por subsanar lo anterior la asistencia por parte del tesoro resulta un procedimiento frecuente tanto para esta institución (el PAMI) como para las obras sociales nacionales.

Debe considerarse que el PAMI está incorporado además como un organismo descentralizado del Estado Nacional (con presupuesto dentro de su órbita), con un gasto cercano al 1% del PBI, importante ineficiencia en su funcionamiento (incluyendo su propia participación en el déficit fiscal), incorporando incluso prestaciones que no le son propias de salud y con funciones que entremezclan lo sanitario con el accionar estrictamente político. De allí la dificultad de proceder a una reestructuración de esta organización que limite el alcance del poder político en su ámbito.

Su acción queda sometida al contralor de la Sindicatura, quedando su auditoría externa a cargo de la Auditoría General de la Nación.

Por otra parte, el PAMI que tiene hoy más de 5 millones de afiliado, resulta en su estructura un anti seguro pues concentra el riesgo en población mayor con alta demanda en patologías crónico-degenerativas de alto costo por su duración y no curabilidad. La tendencia hacia este progresivo envejecimiento es creciente. Un cálculo estima que para el 2030 el número de personas mayores alcanzará en la Argentina los 7,9 millones<sup>15</sup>. La necesaria e inevitable incorporación tecnológica juega en este punto un papel importante.

Así la asistencia financiera por parte del Estado Nacional es una constante.

Las formas que técnicamente resultarían más adecuadas para solucionarlo:

- 8.** Volver los afiliados a las OO.SS. de origen o según elección a una EMP (lo que significaría la progresiva disolución del PAMI)
- 9.** Dejar de ingresar nuevos afiliados (los nuevos quedan en sus OO.SS. o si es su elección a una EMP)
- 10.** O los nuevos ingresantes sin aportes se suman al pool de asegurados sin cobertura en cada provincia según su domicilio (descentralización) o se sigue el punto 2.
- 11.** Transferencia de afiliados y recursos a la provincia de origen para su administración por:
  - a.** la Caja de aseguramiento provincial, o por la
  - b.** UGL provincial con dependencia directa del seguro

- 5.** Cualquier combinación de las anteriores

Cualquier medida a tomar deberá ser actuarialmente evaluada.

Considerar que el PAMI tiene en la actualidad un bajo financiamiento para el total de prestaciones que se demandan por el tipo de población beneficiaria.

Las prestaciones deben adecuarse a la canasta básica que se establezca y/o el financiamiento debe ser el adecuado.

Las decisiones a tomar debieran ser acordadas consensuadamente en el Congreso Nacional y sin dudas serán progresivas y dificultosas.

---

## H. OBRAS SOCIALES NACIONALES Y EMP:

Las consideraciones expresadas respecto del PAMI son válidas también para las obras sociales nacionales, con las particularidades de cada caso.

La opción de cambio llevada a cabo en las obras sociales nacionales fue un paso importante -aunque limitado- para su mejora, por establecer la competencia entre las mismas, evitando relativamente la cautividad de los afiliados, pero solo entre ellas. El proceso de opción de cambio ha blanqueado la situación permitiendo la migración de los beneficiarios que se han agrupado en mayor número en aquellas que eligen porque en su

percepción les brindan mejores servicios. Para lograr el favor de ser elegidas las obras sociales han adoptado diversas estrategias. Muchas han mejorado sustantivamente su gestión, también han mejorado la coordinación con los prestadores y elegido aquellos más eficientes, mientras otras se han asociado a EMP.

Lo que no se comprende es como muchas, aún con muy pocos afiliados, en muchos casos remanentes o con dificultades para ejercer su derecho de opción de cambio, y con insuficientes ingresos, persisten insustentables e ineficientes.

Como he mencionado y de acuerdo con cálculos del costo actualizado del PMO se concluye que el 74% de las obras sociales nacionales (que representa al 80% de los beneficiarios) no alcanza a cubrir un ingreso suficiente para el costo estimado.<sup>16</sup>

De ello se deduce que las prestaciones no se están cumpliendo en cantidad requerida y/o en calidad. A su vez son manifiestas las limitaciones a la accesibilidad.

