

JUNIO 2021

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

HACIA UNA AGENDA DE REFORMAS PENDIENTES



POR **ADOLFO RUBINSTEIN**

cece

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: FINANCIAMIENTO, ORGANIZACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS. CONSTRUYENDO LA AGENDA DE REFORMAS PENDIENTES EN EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
UNA RESEÑA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO.....	3
FUERZAS IMPULSORAS DE CAMBIOS.....	6
UNA HOJA DE RUTA Y PROPUESTAS PARA LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA.....	8
Ampliación de la Cobertura Efectiva en el marco de la CUS.....	7
Establecimiento de seguros públicos provinciales.....	9
Reforma del Sistema de Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales y PAMI).....	10
Definir una política de fijación de precios y coberturas de medicamentos y tecnologías de alto precio que aseguren la sustentabilidad del sistema.....	12
Crear un proceso deliberativo público para tomar decisiones difíciles.....	14
Reducir las disparidades en la cobertura efectiva.....	15
Construir un sistema de salud orientado a la atención primaria.....	16
MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN.....	17
CONSIDERACIONES FINALES.....	18
REFERENCIAS.....	19
CUADROS Y FIGURAS.....	21

Esta traducción al español, actualizada y ampliada, ha tomado como base el artículo publicado por Rubinstein A, Zerbino MC, Cejas C, López AS (2018) Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform. Health Systems & Reform, 4:3, 203-213, DOI: 10.1080/23288604.2018.1477537

INTRODUCCIÓN

Estamos en un momento único en la historia de la humanidad. La pandemia de Covid-19 ha cambiado de raíz la agenda política, económica y social a nivel global y a nivel local. Y por primera vez en la historia reciente al menos, la salud pública emerge como el tema predominante y prioritario de preocupación de los gobiernos y las sociedades. El 2020 será considerado en los libros de historia como un “annus horribilis” y si hay algo que puede caracterizar de manera singular a esta tragedia griega que estamos aun viviendo, es la incertidumbre. Pensemos que sólo hace poco más de un año, muchos estábamos disfrutando del receso del verano de 2020 sin imaginarnos, ni siquiera en la peor de nuestras pesadillas, que en algún momento del año más de dos terceras partes de la humanidad iban a estar sometidas a una nueva “normalidad” donde sin solución de continuidad íbamos casi a terminar naturalizando ciertas conductas y disposiciones como la cuarentena generalizada, el uso de barbijos, el distanciamiento físico y social, la suspensión de clases, los espectáculos artísticos y deportivos y las restricciones a la circulación de personas. Menos nos imaginábamos que el mundo iba a vivir una suerte de experimento social a gran escala con el objeto de controlar, mitigar o suprimir la pandemia y salvar vidas, pero a un costo económico, social, emocional y psicológico altísimo, restringiendo libertades básicas que la sociedad en su conjunto fue resignando en aras del control de la epidemia, la reducción de muertes y la protección de la salud pública en general.

La pandemia de Covid-19 ha agravado y sobre todo visibilizado, las enormes disparidades sanitarias en nuestro país. Por primera vez, la protección de la salud pública ha escalado en la agenda gubernamental y en la agenda social como nunca antes y la sociedad y los políticos han comprendido e internalizado cabalmente las razones por las que la salud pública es un bien público y debe ser un derecho meritorio. Más allá de esta dudosa “externalidad positiva” de la pandemia, al menos para la visualización más cruda de nuestros problemas sanitarios, ¿podremos esperar que la salud perdure en la agenda pública, dándole al sistema de salud la importancia que merece como factor fundamental para la mitigación de las disparidades sanitarias a través del acceso y cobertura universal, o seguiremos pensando que sólo sirve para resolver situaciones de crisis o desastres como la que estamos viviendo?

En este contexto tan difícil, es necesario describir y abordar las características de nuestro sistema de salud con sus luces y sus sombras, pero también profundizar los procesos de reforma que se debe llevar a cabo de una vez, para avanzar hacia un sistema más justo, más efectivo, más equitativo y de mejor calidad para todos los argentinos.

La República Argentina es un país de ingreso medio-alto en comparación con otros países, y cuenta con una población de aproximadamente 45 millones de habitantes, la mayoría de los cuales vive en grandes ciudades¹. Las enfermedades no transmisibles (ENT) suman más de 70% de la carga de enfermedad, y las cardiovasculares representan aproximadamente un tercio de las muertes por enfermedades crónicas en la Argentina, un país que casi ha completado la transición demográfica, epidemiológica y nutricional². En tal sentido, se caracteriza por un sistema de salud bastante desarrollado de acuerdo a los estándares de países de ingresos medianos. En comparación con otras naciones de la región, nuestro sistema de salud funciona bien en varios indicadores clave. Sin embargo, los resultados están por debajo de lo que cabría esperar en función de la magnitud de su gasto sanitario, ya que se trata de uno de los países latinoamericanos con mayor gasto per cápita y desarrollo humano (véase el cuadro 1). En resumen, cabe destacar que los principales problemas en la atención de la salud en la Argentina hoy en día están relacionados con la inequidad y la ineficiencia, como en muchos otros países de América Latina³.

Muchas de las deficiencias del sistema de salud remiten a su segmentación, fragmentación y pluralidad en términos de financiamiento y organización. En la década de 1990, la Argentina transitó por una profunda reforma sanitaria, como sucedió en toda Latino América. Aunque algunos objetivos de dicha reforma fueron propios de cada país, un factor en común era el esfuerzo por establecer un mecanismo que garantizara una asignación más eficiente de los recursos escasos y permitiera una prestación más amplia de servicios de atención de la salud sobre la base de las necesidades de la población. Durante este período, nuestro país adoptó una ambiciosa gama de reformas, fuertemente influenciadas por organismos internacionales como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional. Estas reformas, en consonancia con las aplicadas en otros países de ingresos medios o economías transicionales, se centraron en la descentralización y la reestructuración de los sistemas de seguridad social³⁻⁴. Muchas de estas reformas quedaron cristalizadas en las dos décadas siguientes, otras quedaron en el camino.

UNA RESEÑA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Como ya se mencionó más arriba, la Argentina tiene un sistema de salud segmentado, fragmentado y plural⁵, dividido en tres grandes sub-sectores: el público, la seguridad social y el privado, tal como se puede observar en muchos otros países de nuestra región.

El **sector público**, financiado con impuestos, está descentralizado hacia las jurisdicciones provinciales, las cuales tienen la potestad en la administración política, presupuestaria y prestacional en un esquema funcional conocido como devolución, que representa el máximo grado de descentralización. En algunas provincias, como Buenos Aires, Córdoba y - en menor medida - Santa Fe, estas atribuciones están descentralizadas mayormente a los municipios, lo que complejiza aún más el sistema de financiamiento, organización y entrega de los servicios de salud. Bajo este esquema de funcionamiento, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) tiene un papel estratégico, aunque acotado al rol de rectoría en la implementación de políticas públicas de salud. Los fondos de financiamiento para bienes y servicios de salud fluyen generalmente de los presupuestos nacionales hacia los provinciales y los locales, sin ataduras o condicionamientos, dejando al nivel central con apalancamiento relativo para mejorar la eficiencia y la rendición de cuentas, o bien para influir en el gasto provincial en materia de salud. En este sentido, el MSAL representa poco menos del 20 % del gasto público en salud, tal como se explicará más adelante⁶.

En el contexto político de un país federal, existe una instancia de participación conjunta y búsqueda de consensos que es el Consejo Federal de Salud (COFESA). Este espacio reúne periódicamente al ministro de salud nacional junto con los de las provincias, en un ámbito propicio para el intercambio de ideas, necesidades y prioridades de las agendas políticas de las jurisdicciones, así como para las negociaciones entre el nivel

nacional y el subnacional, con una autoridad y competencia limitada por parte del MSAL para garantizar la implementación de las políticas sanitarias en el nivel de los territorios provinciales.

A excepción de algunos hospitales nacionales terciarios de alta complejidad, como el Hospital nacional de Pediatría Garrahan, el Hospital del Cruce o el Hospital Posadas, así como algunos otros hospitales especializados, la totalidad de los hospitales y centros de atención primaria del sector público son gobernados por el nivel provincial o municipal. Dado que todos los habitantes de Argentina gozan del derecho a recibir atención médica por parte de los efectores públicos, en general bajo demanda, el sector público actúa como reaseguro para la población que cuenta con un seguro social o privado, manteniendo así un flujo de atención gratuita para todas las personas, incluida la población asegurada. Aproximadamente 16 millones de personas (36 %) en la Argentina no tienen seguro de salud y sólo reciben atención médica por parte de los efectores públicos de cada provincia o distrito ⁷. Además, los hospitales públicos son muchas veces utilizados por personas con cobertura social e incluso cobertura prepaga para procedimientos diagnósticos o terapéuticos más complejos y costosos ⁸. Este importante subsidio cruzado desde el subsistema público hacia la seguridad social y el subsector privado, difícil de dimensionar en su magnitud, tiene que ver con que la mayoría de los efectores públicos, en particular los centros de atención primaria de la salud (CAPS), carecen de los sistemas de información para identificar a los beneficiarios asegurados que reciben atención. Tampoco la mayoría tiene la capacidad necesaria para facturar los servicios de salud que prestan a los beneficiarios con obra social o prepaga y de esta manera solicitar el reembolso correspondiente vía Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) o convenios especiales con otros financiadores. Una de las políticas aplicadas en las reformas sanitarias que tuvieron lugar en la década de 1990 fue otorgar a algunos hospitales públicos una mayor autonomía financiera y de gestión, llamándolos hospitales públicos de autogestión o de gestión descentralizada. Estos establecimientos tuvieron un importante incentivo para administrar sus propios presupuestos, modernizar sus sistemas de información y, por tanto, recuperar al menos parcialmente el costo de las prestaciones brindadas a los beneficiarios de la seguridad social.