Y con justificaciones expresadas en la "solidaridad" se sostienen y realizan subsidios cruzados (el FSR) que permiten durar a obras sociales que son inviables. Si los afiliados tienen la posibilidad de migrar a otras obras sociales, solo se entiende el subsidio como un mecanismo de perpetuar el poder sindical para sostener algunas -ligadas en todos los casos a los sindicatos- y la actividad de algunos sindicalistas titulares.

Cualquier circunstancia además es aprovechada para reclamar alguna forma de aporte para su funcionamiento (y la actual pandemia no ha sido la excepción). Las recientes Resoluciones N°588 y 599/2020 de junio ppdo. resultan un aporte total de \$3,778 millones para sostener su funcionamiento<sup>17</sup>.

La asociación entre los sindicatos y el poder político es una constante en nuestro país. Y no me refiero a acuerdos que debieran ser una constante para el beneficio de los afiliados o de la población en general.

La reforma del sistema incorporando mecanismos de competencia abierta y que aquellas instituciones no solventes transfieran sus afiliados a otras que les ofrezcan una cobertura satisfactoria es un proceso ineludible.

Por lo que debiera avanzarse:

1. Establecer la competencia abierta: los afiliados podrán derivar sus cotizaciones indistintamente según elección entre OSN y EMP, eliminando el sistema de "derivados"<sup>18</sup> que encarece el sistema a los afiliados
2. Permitir que el número de obras sociales nacionales se reduzca a las financieramente viables (también podrían reorganizarse según consorcios). Las que no puedan hacerlo ni cubrir las prestaciones de la canasta básica en ingresos/afiliado, reasignarán a los beneficiarios según:
  - c. Los de cotizaciones superiores al ingreso mínimo requerido podrán optar por otra Obras Social o EMP, derivando a ellas sus cotizaciones
  - d. Los de cotizaciones que no lleguen a cubrir el "piso mínimo" pasarán como beneficiarios de las cajas de aseguramiento provinciales y sus cotizaciones a las mismas cajas
3. Monotributistas: Podrán quedar en la OSN en la que están mientras paguen el aporte, que deberá actualizarse. Los de bajas categorías -o que no puedan afrontar el costo- pasan al Seguro Provincial o quienes así lo deseen a una EMP. Los nuevos incorporados al sistema eligen OSN o EMP o Seguro Provincial (estos últimos solo los de muy bajos ingresos)

4. EL FSR se reduce al 10% de las cotizaciones y se destinará solo a cubrir los requerimientos de prestaciones de alto costo y baja incidencia en la totalidad de los seguros (OO.SS. y EMP). Ello que requiere una evaluación actuarial del costo actualizado del PMO (para cada año mientras se mantenga el actual proceso inflacionario, o en cada caso según se requiera). O también en un rediseño de este (por patologías). Cualquier proceso de actualización actuarial debe ser continuo.

5. Prestaciones:

f. canasta básica de tipología AUGE (igual para todos)

g. libertad de elección

h. Las prestaciones adicionales (o superadores) a la canasta podrán ser brindadas por las mismas OO.SS. o EMP mediante contratos entre privados con los afiliados

## I. MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN:

El Ministerio de salud de la Nación puede (y debe) reducir sus funciones. Representa entre el 4,5 y el 5% del presupuesto nacional.

Tiene un sobredimensionamiento manifiesto, en particular en el diseño de programas que son más útiles a los que los gestionan que a quienes se supone debieran servir.