La mayoría de los programas y servicios orientados a la atención primaria de la salud siguen centrándose en la salud materno-infantil en lugar de la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) para los adultos, incluidos los problemas de salud mental, que, como se mencionó más arriba, dan cuenta de más de 70% de la carga de enfermedad y muerte prematura en la Argentina. Este abordaje sigue la tradición de las estrategias de APS "selectivas" en la región de América Latina y el Caribe, donde los servicios públicos de atención de la salud se prestan mayoritariamente a la población con menos recursos, sin seguro y desarrollando políticas focalizadas hacia determinados grupos vulnerables ⁹.

El **sector de la seguridad social** es el subsector más extenso y dominante en cuanto a cobertura poblacional en la Argentina y está compuesto por fondos conocidos como obras sociales, entidades no gubernamentales reguladas por la ley N° 23660/89 y sus modificatorias. Estas organizaciones presentan diferentes características: las Obras Sociales Nacionales (OSN) están en su mayoría administradas por sindicatos y generalmente sus beneficiarios son trabajadores dentro de la misma actividad laboral incluyendo a sus familiares directos. Algunas de ellas son obras sociales de dirección, que nuclean a individuos que ocupan cargos gerenciales en empresas privadas, como por ejemplo OSDE. Estas OSN brindan cobertura de salud a aproximadamente 14 millones de personas; cada fondo cubre al empleado y sus dependientes directos con la opción de extender la cobertura voluntaria a otros miembros de la familia, fijando aranceles especiales. Además, hay también obras sociales que incluyen a todos los empleados públicos de cada provincia, denominadas Obras Sociales Provinciales (OSP), que dan cobertura a 7 millones de personas (una por cada una de las 24 jurisdicciones).

Las OSN se financian a través de una contribución obligatoria de la nómina de los trabajadores en relación de dependencia o registrados, donde cada uno aporta el 3% de su salario, mientras que los empleadores contribuyen con el 6%. Cada fondo cubre al empleado y sus dependientes directos con la misma opción de extender la cobertura voluntaria a otros miembros de la familia. Esos aportes y contribuciones son recaudados por la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), que a su vez asigna aproximadamente entre el 80 y el 90 % del dinero a la OSN del aportante. Para compensar las diferencias que pueden dar lugar a posibles inequidades sanitarias debido a las disparidades en los ingresos y características socio-demográficas de cada una de las OSN, un fondo solidario de redistribución (FSR), compuesto por el 10-20 % de cada contribución de nómina, transfiere dinero entre OSN en función de una matriz que considera la edad, el sexo y el salario promedio. Sin embargo, esta transferencia automática por riesgo de acuerdo con un esquema solidario (SANO) ha ido perdiendo peso debido a la aparición de otros subsidios automáticos menos redistributivos que no alcanzan a compensar estas inequidades, como el llamado subsidio para la mitigación de asimetrías (SUMA), SUMARTE (para OSN con mayor cantidad de monotributistas y amas de casa) o SUMA 65 (para OSN con beneficiarios que tienen más de 65 años y no se afiliaron al PAMI - Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. En este caso, más de 350,000 beneficiarios jubilados permanecen en algunas OSN, como por ejemplo la obra social de empleados de comercio (OSECAC). El FSR es administrado por la SSS, el órgano regulador dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, cuya función es supervisar el desempeño prestacional y financiero de las OSN y establecer los mecanismos de compensación al interior del sistema. Además de la distribución de subsidios automáticos, el FSR reembolsa a las OSN por las prestaciones relacionadas con el uso de tecnologías de muy alto costo y con la atención de diversos tipos de discapacidad.

El Plan de Beneficios Sanitarios (PBS) explícito, garantizado a todos los trabajadores formales, se denomina "Plan Médico Obligatorio" o PMO. Existe aún una importante discusión sobre si el PMO constituye una base prestacional real al cual se le pueden añadir otras prestaciones suplementarias, o más bien se trata de un paquete *cerrado* que define los servicios cubiertos por la seguridad social. Además, existe un Sistema Único de Reembolso (SUR) que funciona en la SSS y que reemplazó al viejo APE, que reintegra a las OSN el costo de varios procedimientos diagnóstico/terapéuticos de alta complejidad, así como medicamentos de alto precio y tecnologías innovadoras.

Por otro lado, 5 millones de personas mayores y personas con algunas discapacidades, están cubiertos por el seguro social para trabajadores jubilados (PAMI) que se financia con los aportes (3%) y contribuciones (2%) de la remuneración de los trabajadores formales activos y de los aportes de los pasivos (3-6%) de acuerdo al monto de los haberes percibidos, aunque la contribución de los empleadores ha ido cambiando a través de deducciones especiales efectuadas a lo largo del tiempo. También los aportes del Tesoro Nacional representan una importante fuente de financiamiento para compensar su déficit crónico. Finalmente, un conjunto de obras sociales "especiales" no están reguladas por la SSS u otro organismo público. Se trata de entidades que surgieron para brindar atención médica a trabajadores de ciertos organismos o grupos poblacionales específicos y por diversas razones quedaron por fuera de los marcos regulatorios para el resto de las OSN. Se trata de las obras sociales de universidades nacionales, las fuerzas de defensa y seguridad (unificadas actualmente en el IOSFA), la Dirección de Ayuda Social para el personal del Congreso de la Nación (DAS), y la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, entre otras.

En resumen, la seguridad social consta de más de 300 obras sociales diferentes en alcance y tamaño, jurisdicción, incluyendo las especiales que, sumadas al PAMI, proporcionan cobertura de salud a aproximadamente 60% de la población ¹⁰.

Los seguros privados o empresas de medicina prepaga (EMP) cubren aproximadamente a 6-7 millones de beneficiarios, donde alrededor de 2/3 de esas personas son beneficiarios de OSN que contratan planes complementarios privados o “superadores” en EMP y aproximadamente 2 millones son afiliados voluntarios que en forma individual realizan pagos directos a alrededor de 200 EMP y mutuales¹⁰. En 2011, el Congreso aprobó una ley ordenando a la SSS que obligue a todas las EMP a cubrir el PMO como canasta mínima de servicios ofrecido a sus afiliados, así como a limitar las carencias, preexistencias y exclusiones de nuevos afiliados. Es importante aclarar que sólo las OSN y las EMP están reguladas por la SSS y, por lo tanto, deben cumplir con las obligaciones de supervisión y control de este órgano, entre ellas con el PMO. Ni las OS provinciales, ni PAMI, ni las OS especiales están sujetas a la regulación por parte de la SSS y, en consecuencia, tampoco están obligadas a cumplir con el PMO, ofreciendo cada una de ellas paquetes de beneficios propios a sus afiliados.

En **la Figura 1**. Se presentan las fuentes de cobertura de salud. En relación con la equidad, como puede observarse en **la Figura 2**, hay un marcado gradiente de ingresos en la cobertura sanitaria, donde más del 60% del quintil de ingresos más bajos no tiene seguro en comparación con menos del 10% en el quintil más alto. Como la mayoría de las obras sociales son demasiado pequeñas para prestar servicios directamente, compran servicios de salud a clínicas y sanatorios privados, lo que a su vez ha creado un gran sector prestacional privado que representa alrededor del 50% de las camas hospitalarias y las instalaciones ambulatorias en el país¹¹, atendiendo a la mayoría de los beneficiarios de la seguridad social y de EMP⁸. Se calcula que hasta el 90 % de las contribuciones recaudadas por las OSN se asignan a proveedores privados¹².

En el año 2017, la Argentina gastó 9,4% de su producto bruto interno (PBI) en atención de la salud. Los resultados por subsistema muestran que el gasto público en salud fue 2,7% del PBI (sólo 20% es gasto público nacional y el resto es fundamentalmente provincial y en menor medida, municipal), el de la seguridad social, 3,9%, y el Gasto Privado, 2,8% del PBI. Asimismo, si se analiza la participación relativa de los diferentes subsistemas en el gasto total, se observó que 41,8% correspondió a gasto de la seguridad social, 28,7% a gasto público y 29,5% restante al Gasto Privado⁶, representando un gasto sanitario per cápita de 1.390 USD a valores de 2017, lo que lo convierte en uno de los más altos en América Latina¹³. El gasto público consolidado, que comprende el gasto público más el de la seguridad social (cuasi-público o semi-público), representa entonces 6,6% del PBI o poco más de 70% del gasto total en salud. Sin embargo, el gasto privado (aseguradores y prestadores, más el gasto de bolsillo de las familias) también fue significativo con aproximadamente 30 por ciento, casi dos tercios de los cuales provienen de pagos de bolsillo de los hogares y un tercio de los pagos directos a los planes de seguro privado⁶. Es importante destacar que el gasto sanitario privado en la Argentina es en general igual o inferior al de otros países latinoamericanos similares, como, por ejemplo: Uruguay 30%, Chile 39%, Brasil 57%¹³.

FUERZAS IMPULSORAS DE CAMBIOS

Aunque históricamente la reforma de la atención sanitaria no ha sido una prioridad en nuestro país, hay crecientes factores externos e internos que afectan a los gobiernos, los financiadores, los proveedores y el público en general que comienzan a visibilizar la necesidad de reformas, y por lo tanto los políticos están prestando cada vez más atención. Como principal factor externo, cabe señalar a la pandemia de COVID 19 y sus desastrosas consecuencias sanitarias, económicas y sociales. Esta tragedia, que impactó terriblemente en 2020, amenaza permanecer al menos todo 2021 y probablemente buena parte de 2022, ha elevado la salud pública, las políticas sanitarias y la reforma del sistema de salud al tope de la agenda política y social. Otros factores externos que es necesario considerar incluyen los desajustes permanentes de la macroeconomía, la recesión prolongada, el desempleo y el aumento estructural de la pobreza que impactan

fuertemente en la respuesta que puede dar el sistema de salud a las crisis recurrentes de las últimas décadas. La realidad es que Argentina gasta casi 10% de su PIB en salud sin obtener los resultados que se esperarían de acuerdo con ese gasto, aún en comparación con países vecinos como Chile y Uruguay.

Algunos de los factores y determinantes internos que impulsan los procesos de reforma sanitaria y que tienen que ver con defectos y deficiencias estructurales y de procesos en cada uno de los sectores, pueden observarse a continuación:

a) en el sector público: Algunos de sus problemas fundamentales son aquellos relacionados con la organización federal del sector público y las políticas de descentralización fallidas a niveles subnacionales en la financiación y prestación de servicios de salud, el racionamiento implícito de servicios y prestaciones basado en un PBS aspiracional pero no uno real o explícito ofrecido a la población-como es el PMO de las OSN, la falta de orientación a la atención primaria en la mayoría de los sistemas de salud pública provinciales, la baja capacidad institucional para la gestión, los sistemas de información deficientes tanto en hospitales como sobre todo en los centros de atención primaria de la salud en las provincias pobres, y la desigualdad con enormes disparidades sanitarias entre las jurisdicciones tanto en las tasas de utilización de servicios como en los resultados de la atención médica;

b) en el sector de la seguridad social: los problemas más críticos están relacionados principalmente con el alto número de obras sociales, en su gran mayoría muy pequeñas y con fondos de riesgo inestables, la débil gestión, los ingresos desiguales basados en los salarios medios de las diferentes actividades, la mala redistribución de los ingresos a través del FSR, la falta de criterios explícitos para definir y actualizar el PMO y el fondo de reembolso de prestaciones de alto costo (SUR), los sistemas de información deficiente y la casi inexistente rendición de cuentas y falta de transparencia, así como la amplia variabilidad en los beneficios realmente proporcionados en las Obras Sociales como resultado de la desregulación, los arreglos con las EMP y el “descreme” resultante.

c) en el sector de los seguros y prestadores privados, los mayores problemas surgen producto de un marco regulatorio rígido que obliga a los planes prepagos a aceptar todas las nuevas tecnologías cubiertas por el PMO o SUR, pero al mismo tiempo obstaculizan el establecimiento de actualización de las primas, en función de los costos incrementales que devienen, entre otras razones, de la incorporación de medicamentos innovadores de alto precio y nuevas tecnologías a la cobertura. En efecto, se requiere una autorización especial de la Superintendencia de servicios de salud para aumentar las cuotas de las EMP, sujeta a la justificación del aumento de la estructura de costos, lo que crea desafíos para su sostenibilidad en el contexto de las altas tasas de inflación general e inflación de salud en nuestro país.

Por otro lado, el sector prestacional privado no integrado verticalmente a las EMP, que ya venía muy golpeado luego de la crisis de 2001, agravó sus problemas financieros con la dramática reducción de las prestaciones a lo largo de la pandemia, lo que parece que se repetirá en 2021. En efecto, la tensión cada vez mayor entre financiadores (EMP) y prestadores (clínicas, sanatorios y centros de diagnóstico y/o tratamiento) por los bajos aranceles y la falta de actualización de las prestaciones que se les pagan a los prestadores (incluyendo también los pagos de las obras sociales), generan una situación que amenaza su sustentabilidad y provoca desaparición de efectores, sobre todo en el interior del país. Esta crisis de los prestadores privados, que sumaban en

2018, 12,700 establecimientos con y sin internación y más de 73.000 camas (45% de las camas totales antes del COVID 19), según el informe de “Claves”, sería aún más grave si no fuera por ciertas exenciones y diferimientos impositivos (aportes patronales, detracción del mínimo no imponible, reducción del impuesto al cheque y otros), que están recibiendo en virtud de la emergencia sanitaria que se viene prorrogando desde hace más de una década.

UNA HOJA DE RUTA Y PROPUESTAS PARA LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA

Cualquier reforma se enfrenta a muchos desafíos que no sólo implican procesos relacionados con el reconocimiento de los problemas, la generación de propuestas, sus alternativas y las interacciones políticas, sino también el conocimiento sobre quiénes son los actores y cuál es su posicionamiento, influencia y poder. Avanzar en el logro de una *cobertura efectiva* significa *que todas las personas realmente reciban los servicios de salud que necesitan, oportunamente y con calidad, sin sufrir penurias financieras para acceder a estos servicios y que esto se traduzca en mejoras de resultados en condiciones prioritarias*. En este sentido, Argentina tendrá que corregir varios engranajes disfuncionales en su sistema de salud. Al abordar este proceso de reforma, he decidido centrarme en algunas propuestas que creo que pueden ser claves para la reforma del sistema de salud en nuestro país (véase el cuadro 2).

Ampliación de la Cobertura Efectiva en el marco de la CUS

En la última década, se ha establecido a nivel global la cobertura universal de salud (CUS) como objetivo aspiracional para los procesos nacionales de reforma sanitaria. El financiamiento de la CUS, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se desarrolla en tres ejes principales, en función de la cantidad de fondos mancomunados disponibles para cubrir los costos de los servicios y distribuir los riesgos (*risk pool*, en inglés), a saber: 1) la población que está cubierta con esos fondos; 2) la proporción de los costos de las prestaciones cubiertos por esos fondos; y 3) el listado de servicios de salud cubiertos por esos fondos.¹⁴

En Argentina el acceso a la salud es un derecho universal. Es decir que todos los habitantes del país tienen acceso a la provisión pública (nacional, provincial, municipal), con independencia de que tengan, adicionalmente, algún otro tipo de cobertura. Esto implica que el sub-sector público debe brindar atención gratuita a todas las personas en el punto de atención, independientemente de que cuenten con algún tipo de cobertura explícita formal (seguridad social o prepagas). Sin embargo, esa cobertura nominal no necesariamente implica que la prestación de servicios será efectiva, equitativa y de calidad. Por eso, el desafío de la CUS en nuestro país es pasar de una cobertura nominal y en gran medida, aspiracional a una cobertura efectiva donde las prestaciones se realicen en tiempo y forma, con equidad y calidad. La ampliación de la cobertura efectiva, fue definida en nuestra gestión, entre 2017 y 2019, en base 3 ejes estratégicos: 1) aumento de la cobertura territorial orientada a la atención primaria implementada a través de la estrategia de salud familiar (ESF), 2) aumento de la cobertura digital por medio de historias clínicas interoperables y sistemas de información para la gestión, y 3) aumento de la cobertura prestacional y mejoramiento de calidad con especial foco a la prevención y control de enfermedades crónicas y sus factores de riesgo y en algunas enfermedades endémicas desatendidas (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, entre otras) .

La implementación de la ESF consta de un proceso de asignación de población a cargo de equipos de salud nucleares compuestos de médico/as de familia, enfermero/as en atención primaria y agentes sanitario/as o promotores de salud que se implementa en dos fases secuenciales: a) asignación de la población a cada establecimiento de salud mediante la definición de áreas de responsabilidad georreferenciada y b) al interior de cada efector, asignando el cuidado de cada persona/familia al equipo de salud, mediante un proceso

llamado “panelización”. El aumento de la cobertura digital es otro eje fundamental hacia la implementación de la CUS, incluyendo el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información a través de indicadores reportables para el monitoreo y evaluación del proceso de atención y la elaboración de estándares de interoperabilidad para los diferentes sistemas existentes, contando con reportes periódicos. En este sentido, la integración de los datos clínicos, administrativos y de gestión a través de la implementación de historias clínicas electrónicas interoperables constituye la plataforma para mejorar la continuidad y la calidad de los cuidados de las personas en los diferentes niveles de complejidad del sistema de atención. Finalmente, el último eje de aumento de cobertura prestacional con mejoramiento de calidad requiere explicitar los servicios que se brindan en cada una de las instituciones, desarrollar herramientas que faciliten el acceso a turnos programados, definir líneas de cuidado prioritarias con foco en la prevención y control de enfermedades crónicas y otras condiciones prevalentes o desatendidas, y establecer circuitos o recorridos por los cuales las personas deben transitar el sistema de salud desplegando redes de atención que articulen e integren los diferentes niveles de complejidad dentro de cada sector y entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado).

Establecimiento de seguros públicos provinciales

Los seguros sociales están bien establecidos en Argentina, a pesar de sus defectos y limitaciones. Al igual que en otros países con sistemas de seguridad social, las Obras Sociales en Argentina dan cobertura a los trabajadores formales primero porque estos grupos son políticamente influyentes, y segundo porque generan ingresos al estado a través del pago de impuestos.⁸ Una cuestión a resolver es cómo proporcionar cobertura a las poblaciones que actualmente carecen de seguro de salud. Como ya se mencionó, los servicios de salud brindados por los efectores públicos son mayoritariamente responsabilidad de las provincias y/o municipios, pero en cada jurisdicción también hay una Obra Social provincial (OSP) que cubre a sus empleados de la administración pública. Una estrategia para ampliar la cobertura podría ser facilitar desde el nivel federal la creación de un seguro de salud subsidiado para los no asegurados a nivel provincial como primer paso, y como segundo paso más adelante, integrar a esta población dentro de la OSP para crear un pool de riesgo más amplio y estable, con un componente contributivo y un componente subsidiado. A este respecto, la integración también significa acordar un paquete de servicios socialmente aceptable y armonizar las normas de atención.