Entre aquellas cuestiones que considero importantes a considerar:

1. Mantener funciones esenciales de salud pública a nivel nacional, que son pocas y mucho más acotadas que lo que se proclama
2. Posibilitar la coordinación general en cuestiones relativas a los seguros provinciales y asistencia técnica para su desarrollo a nivel provincial, ya que en las actuales circunstancias las provincias se encuentran en una zona de confort y el Ministerio de Salud Nacional propone su "papel de rectoría".
3. Establecer planes y programas de capacitación permanente e acuerdo con universidades nacionales
4. Mantener relaciones de cooperación y coordinación con universidades nacionales en lo referido a formación de recursos humanos y en los contenidos de carreras de salud
5. Llevar adelante el monitoreo y control de drogas peligrosas
6. Contralor de medicamentos e información de farmacovigilancia
7. Gestión de programas nacionales que sean operativamente convalidados, en coordinación con las jurisdicciones provinciales, limitando la misma a los evaluados como costo/eficientes, de real necesidad local y sin sobre dimensionar su estructura central

## 8. Coordinación del COFESA

9. Vinculo y relaciones con organismos internacionales OPS/OMS, Mercosur, etc

10. Asistencia en la orientación de las leyes nacionales vinculadas a la evolución del PAMI y las referidas a las Obras Sociales Nacionales y EMP

11. Coordinar el desarrollo de un seguro nacional de enfermedades de alto costo y baja incidencia que alcance a la totalidad de la población con seguros provinciales, sociales o de seguros privados

12. Diseño y desarrollo de un eficiente sistema de contralor epidemiológico y de estadísticas nacionales en salud

---

## J. CANASTA BÁSICA DE PRESTACIONES:

El rediseño de una canasta básica de prestaciones resulta un apartado de vital importancia para sostenimiento del sistema.

La canasta básica de prestaciones debería progresivamente alcanzar a la totalidad de la población asegurada.

Los principales puntos para llevar adelante este aspecto de las reformas son los siguientes:

1. No establecer un modelo de pago por prestación
2. Tender a una canasta universal (todos los agentes del seguro debieran brindar las mismas prestaciones)
3. Establecer su tipología de la canasta por patologías (modelo AUGE)
4. Posibilitar el riesgo compartido entre financiadores y prestadores
5. Establecer un modelo de incorporación de cuidados según un algoritmo de priorización (ver Figura N°6)

---

## K. OBJETIVOS BUSCADOS:

Los objetivos que son buscados mediante los procesos mencionados son:

1. Tender a la cobertura universal de la población sin cobertura y de bajos recursos, a través de seguros provinciales de salud
2. Mejorar la eficiencia de las entidades financiadoras
  - a. incorporando mecanismos de competencia entre Obras Sociales Nacionales y EMP
  - b. transfiriendo la población beneficiaria del PAMI y/o redefiniendo su progresiva disolución



- c. facilitando la libertad de elección por parte de todo beneficiario para la transferencia de sus cotizaciones al agente del seguro de su elección
- 3. Mejorar la eficiencia de las entidades prestadoras incorporando la libre elección entre prestadores públicos o privados por parte de cualquier beneficiario de los seguros. Y su coordinación.
- 4. Establecer una canasta básica de prestaciones que supere los problemas del actual PMO y que pueda extenderse progresivamente a toda la población asegurada con criterios de priorización de cuidados según:
  - a. Necesidad social (demanda y magnitud del problema)
  - b. Efectividad y eficiencia según MBE
  - c. Capacidad resolutive por parte del sistema
  - d. Factibilidad de recursos asignados o a asignar
- 5. Posibilitar que los planes superadores de cualquier tipo los brinde cualquier agente del seguro
- 6. Lograr sustentabilidad financiera del sistema
- 7. Finalmente, pero no menos importante es lograr resultados sanitarios acordes con el gasto realizado. Este punto no ha sido muy detallado en el presente, aunque es un objetivo prioritario:
- 8. Los resultados sanitarios son consecuencia de múltiples factores incluso algunos ajenos al sistema de salud
  - I. Las condiciones educativas,
  - II. de vivienda,
  - III. el ambiente social,
  - IV. el aseguramiento en salud,
  - V. la cultura,
  - VI. la biología,
  - VII. las redes sociales,
  - VIII. las condiciones de trabajo,
  - IX. el ingreso, etc (ver Figura N°5)

- b.** el aseguramiento
- c.** la calidad de las prestaciones,
- c.** el acceso, etc

Son determinantes en las condiciones de salud y su desarrollo requeriría un tratamiento particular para cada ítem.