En este sentido, el programa SUMAR del Ministerio de Salud de la Nación, ofrece una excelente plataforma para lanzar esta estrategia. Se trata de un programa nacional, patrocinado por el Banco Mundial, que ha dado un gran salto en el sector público para avanzar en nuestra estrategia de ampliación de la cobertura efectiva a través de: 1) fortalecer el esquema de seguros en este sector, tradicionalmente impulsado por la oferta y con escasa sensibilidad a las demandas y preferencias sociales del público, y 2) implementar un enfoque de financiación basado en resultados a través de incentivos financieros a las provincias condicionados al logro de metas explícitas en los objetivos e indicadores acordados entre los niveles subnacionales y el nivel federal. Desde su creación como Plan Nacer en 2003, el Programa SUMAR ha inscrito a 16 millones de personas no aseguradas formalmente y con sólo la cobertura proporcionada por el sector público. Aunque el paquete de beneficios para la salud es limitado y principalmente focalizado en la salud materno-infantil, en estos últimos años ha ampliado la cobertura a las enfermedades crónicas. SUMAR es el único programa nacional que ha implementado un esquema de seguro de salud público, a nivel provincial. Algunos estudios de evaluación muestran que este programa ha tenido importantes efectos positivos en resultados perinatales, reduciendo 9% las tasas de bajo peso al nacer y 22% la mortalidad neonatal en grandes maternidades públicas.¹⁵

Esta ampliación del seguro público debe lograrse de manera que comprometa a las provincias en cuanto a su responsabilidad fiscal. Todas las provincias están batallando para recibir una mayor proporción en el reparto de los dineros públicos mediante la coparticipación federal, y por supuesto, estas transferencias fiscales son necesarias para que las provincias o municipios puedan financiar hospitales, centros de atención primaria, profesionales, empleados y prestadores en general. Dado que no hay prácticamente condicionalidades vinculadas a estas transferencias de dinero del nivel federal a los niveles provinciales, las provincias dan por sentado estos flujos de financiamiento y por lo tanto estos no representan incentivos para cambiar el comportamiento fiscal respecto al abordaje de los problemas de salud, mejorar la calidad o la productividad. La experiencia del Programa SUMAR muestra, por otro lado, cómo se pueden moldear las actividades del sector público mediante la introducción de un esquema de seguro y de pago por desempeño tanto para las provincias como para los prestadores.

La expansión de la cobertura a la población sin seguro, perteneciente casi en su totalidad a los 2 quintiles de menores ingresos requerirá un fuerte compromiso político para superar la reacción contraria de algunos grupos de interés, como podrían ser algunos sindicatos y obras sociales, particularmente cuando esta reforma implica una mayor integración prestacional o mayor presión fiscal sobre el sector formal de la economía para subsidiar el sector informal. Un abordaje incremental y gradual en la cobertura sanitaria puede ser más factible en términos de economía política ya que algunas experiencias en Argentina que propusieron este esquema a principios de este siglo fracasaron, en parte debido a su mal diseño, pero sobre todo debido a la recesión generalizada que impedía cambios que implicaban redistribución de beneficios en ese momento.

Reforma del Sistema de Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales y PAMI)

A diferencia de la mayoría de los países de América Latina, las Obras Sociales nunca se consolidaron en un número más pequeño y manejable de manera de contar con fondos de riesgo mayores y más estables.^{16,17} Por el contrario, el 70 % de los 269 OSN tienen menos de 30.000 beneficiarios y el 80 % menos de 100.000, lo que los hace muy ineficientes debido a sus elevados costos administrativos; además, sus fondos de riesgo son altamente inestables para hacer frente a eventos de alto costo o catastróficos.

A mediados de la década del '90, la profunda reforma sanitaria que afectó al sistema de seguridad social tuvo como principios fundamentales aquellos inspirados en el paradigma neoliberal del consenso de Washington: promover la competencia, fortalecer el sector privado, reducir el costo laboral e implementar una canasta explícita de servicios.⁸ Antes de las reformas, cada OSN brindaba cobertura a los trabajadores formales en esa rama de actividad, pero no se les permitía elegir entre distintas OSN para recibir atención médica. Como resultado, había diferencias importantes en los paquetes de beneficios y la calidad de servicios de salud ofrecidos por las diferentes OSN, dependiendo del salario promedio de la actividad y el número de dependientes para cada trabajador en cada obra social, generando un importante gradiente social entre ellas. Si bien al interior de cada una el esquema solidario funcionaba, podríamos decir que se trataba de un sistema de solidaridad fragmentada. De hecho, hay una diferencia de 16 veces en los ingresos medios por beneficiario entre OSN.⁹ Muchas personas o empresas complementan su cobertura obligatoria mediante la contratación de un plan de seguro privado, dando lugar a múltiples coberturas de salud por individuo.

Después de las reformas, se dio a los empleados formales la opción de elegir su OSN, generando por tanto un esquema de competencia entre ellas para capturar a los beneficiarios. Algunos de ellas subcontrataron empresas de medicina prepaga para proporcionar servicios complementarios o de mejor calidad a sus

beneficiarios. Estos contratos alentaron a los trabajadores de mayores salarios de algunos OSN a migrar a otros OSN con arreglos especiales con estos planes de seguro privado, produciendo un “descreme” que erosionó la solidaridad no sólo entre OSN, sino también dentro de las OSN. Actualmente, el número de beneficiarios que cambiaron de un OSN a otra es el doble entre aquellos con un salario alto, y la contribución promedio entre los trabajadores que migraron es 60% más alto que la contribución promedio salarial total por empleado ¹⁸.

Uno de los desafíos más urgentes en la reforma de la seguridad social tiene que ver con el modo de resolver la ineficiencia producto de la gran fragmentación del sector, lo que como ya se dijo, además de generar en estas obras sociales fondos muy inestables para redistribuir riesgos, enfrentar gastos catastróficos o directamente cumplir adecuadamente con el PMO, redundan también en que una proporción importante de los aportes y contribuciones se pierdan por exceso de gastos administrativos, sin mencionar la corrupción y las prácticas opacas, por lo que los flujos de financiamiento para las prestaciones médicas se reducen considerablemente. Estas OSN pequeñas presentan frecuentemente problemas de acceso y calidad. Debido a esto, sus beneficiarios terminan utilizando los servicios de los efectores del sector público sin que estos puedan reclamarles ulteriormente el costo de dichas prestaciones, en buena medida por la falta de desarrollo de sistemas de información integrados e interoperables. Estos “subsidiados cruzados” de los efectores públicos a las obras sociales, sumado a subsidios automáticos distorsivos a las OSN por parte del FSR permiten que estas OS sobrevivan aun cuando sus condiciones de viabilidad son mínimas. Es necesario avanzar entonces en la consolidación de estas OSN para llegar a un número más reducido y manejable, con el objeto de aumentar la estabilidad de sus fondos de riesgo para responder a la demanda prestacional y a la vez reducir la carga administrativa. Esto podría lograrse, por ejemplo, facilitando fusiones de OSN de la misma o similar rama de actividad. En este sentido, las mayores dificultades se van a presentar en relación con la economía política de esta decisión considerando que las OSN constituyen “cajas” de los sindicatos y de los dirigentes sindicales que también se utilizan para fines discrecionales distintos a los exclusivamente sanitarios.

Además, las OSN sufren también el problema del muy bajo aporte por parte de los casi dos millones de monotributistas que se han ido incorporando al sistema nacional de obras sociales y que en una importante proporción de casos son incorporaciones “oportunistas” por parte de población que espera utilizar más intensivamente los servicios de salud, un fenómeno conocido como selección adversa. Si a esto se le suman los 350 mil jubilados que permanecen en las OSN pero reciben de PAMI una transferencia per cápita muy inferior al costo promedio y el incesante aumento del precio de las nuevas tecnologías, que no sólo afecta a la seguridad social sino a todo el sector como desarrollaremos más adelante, la ecuación de sustentabilidad a futuro de las OSN está seriamente amenazada.

Otro de los aspectos a regular son las prácticas de “descreme” a través del traspaso de los beneficiarios con salarios y aportes altos desde las OSN de origen a las prepagas, la mayoría de las veces pasando por OSN pequeñas intermediarias que se quedan con entre 7 y 15% de los aportes. Este descrome erosiona la base de solidaridad y en muchos casos puede poner en riesgo la sustentabilidad de las OSN para cumplir con sus obligaciones. Esto debiera corregirse con un aumento de la proporción del aporte que es retenido en el FSR, que actualmente es de 10 a 20%, a un porcentaje mayor, dependiendo de si se trata de una obra social sindical o de dirección.

Por último y no menos importante, para mejorar la eficiencia operativa del sector no sólo es necesario mejorar la estabilidad de los fondos de riesgo sino transformar el modelo de atención y mejorar la calidad prestacional. En este sentido, es fundamental que el PMO defina para las OSN un modelo de atención

orientado a la Atención Primaria, la Salud Familiar y la prevención para todos los agentes del seguro de salud, con apoyo financiero para incentivar esta reforma, en línea con la reforma propuesta para el sector público (ver sección más abajo). En este proceso de reorganización del sistema, es importante contar con sistemas de información electrónicos interoperables, historia clínica digital y tableros de control con indicadores prestacionales (acceso); financieros (eficiencia); y de resultado (calidad) para poder monitorear y evaluar el desempeño de las OSN, incluyendo Incentivos financieros por cumplimiento de indicadores o metas de calidad acordadas.

En cuanto al rol que le cabe al PAMI en este proceso de reforma, este tiene que ser redefinido. Cuando originalmente se sancionó el decreto-ley 19.032/71 creando el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, se intentó dar respuesta a la deficiente atención médica y social de los adultos mayores por parte de sus obras sociales de origen. Sin embargo, la creación del PAMI significó un enorme beneficio para las OSN que de paso se sacaron de encima a los individuos de mayor riesgo y también de mayor costo. Como esquema de aseguramiento PAMI ya nació con problemas de viabilidad debido a que los aportes nunca fueron suficientes para financiar sus prestaciones médicas y sociales y al aumento de su estructura, que fue creciendo por capas a lo largo de las últimas décadas. Esto no debe sorprender ya que se trata de un esquema en donde los flujos redistributivos, dada la alta prevalencia de individuos con enfermedades crónicas y mucha comorbilidad, son muy limitados e insuficientes. Por eso, una alternativa es considerar la permanencia de los beneficiarios al momento de la jubilación en sus OSN de origen en un modelo que vaya integrando gradualmente los beneficiarios del PAMI al resto de las OSN en un proceso de reforma que debe acompañarse al menos del financiamiento per cápita que hoy recibe efectivamente el PAMI y no del monto per cápita-mucho menor- que este le transfiere actualmente a las OSN por los beneficiarios que permanecen en sus OSN de origen.

Definir una política de fijación de precios y coberturas de medicamentos y tecnologías de alto precio que aseguren la sustentabilidad del sistema

Casi 10% del PBI se gasta en salud, uno de los más altos en la región, con resultados sub-óptimos de acuerdo a ese gasto. La aceleración de la innovación tecnológica y el aumento incesante y exponencial de los medicamentos, en especial los de alto precio, que explican más de 50% del aumento de los costos sanitarios, harán inviable el sistema en los próximos pocos años. De hecho, en nuestro país los medicamentos representan entre 25 y 30% del gasto en salud, y los llamados medicamentos especiales, que son los de muy alto precio, como las moléculas biológicas para el tratamiento del cáncer y otras enfermedades crónicas o las terapias génicas para enfermedades raras, hoy ya se llevan más de 20% del costo de los medicamentos, pero escalando a un ritmo exponencial en estos últimos años. Por ejemplo, las ventas mundiales de medicamentos huérfanos alcanzaron por primera vez U\$S100 mil millones en 2015, pero se espera que aumenten más del doble en 2022 cuando esto signifique más de una quinta parte de todas las ventas de medicamentos prescriptos ¹⁹. En este sentido, el desafío para los gobiernos y los tomadores de decisión, los financiadores y prestadores de servicios de salud, la industria farmacéutica y tecnológica, la academia y sobre todo, la sociedad en su conjunto, es como lograr un adecuado balance y equilibrio entre las nuevas tecnologías que salvan vidas o mejoran la sobrevivencia o la calidad de vida pero a costos cada vez mayores y la búsqueda de eficiencia, equidad y sustentabilidad de los sistemas de salud.

Por el lado de los medicamentos, podemos decir que en nuestro país son caros y sus precios de venta están distorsionados, en buena medida por la falta de un marco regulatorio que intervenga sobre el precio, el margen de ganancia y las características de la cadena de distribución y comercialización. En Argentina sólo se conoce el precio de venta al público (PVP) del medicamento, pero no se conoce a ciencia cierta el precio

de salida del laboratorio (PSL) o los diferentes precios a lo largo de la cadena de valor que va desde el laboratorio, pasando por la droguería, la distribuidora, la mandataria y la farmacia o el hospital, hasta que llega al consumidor final que es el paciente. Esta falta de un marco regulatorio adecuado se refleja por ejemplo en el precio de venta de los medicamentos ambulatorios en nuestro país donde su PVP se efectúa a valores artificialmente altos. Por ejemplo, los pacientes de Obras Sociales y EMP deben hacerse cargo de un porcentaje del precio de los medicamentos (en muchos casos de hasta un 60%), pero este porcentaje a cargo del paciente se calcula sobre el PVP, no así el precio que efectivamente paga el asegurador, al que los laboratorios les ofrecen descuentos, por lo que quien termina sufriendo ese precio espuriamente alto, es sobre todo el paciente.

En muchos países existen mecanismos para regular el precio máximo al que el producto podrá ser ofrecido en el mercado una vez que obtiene su aprobación regulatoria. Este PVP no es necesariamente el precio al que será comprado o reembolsado por el o los sistemas de salud. Para decidir este precio de compra o reembolso los financiadores de la salud, en una segunda etapa evalúan, más o menos formalmente, dependiendo del país, el “valor” de los medicamentos por el dinero invertido, teniendo en cuenta su desempeño en otras dimensiones que no son tenidas en cuenta durante la aprobación regulatoria, que habitualmente sólo considera la eficacia, seguridad y calidad, como por ejemplo su efectividad clínica en el contexto de los sistemas de salud en comparación con las alternativas terapéuticas vigentes, su costo-efectividad, su aceptabilidad para los pacientes y profesionales, y su impacto presupuestario, entre otros criterios. Por eso, aún si Argentina avanzara en una regulación de precios al momento de la aprobación regulatoria basada en precios de referencia, esto no necesariamente implicará que el precio determinado por estos mecanismos sea el precio final que pagarán los financiadores ni que ese medicamento será necesariamente subsidiado por los financiadores. La regulación de precios puede ser implementada en distintos puntos de la cadena de comercialización que va del PSL al PVP. Excepto países como Estados Unidos, Alemania, Inglaterra, y Dinamarca, considerados países con “precios libres”, el resto de los países de OCDE regulan los PSL²⁰.

Una de las maneras más extendidas y utilizadas por los países desarrollados para regular el precio de los medicamentos es a través de los llamados “precios de referencia externos” (PRE) o precios de referencia internacionales, que comparan precios de distintos países seleccionados que son tomados como referencia para construir una canasta que pueda brindar a los organismos reguladores una referencia, que permita negociar el precio para el medicamento en cada país. En muchos casos, el PRE se utiliza como precio máximo, que pone un techo al precio del producto en el país. Veinticuatro de los 30 países de la OCDE, lo utilizan 21 y su uso es mayormente restringido a medicamentos bajo patente o productos innovadores. Los PRE han demostrado ser efectivos en reducir el precio de los medicamentos.²²

Otra manera de regular el precio de nuevos productos cuando existen productos comparables en el mercado, son los “precios de referencia internos” (PRI). Más comúnmente, la referencia interna se utiliza para copias o genéricos, y en menor medida, para alternativas terapéuticas. En Brasil, las compañías farmacéuticas no tienen libertad para fijar el precio de los medicamentos sino que las mismas tienen que ajustarse a precios de referencia. De hecho, Brasil fue el primer país en introducir precios de referencia en Sudamérica²⁰.

Dentro de las decisiones que se pueden pensar es la creación de una comisión que, integrada por representantes de los ministerios de economía y de salud, intervenga en la fijación del precio máximo permitido, en base a los criterios ya mencionados. En este caso, la regulación del precio puede realizarse para las nuevas moléculas (medicamentos innovadores) en base a una canasta de PRE o PRI de acuerdo a si esta tiene o no valor terapéutico adicional. Este proceso puede tener lugar al momento de la aprobación regulatoria por ANMAT o luego de la misma, como condición previa a su comercialización.

Como se mencionó más arriba, más allá de que exista un marco regulatorio para la fijación del precio de un medicamento al momento de la aprobación regulatoria y su entrada al mercado, esto no significa que esta droga deba ser cubierta o subsidiada por los gobiernos o los seguros de salud. Por lo tanto, el otro aspecto a considerar es cómo se va a regular la inclusión de los medicamentos en los paquetes de beneficios para su cobertura por parte de los financiadores públicos y privados, luego o al momento de su entrada al mercado, y habiéndose o no determinado un precio máximo. Aquí es donde entra a jugar la creación de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, una de las asignaturas pendientes aún irresueltas en nuestro país. La evaluación de tecnologías sanitarias responde a esta demanda ya que, si las decisiones de cobertura no se realizan sobre criterios prioritarios objetivos, explícitos y transparentes, sustentados en la evidencia científica, pero que también reflejen los valores y las preferencias sociales, se corre el riesgo de producir una asignación ineficiente de recursos otorgando subsidios a medicamentos o tecnologías sin beneficio o incluso perjudiciales, o impidiendo o demorando el acceso de pacientes a tratamientos útiles²³. Pero, además, la decisión de cubrir nuevas tecnologías por parte del Estado implica una responsabilidad social que debe guardar relación con los beneficios individuales y poblacionales adicionales con relación a los recursos adicionales implicados en su uso. Uno de los puntos a resolver también es cómo esta futura agencia informe sobre el valor terapéutico adicional de la droga a licenciar para determinar su precio.