Los resultados en salud en la Argentina distan de ser los deseables según se comparen con el gasto.

El gasto en salud orilla el 10% del PBI. No se trata de un gasto menor para un país con graves desequilibrios macroeconómicos. Y seguramente son estos mismos y las condiciones sociales que provocan las que hacen ineficiente el gasto en función de resultados sanitarios.

Las reformas que se orientan tienen además el objetivo de mejorar la funcionalidad del sistema de salud y lograr mejores resultados en tanto mejoren sus propios procesos.

---

## L. POTENCIALES ESTRATEGIAS DE REFORMA:<sup>19</sup>

Una reforma a nivel nacional no es siempre necesaria o apropiada. Generalmente es posible introducir importantes mejoras realizando reformas o innovaciones en otros niveles, sin afectar la totalidad del sistema.

En nuestro caso la propuesta incluye:

- 1.** un aseguramiento a través de cajas provinciales de la población actualmente sin cobertura,
- 2.** una dilución o disolución del PAMI como figura del seguro
- 3.** una competencia abierta entre obras sociales y EMP, que elimine los subsidios a agentes del seguro no sustentables financieramente
- 4.** una reforma sustantiva de la canasta básica de prestaciones pasando de un modelo por prestaciones a uno por priorización de cuidados (patologías)

Para llevar a cabo este modelo muy probablemente no todas estas líneas de acción puedan llevarse a cabo simultáneamente, pero si es requerible una alta coordinación entre procesos.

Los acuerdos políticos necesarios son tema de otro capítulo al que no le restamos importancia.

Considerando la reforma del sistema de salud en tres niveles. Uno a nivel nacional, que afecta la prestación y el financiamiento de los servicios de salud en todo el país. Otro nivel, una reforma en una provincia o estado. El tercer nivel comprende a las organizaciones particulares.

Dentro de cada nivel, existen varias estrategias de reforma que la Argentina podría intentar. Cual elegir es el paso siguiente a un largo proceso de análisis, planificación y negociaciones que alcanzan no solo los niveles técnicos, sino también los políticos.

Se trata de orientar el sentido de las acciones de políticas públicas que se presuman facilitadoras para crear condiciones para el desarrollo de instituciones de salud que den mejores respuestas, según resulta un objetivo deseable.

### *Reforma al sistema de salud a nivel nacional*

Estos son algunos de los factores que deben ser considerados al pensar en reformar el sistema a nivel nacional.

Una revisión completa y radical es difícil

Los cambios se implementan progresivamente

Existen muchas posiciones y orientaciones en los procesos de reforma

Algunas pueden ser drásticas y por lo mismo difíciles en tanto afectan intereses y posiciones sustentadas durante mucho tiempo

Lo importante es acordar y tener horizontes deseables

La presente propuesta es técnica y contempla diferentes aspectos hacia los que se podría avanzar en función de lograr los objetivos expuestos. Deberían elaborarse los pasos políticos que la hagan viable atendiendo a los diferentes aspectos que los caracterizan.

Cualquiera sea la dirección y oportunidad de los avances se encontrarán tanto aliados como detractores, por lo que no se debe esperar una evolución lineal.

Las instituciones van logrando su formato con una evolución lenta y progresiva. Las decisiones en nuestro país en el sistema de salud han sido una sucesión de parches, que respondieron a la presión de grupos de interés, o a las recetas de expertos que sirvieron para orientar y convalidar decisiones políticas, presentadas como la mejor solución para la gente, aunque no siempre fue así.

Las condiciones actuales de nuestro sistema de salud que resulta en un amontonamiento de instituciones con funciones superpuestas, complejidad, sobrecostos, e ineficiencia, imponen que se comience a pensar en soluciones y rediseños que modifiquen las actuales circunstancias.