Finalmente, queda el aspecto de la cobertura para aquellos medicamentos, dispositivos o prácticas que por su elevado precio tornan ineficiente, inequitativo y riesgoso su pago por cuenta de cada financiador en particular, se trate del Estado Nacional, los estados provinciales, las obras sociales o las EMP. En este sentido, cabe rescatar la estrategia implementada por el Ministerio de Salud en 2018 y 2019 de “compra conjunta o consolidada” en donde el Estado Nacional, PAMI, algunas jurisdicciones y obras sociales nacionales y provinciales, aúnan sus volúmenes de compra para la negociación de precios de medicamentos de alto costo que son comunes para todas las coberturas. Esta estrategia de aumento del volumen de los “pools” o fondos mancomunados de distribución de riesgos, es una manera eficiente de mitigar la segmentación y fragmentación de nuestro sistema de salud y mejorar el poder de negociación con la industria farmacéutica para reducir precios. En resumen, se fija un precio máximo como referencia para la competencia por calidad y precio en procesos licitatorios transparentes, produciendo importantes ahorros y ampliación de coberturas. Este esquema puede servir como núcleo para la creación de un Fondo mancomunado de Cobertura de prestaciones de alto precio para responder a gastos potencialmente catastróficos, fondo que debiera construirse con aportes provenientes de todos los financiadores públicos y privados del sistema de salud, reemplazando otros fondos actualmente existentes, como el SUR para las OSN. Existen algunos ejemplos en la región como el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay donde existe un fondo creado en 1992 para la cobertura de un listado definido de medicamentos o prestaciones alto costo que se financia con los aportes de los distintos organismos del sistema de salud o la ley 20.850/2015 en Chile, conocida como ley Ricarte Soto, que crea un fondo de cobertura de medicamentos y otras prestaciones potencialmente catastróficas para todos los chilenos, con un presupuesto definido por el congreso y administrado por el ministerio de salud.

Crear un proceso deliberativo público para tomar decisiones difíciles

Todos los sistemas de salud, tanto en países pobres como en países ricos, se enfrentan al dilema de contar con recursos limitados y necesidades crecientes. Esto significa que el camino para brindar Cobertura Universal de Salud implica tener que optar en el proceso de toma de decisiones sobre qué servicios serán provistos, para quienes, y a qué costo. Muchos países ya han comenzado un proceso para hacer más explícitos los criterios y valores en base a los cuales tomar estas decisiones: ¿Qué poblaciones deben incorporarse a la cobertura? ¿Qué intervenciones, programas y tecnologías deben ser parte del Plan de Beneficios de Salud (PBS) a brindar? ¿Cuál es un precio justo a pagar por las nuevas tecnologías?

En este sentido, uno de los problemas más difíciles en la atención de la salud es abordar la brecha entre lo que es médicamente posible y lo que es financieramente factible, y decidir sobre la asignación de recursos. La decisión no se trata de si se debe o no priorizar, sino sobre cuál es la mejor manera de llevar a cabo este proceso.²⁴ Aquellos sistemas de salud que no logran establecer mecanismos explícitos de priorización están

expuestos a seguir operando solo con mecanismos de racionamiento implícito, como lo son las prolongadas listas de espera, los trámites de autorización engorrosos para acceder a los servicios o directamente la negación de los mismos en el punto de atención. Una canasta de servicios incluidos en un listado puede ser una buena herramienta como resultado de un proceso explícito de fijación de prioridades. Sin embargo, cabe señalar que, para cosechar los beneficios prometidos por la adopción de un PBS, deben producirse otras condiciones, como la coherencia entre el costo de un PBS y su impacto presupuestario, y la disponibilidad de recursos humanos, tecnológicos y físicos, entre otros. En Argentina, el concepto detrás de la obligación del Estado con sus ciudadanos de garantizar el acceso universal y equitativo a la atención de salud está consagrado implícita o explícitamente en su constitución y leyes. Sin embargo, en la práctica, los recursos públicos, inadecuados para la demanda existente, han resultado en listas de espera y obstáculos para obtener servicios en el punto de atención, lo que puede considerarse una forma de racionamiento implícito. La cobertura sanitaria en Argentina necesita pasar de una promesa aspiracional pero inalcanzable a una canasta de servicios explícita, real, alcanzable y asequible a los que todos los grupos de población puedan tener acceso. A mediados de los '90, como parte del proceso de reforma que Argentina transitó en esa década, se definieron criterios más explícitos para el establecimiento de prioridades sanitarias. En este momento, se decidió que un PBS, que se denominó PMO, fuera cubierto como un mínimo aceptable y garantizado para las obras sociales nacionales. Bajo el concepto de equidad relativa, el PMO podría servir como ese mínimo socialmente aceptable, que también puede variar de acuerdo con los recursos del sistema de salud y las demandas de la sociedad.

Reducir las disparidades en la cobertura efectiva

Como se mencionó más arriba, el sistema de salud de la Argentina se enfrenta a una enorme fragmentación de sus fondos de financiamiento para dar cuenta de la demanda prestacional resultando en fondos pequeños, limitados e inestables para redistribuir los riesgos de los beneficiarios de cada fondo de manera equitativa. Estos factores crean problemas estructurales que se traducen en aumento de las disparidades sanitarias entre y al interior de cada uno de los subsectores. Para peor, la economía política necesaria para hacer viables la mancomunación o consolidación de estos fondos tanto en el subsector público como en la seguridad social, al menos para establecer mecanismos redistributivos o vasos comunicantes entre ambos, resulta extremadamente complejo en un sistema federal y tan atomizado como el argentino. Dentro del subsistema público, la financiación disponible por persona varía ampliamente entre provincias, y no existe un fondo de redistribución formal para reducir las disparidades interprovinciales en el gasto sanitario. Además, dado que el Ministerio de Salud de la Nación tiene una influencia limitada sobre los ministerios provinciales, su capacidad de incidir sobre la calidad de los servicios de salud, la aplicación de directrices y procedimientos clínicos, los incentivos financieros y las normas y estándares de los sistemas de información, entre otros factores, se torna un desafío de difícil implementación. De hecho, hay una diferencia de 6 veces en el gasto per cápita entre las provincias con mayor y menor gasto.²⁵ Estas diferencias se reflejan en enormes disparidades de salud por región o tipo de cobertura sanitaria. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil tiene un promedio nacional de 8,8 por 1000 y una diferencia de 2 veces entre las provincias pobres y ricas, la tasa de mortalidad materna tiene un promedio nacional de 2,9 por cada 10.000 y una diferencia de 8 veces entre las provincias pobres y ricas;²⁶ El tiempo que media entre el inicio del dolor coronario y el tratamiento de reperusión en el infarto agudo de miocardio, un fuerte predictor de la mortalidad, varía mucho entre distritos ricos y pobres y entre obras sociales ricas y pobres;^{27,28} también hay una diferencia regional de 8 veces en la mortalidad por cáncer de cuello uterino, patología fuertemente asociada a la pobreza y una variación regional de 3 veces en la mortalidad por cáncer colorrectal. Estas diferencias se explican por las variaciones regionales en el tamizaje y los tiempos al diagnóstico y tratamiento de estas patologías.²⁹⁻³³ Además, también hay enormes variaciones por región en la detección, diagnóstico, tratamiento y control de los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como la enfermedad cardiovascular y el cáncer³⁴.

Para comenzar a cerrar las brechas de desigualdad e inequidad en los resultados sanitarios de las condiciones priorizadas, sobre todo en el sector público aunque también al interior de la seguridad social, una de las estrategias es la implementación de esquemas de financiamiento explícito por cumplimiento de indicadores de calidad y alcance de metas focalizadas en el cierre de brechas, tal como se viene haciendo en el sector público con el financiamiento por resultados del programa SUMAR y que puede replicarse al menos para las OSN a través de flujos de financiamiento provenientes del FSR.

Construir un sistema de salud orientado a la atención primaria

Nuestro sistema de salud, debido en parte a su esquema de financiamiento, organización y prestación de servicios de salud, tiene un modelo centrado en el hospital y pobremente orientado a la atención primaria. Este sesgo hacia costosos servicios curativos especializados a través de intervenciones de alta tecnología, soslayan el papel central de la atención primaria en el ordenamiento del sistema, restringiendo esta estrategia a programas verticales dirigidos casi exclusivamente a poblaciones vulnerables. El mix profesional confirma esta tendencia, con casi dos o tres especialistas por médico de atención primaria y casi diez médicos por cada enfermera calificada.³⁵ Un sistema de salud basado en la atención primaria de la salud se compone de un conjunto básico de elementos funcionales y estructurales que promueven la cobertura universal efectiva y el acceso a servicios equitativos y aceptables para la población. Proporciona atención continua, integral, coordinada y apropiada a lo largo del ciclo vital, hace hincapié en la promoción y la prevención, y asegura el primer contacto con el sistema de atención médica. Las familias y las comunidades son sus objetivos para la planificación y acción.⁹

Existe evidencia sólida sobre los efectos de la atención primaria de salud en el mejoramiento de la calidad y los resultados de la atención médica en diversos estudios relacionados con la mayor oferta de médicos de atención primaria, la identificación de un médico de atención primaria como fuente regular de atención de los pacientes a lo largo del tiempo, y la relación entre servicios de atención primaria de calidad con mejor estado de salud. Estos estudios, realizados principalmente en los Estados Unidos y países de OCDE en las últimas dos décadas, muestran que los indicadores sanitarios son mejores en las regiones o países con más médicos de atención primaria; que las personas que reciben atención de estos profesionales tienen mejor estado de salud; y que las características de los servicios de atención primaria en términos de primer contacto, continuidad, integralidad y coordinación se asocian con un mejor estado de salud y menor mortalidad y morbilidad. Más recientemente, muchos de estos resultados se han encontrado en países de América Latina como Cuba, Costa Rica y Brasil.³⁶ Brasil es un buen ejemplo de innovación en el acceso y cobertura implementada a través del Programa de Saúde da Família (PSF). El PSF brinda atención primaria a poblaciones definidas mediante la implementación de equipos básicos que incluyen un médico de familia, una enfermera, un asistente de enfermería y cuatro a seis trabajadores de salud comunitarios a tiempo completo. Los equipos de salud familiar se organizan geográficamente, cubriendo poblaciones de hasta 1,000 hogares cada uno, sin solapamientos ni brechas entre las zonas de captación. Cada miembro del equipo ha definido roles y responsabilidades.³⁷ La ampliación de la cobertura por parte de estos equipos ha sido impresionante: de unos 2.000 equipos, incluidos 60.000 agentes sanitarios que prestaban servicios a 7 millones de personas (4% de la población brasileña) en 1998, se pasó a 52,385 equipos con más de 346,394 agentes sanitarios, más 5,000 equipos de salud bucal, atendiendo a 203 millones de personas (93% de la población) en 2017.³⁸ Numerosos estudios han demostrado que la expansión del PSF de Brasil ha dado lugar a mejoras en la salud de los niños, incluidas grandes reducciones en la mortalidad infantil por diarrea e infecciones respiratorias, y también reducciones en la mortalidad cardiovascular y menores tasas de hospitalización entre los adultos.³⁹

En nuestra gestión, de 2017 a 2019, en el marco de la expansión de la CUS en nuestro país, se comenzó a implementar un modelo de salud familiar inspirado en la estrategia del PSF en Brasil. Este modelo, desplegado inicialmente en el sector público de varias provincias formó más de 600 equipos de salud familiar en centros de atención primaria de estas jurisdicciones, alcanzando hacia fines de 2019 casi un millón y medio de usuarios del sistema público, aproximadamente 10% de la población cubierta por este subsector. Este proceso de expansión de la cobertura territorial se complementó con la creación de redes integradas de servicios de salud entre los centros de atención primaria y los hospitales con mecanismos aceptados y eficientes para la referencia y contrareferencia de pacientes.

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN

Los componentes instrumentales de la reforma sanitaria propuestos son sólo algunos de los engranajes para impulsar cambios que puedan traducirse en mejoras de los resultados y reducción de las disparidades sanitarias en Argentina. Estas mejoras, a su vez, deben distribuirse equitativamente entre los diferentes estratos socio-económicos, regiones y tipos de cobertura de salud. Por supuesto, para monitorear y evaluar el logro estos cambios se requiere un sistema de información sanitaria integrado e interoperable que fije estándares que permitan que los diferentes sistemas de información puedan comunicarse para garantizar que la información generada, incluida la aplicación gradual de historias clínicas electrónicas en los hospitales y centros de salud del sector público y de la seguridad social, pueda armonizarse y utilizarse para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de las intervenciones y toma de decisiones clínicas en el punto de atención.

Conceptualmente, la CUS consta de tres componentes interrelacionados: 1) todo el espectro de servicios de salud de calidad de acuerdo a las necesidades; 2) protección financiera contra el pago directo de los servicios de salud en el punto de utilización; y 3) cobertura para toda la población ¹⁴. En este sentido, el monitoreo del progreso en la implementación de la CUS en Argentina debe reflejar el perfil epidemiológico y demográfico particular del país, las demandas de la población, la realidad de su sistema de salud nacional y provinciales, y su nivel de desarrollo económico y social. Los principios rectores utilizados deben comprender dos dimensiones relacionadas: cobertura de servicios de salud necesarios y protección financiera. Sus indicadores y métricas deben incluir medidas de proceso y de resultado que comprendan a toda la población a lo largo del ciclo de vida, incluyendo todas las edades y géneros, y capturen todos los niveles del sistema de salud en cuanto a eficacia, equidad y calidad. Como ejemplos ilustrativos de indicadores clave a monitorear podemos mencionar, entre otros, los efectos y la distribución de los efectos de las políticas e intervenciones para prevenir y controlar la obesidad infantil o el tabaquismo, las tasas y la distribución de la cobertura de los servicios de salud para las intervenciones destinadas a reducir los embarazos no intencionales entre los adolescentes o la atención obstétrica de emergencia para reducir la mortalidad materna, que están dirigidas a determinados grupos de género de edad, o las intervenciones clínicas para el control de la hipertensión, diabetes o la enfermedad cardiovascular, así como la detección temprana del cáncer cervical, de mama o colorrectal en los adultos. Otros indicadores, centrados en grupos específicos o vulnerables, debieran focalizarse en la transmisión vertical del VIH, otras enfermedades de transmisión sexual o la enfermedad de Chagas, la incidencia de tuberculosis, o la reducción de la prevalencia de la hepatitis C, que está muy extendida en adultos de mediana edad. Del mismo modo, se deben medir los indicadores de protección financiera para dar seguimiento al nivel de dificultades financieras al utilizar los servicios de salud, tales como la incidencia de gastos sanitarios catastróficos y o de empobrecimiento debido a los pagos de bolsillo, a través de diferentes instrumentos como la encuesta permanente de hogares.

CONSIDERACIONES FINALES

La reforma de un sistema de salud requiere un enfoque no sólo en sus componentes específicos, sino también en la creación de un entorno que apoye la innovación conducente al cambio. El fortalecimiento del sistema de salud es un proceso que involucra sistemas complejos y, por lo tanto, requiere una visión y estrategias a largo plazo para lograr los objetivos finales. Aunque Argentina ha logrado una CUS nominal, el país todavía necesita lograr una CUS efectiva, especialmente en lo que respecta a la calidad y la equidad. En este sentido, el objetivo final debe ser alcanzar una CUS *real y no aspiracional* mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud provinciales en esquemas de aseguramiento público, la utilización de un enfoque explícito en la fijación de prioridades para definir coberturas sanitarias, la implementación de marcos regulatorios y políticas para determinar precios, acceso y cobertura de nuevos medicamentos y otras tecnologías, la reducción de las disparidades en el acceso, cobertura y resultados sanitarios, al menos en los problemas de salud priorizados, y la creación de un sistema de atención de salud orientado a la atención primaria. La reforma sanitaria en Argentina representa un gran desafío que requiere el concurso de todos los actores: gobiernos, legisladores, partidos políticos, academia, investigadores, actores sociales, medios de comunicación, grupos de interés y el interés y motivación del público general, pero también representa una gran oportunidad para lograr un cambio duradero que signifique un mejor sistema, más efectivo, más equitativo y de mejor calidad para los recursos que se invierten. Al final del día, podremos decir, parafraseando el título de la famosa novela de Primo Levi, "Si no es ahora, ¿cuándo?"

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040: total del país. Instituto Nacional de Estadística y Censos Buenos Aires; 2013.
2. Rubinstein AL, Irazola VE, Calandrelli M, Elorriaga N, Gutierrez L, Lanas F, et al. Multiple cardiometabolic risk factors in the Southern Cone of Latin America: A population-based study in Argentina, Chile, and Uruguay. *International journal of cardiology*. 2015;183:82–8.
3. Rubinstein A, Zerbino MC, Cejas C, López S (2018) Making Universal Health Care Effective in Argentina: A Blueprint for Reform, *Health Systems & Reform*, 4:3, 203-213, DOI: 10.1080/23288604.2018.1477537
4. Lloyd-Sherlock P. Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. *Social science & medicine*. 2005;60(8):1893–903.
5. Cavagnero E, Bilger M. Equity during an economic crisis: Financing of the Argentine health system. *Journal of health economics*. 2010;29(4):479–88.
6. Cuánto gasta Argentina en Salud?. Dirección de Economía de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre 2019. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>. Accedido 13/02/2020
7. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Censo del Bicentenario. Resultados definitivos. Instituto Nacional de Estadística y Censos (Serie B, núm. 2). Buenos Aires; 2012.
8. World Bank. Argentina: Facing the Challenge of Health Insurance Reform. Washington, D.C: World Bank; 1997. Report No.: 16402-AR.
9. Macinko JA, Montenegro Arriagada H, Nebot C, Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, D.C: Pan American Health Organization; 2007.
10. Cetrángolo O, Goldschmit A. Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la Seguridad Social en Argentina. Documento de Trabajo IIEP (UBA CONICET); 2018. Disponible en: http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/econ/collection/docin/document/docin_iiep_025. Accedido 13/02/2020
11. Arce HE. Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina* (Buenos Aires). 2012;72(5):414–8.
12. Montoya S, Colina, Jorge, Banco Interamericano de Desarrollo. Reforma de obras sociales en Argentina: avances y desafíos pendientes. 1998;
13. World Health Organization. Global Health Expenditure Database [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 19]. Available from: <http://apps.who.int/nha/database>
14. World Health Organization. World Health Report, 2010: Health systems financing the path to universal coverage. 2010.