## REFERENCIAS:

- <sup>1</sup> Los datos del financiamiento corresponden a 2017. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gasto-en-salud-represento-el-94-por-ciento-del-pbi-en-el-ano-2017> y en: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/argentina>
- <sup>2</sup> \$110.037.778.928 en el presupuesto nacional 2021
- <sup>3</sup> Colina, J. Conferencia "Financiamiento y sostenibilidad del Sistema de Salud". Fundación Güemes. 9/10/2020
- <sup>4</sup> Referencia a la pandemia por Covid-19 que supone por el incremento de las tasas de desempleo la pérdida de cobertura de la seguridad social y seguros privados
- <sup>5</sup> Torres, R & Van der Kooy, E. Datos PMO 2019 estimación \$1833 a Julio/2019 por Prosanity Consulting [http://www.prosanity.com.ar/documentos/PMO2019\\_cerrado.pdf](http://www.prosanity.com.ar/documentos/PMO2019_cerrado.pdf)
- <sup>6</sup> Torres, R & Van der Kooy, E Informe de datos PMO 2019 estimación \$xxxx a Agosto/2020 por Prosanity Consulting [http://www.prosanity.com.ar/documentos/PMO2020\\_cerrado.pdf](http://www.prosanity.com.ar/documentos/PMO2020_cerrado.pdf)
- <sup>7</sup> EMP: Empresas de Medicina Prepaga
- <sup>8</sup> Filgueira Lima, E "La salud en su laberinto" (2020) [https://www.academia.edu/44175622/La\\_salud\\_en\\_su\\_laberinto](https://www.academia.edu/44175622/La_salud_en_su_laberinto)
- <sup>9</sup> Glanc, M "Sustentabilidad del sistema de Seguridad Social Argentino en su proyección para los próximos 10 años" SSSalud. Junio 2020
- <sup>10</sup> Prosanity & Universidad Isalud "Presentación de la actualización del costo PMO". 12/11/2020
- <sup>11</sup> Roldán R. "Costo cápita/mes del PMO" \$ 2.788,25 (a Julio 2020) Presentación Prosanity Consulting en <https://www.youtube.com/watch?v=ZpX7yNJeQV8>
- <sup>12</sup> El cálculo realizado fue en base a una población activa de 0 a 65 años
- <sup>13</sup> Filgueira Lima, E "El Sistema de Salud en la Argentina y los fracasos en sus intentos de reforma" (2012) [http://eseade.academia.edu/EduardoFilgueiraLima/Papers/1917451/EL\\_Sistema\\_de\\_Salud\\_en\\_la\\_Argentina\\_y\\_los\\_fracasos\\_en\\_sus\\_intentos\\_de\\_reforma](http://eseade.academia.edu/EduardoFilgueiraLima/Papers/1917451/EL_Sistema_de_Salud_en_la_Argentina_y_los_fracasos_en_sus_intentos_de_reforma)
- <sup>14</sup> Tobar, F "¿Qué aprendimos de las Reformas de Salud?" Fundación Sanatorio Güemes (2010)
- <sup>15</sup> Colina, J Conferencia "Financiamiento y sostenibilidad del Sistema de Salud". Fundación Güemes. 9/10/2020
- <sup>16</sup> Roldán R. "Costo cápita/mes del PMO" \$ 2.788,25 (a Julio 2020) Presentación Prosanity Consulting en <https://www.youtube.com/watch?v=ZpX7yNJeQV8>
- <sup>17</sup> Resolución SSSalud N°588/2020 como adelanto del SUR por \$2.502 millones del 6/Junio/2020 y Resolución SSSalud N°599/2020 "para garantizar un adecuado funcionamiento de los servicios de salud durante la vigencia de la pandemia..." por \$1276 millones del 30/junio/2020
- <sup>18</sup> Afiliados "derivados" son los que mediante acuerdos entre obras sociales nacionales y EMP ofrece a los afiliados a las primeras los servicios de los prestadores de las segundas, con un costo o comisión que retienen las obras sociales de las cotizaciones derivadas. Este "costo retenido" por la OSN de origen encarece innecesariamente a los afiliados el costo del plan de la EMP al que acceden
- <sup>19</sup> Moseley, G "Estrategias para la reforma del sistema de salud en Argentina y en el mundo" (2016) <http://www.academia.edu>