15. Gertler P, Giovagnoli P, Martínez S. Rewarding Performance to Enable a Healthy Start to Life: The Impact of Plan Nacer on Birth Outcomes. Policy Research Working Paper. 2014;(6884).
16. Londoño J-L, Frenk J. Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997;41(1):1–36.
17. Shield, David. Prognosis guarded: Argentina's health care system and the current economic crisis. *Latin American Studies*: Brown University; 2003.
18. Cavagnero E. Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system. *Health Policy*. 2008;88(1):88–99.
19. Ollendorf, D., Chapman, R., & Pearson, S. (2017). Assessing the effectiveness and value of drugs for rare conditions. Institute for clinical and economic review.
20. Ferraro J, Pichón Riviere A. 2019. Regulación de precio máximo a nivel de la aprobación regulatoria como parte de las políticas para mejorar el acceso efectivo a los medicamentos (documento no publicado)
21. Espin, J., Rovira, J., & De Labry, A. (2011). External Reference Pricing, WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. WHO review series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions.
22. WHO. (2015). WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies: World Health Organization.
23. Rubinstein A, Pichon Riviere A, Zerbino MC. (2016) Definición de políticas de cobertura en Argentina PMO y Agencia de Evaluación de Tecnologías. Disponible en: <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/politicas-cobertura-argentina.pdf>. Accedido el 13/02/2020
24. Kutzin J, Yip W, Cashin C. Alternative financing strategies for universal health coverage. *Handb Glob Health Econ Public Policy*. 2016;1
25. Ministerio de Salud de la Nación. Gasto consolidado en salud de las provincias - Año 2015. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
26. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2016. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2017. español. (5).
27. Silberstein A, de Abreu M, Mariani J, Kyle D, González Villamonte G, Sarmiento R, et al. Telemedicine network Program for reperfusion of Myocardial infarction. *Argentine Journal of Cardiology*. 2015;83(3):187–93.
28. Charask AA, Castillo Costa YB, D'Imperio H, Perna ER, Zapata G, Tajer CD, et al. Patients with ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction Transferred to Centers with Percutaneous Coronary Intervention Capabilities. National Survey of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction in Argentina (ARGEN-IAM-ST). *Revista Argentina de Cardiología*. 2017;85(2).
29. Zapka J, Taplin SH, Anhang Price R, Cranos C, Yabroff R. Factors in quality care—the case of follow-up to abnormal cancer screening tests—problems in the steps and interfaces of care. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2010;2010(40):58–71.
30. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2010;12:1–13.

31. Arrossi S, Paolino M. Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Informe final: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. 2008;
32. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, et al. Patient navigation: state of the art or is it science? *Cancer*. 2008;113(8):1999–2010.
33. Arrossi S, Thouyaret L, Laudi R, Marín O, Ramírez J, Paolino M, et al. Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: The Jujuy demonstration project in Argentina. *International journal of cancer*. 2015;137(7):1709–18
34. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos Octubre de 2019 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) - Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf. accedido 13/02/2020
35. Rubinstein A. Atención Primaria y Servicios de Salud. In: *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. 2° edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 40–55.
36. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly*. 2005;83(3):457–502.
37. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(23):2177–81.
38. Ministério da Saúde - Brasil. Portal do Departamento de Atenção Básica [Internet]. [cited 2018 Feb 19]. disponible en: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
39. World Health Organization WBG. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: a framework. Documento de trabajo conjunto OMS/Banco Mundial [Internet]. 2013; Available from: http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/universal_health_coverage/en/

CUADROS Y FIGURAS

Cuadro 1

Características del Sistema de Salud e Indicadores Sanitarios en Argentina.

Indicadores Demográficos	Valor
Población Total (2018)	44 millones
Población > 65 años (% de pob. Total))	10,9
Condiciones Socio-económicas	
Índice de Desarrollo Humano (2015)	0,827
Tasa de alfabetización (% > 15 años, 2015)	98,1
PBI per capita, PPP (dólares internacionales \$)	18,489.4
PBI per capita, (US \$ corrientes)	12,440.3
Gasto en Salud	
Per capita (US \$) (2017)	1390
Porcentaje del PBI (2017)	9,4
Gasto público consolidado, incluida seguridad social (% del total)	70,2
% Gasto público (Nación, provincias y municipios)	28,7
% Gasto de la seguridad social	41,8
Privado (% del total)	29,8
Cobertura sanitaria	
Porcentaje de población cubierta por obra social (incluido PAMI) o plan prepago	63,9
Porcentaje de población cubierta solo por el sistema público	36,1
Acceso	
No. de camas hospitalarias por 10,000 hab. en 2019	50
No. de médicos por 10,000 hab. en 2005	32,1
No. de enfermeras profesionales/universitarias per 10,000 hab. en 2005	3,8
No. de personal farmacéutico por 10,000 en 2005	5,1
Indicadores vitales	
Expectativa de vida al nacer (años) (hombres, mujeres)	76.3 (72.6, 80.2)
Mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)	8.8
Mortalidad post-neonatal (por 1,000 nacidos vivos)	6.0
Mortalidad materna (por 1,000 nacidos vivos)	2.9
Fertilidad y nacimientos	
Tasa de Fecundidad, total (nacimientos por mujer)	2.2
Partos atendidos por personal calificado in 2010 (%)	99.7
Cuidados preventivos	
Niños 12–23 meses con vacuna antisarampionosa (%)	92

Prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo (%)	
Obesidad en adultos ≥ 18 años	25.4
Sobrepeso en Niños <5 años	10,0
Hipertensión arterial en adultos (> 18 años)	34,6
Diabetes en adultos (> 18 yr of age)	12.7
Tabaquismo	22.2
Infecciones nuevas por VIH en adultos 15–49 años (por 1000 personas no infectadas)	0.23

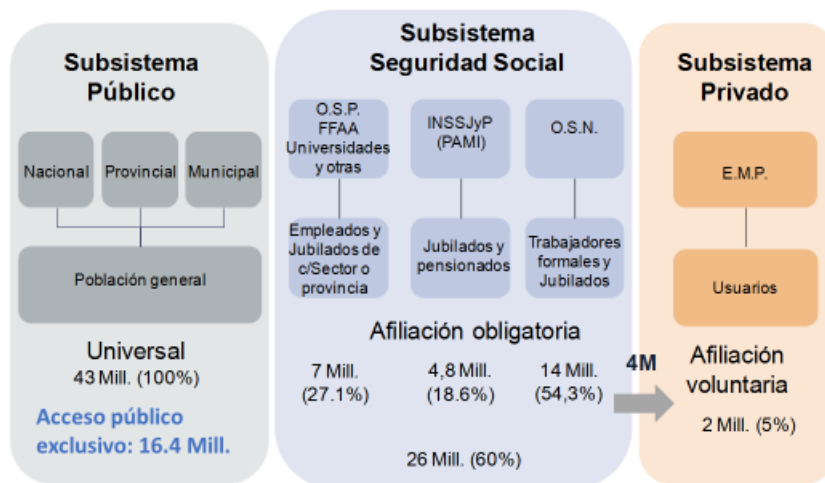
Fuentes: Los datos provienen del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), Dirección de Estadísticas de la Salud (Estadísticas vitales 2018); SISA 2019, 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018), Informe del Gasto en Salud 2019. Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro 2: Factores Clave y Estrategias propuestas para el proceso de Reforma del Sistema de Salud Argentino

Factor Clave	Estrategia propuesta
Promover esquemas de seguros públicos provinciales	Transferencia de pagos capitados del nivel nacional a las provincias para cubrir una parte del costo de los servicios de salud incluidos en un paquete de beneficios (PBS) para la población elegible. Promover integración entre el sistema público de las provincias con su OSP
Reforma del Sistema de Seguridad Social	Consolidación de OSN Reformulación del FSR y regulación de las prácticas de “descreme” Reformulación del PMO para orientarlo a un modelo de atención basado en la atención primaria Reforma del PAMI
Política de precios y coberturas de nuevos medicamentos y tecnologías	Desarrollar un marco regulatorio explícito para la fijación de precios de medicamentos de alto costo y cobertura de nuevas tecnologías Creación de una agencia nacional de regulación de coberturas de nuevas tecnologías sanitarias Creación de un Fondo Nacional de financiamiento de prestaciones y tecnologías priorizadas de alto precio y baja incidencia
Crear procesos de deliberación pública sobre decisiones sobre cobertura de servicios de salud y tecnologías	Reformular el PMO a través de un proceso deliberativo explícito para la priorización de intervenciones y prestaciones a ser subsidiadas Creación de una agencia nacional de evaluación de tecnologías sanitarias.
Reducir las disparidades en la cobertura efectiva	Financiamiento explícito por indicadores de calidad y metas focalizadas en el cierre de brechas
Construir un Sistema de salud orientado a la atención primaria	Desarrollo de la estrategia de salud familiar Población asignada a equipos de salud familiar en áreas geográficas geo-referenciadas y creación de redes integradas entre centros de salud y hospitales a nivel local y regional

Figura 1

Cobertura de Salud en Argentina



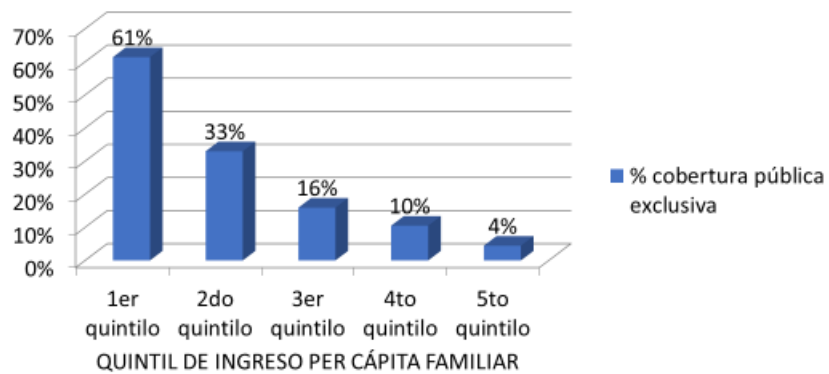
Adaptado de Cetrángolo O y col. 2017

Figura 2.

Distribución del Ingreso y Cobertura

(por quintilos de ingreso de menor a mayor)

Porcentaje de población con cobertura pública exclusiva en cada quintil de ingreso per cápita familiar



Fuente: MSN - Elaboración en base a EPH segundo trimestre 2017-INDEC

