



Red Argentina
Investigadoras
e Investigadores
de Salud

POSTNOTE

Número 003 - Febrero 2021

La integración de nuestro sistema de salud. Un debate que precisa ser amplio, democrático y sin reduccionismos técnicos.

Necesitamos luchar por derechos sociales universales. Ser pobre no es destino. La desigualdad debe ser combatida y reducida. Las grandes conquistas de la mejora social en nuestros países están relacionadas con políticas universales que se atrevieron a cuestionar patrones conservadores, injustos y discriminatorios de sociabilidad (Bahia, 2018).

El desafío de alcanzar un sistema integral no es novedoso en la historia de las políticas de salud de nuestro país. Existen dos experiencias paradigmáticas que han evidenciado los intereses y las dificultades de avanzar en esa dirección: **el proyecto del Sistema Nacional Integral de Salud (SNIS)**, presentado en 1973 durante el gobierno de Perón por el secretario de salud Domingo. Liotta, y **el Seguro Nacional de Salud**, presentado en 1984 propuesto durante el gobierno de Alfonsín e impulsado por su entonces ministro de salud Aldo Neri. Ambos proyectos encontraron fuertes resistencias por parte de las corporaciones del sector que impidieron y bloquearon cualquier avance en ese sentido.

La construcción de cualquier propuesta de reconfiguración de un sistema de salud no puede desconocer las trayectorias institucionales, la multiplicidad de organizaciones e intereses en juego ni cómo éstos últimos condicionan la direccionalidad y el desarrollo de los cambios

BOX 1: LO TÉCNICO Y LO IDEOLÓGICO EN LAS POLÍTICAS DE SALUD

La oferta pública de servicios de salud permite que las personas utilicen tales servicios de acuerdo con sus necesidades y no según su capacidad de pago. En este sentido, hay dos dimensiones involucradas en las políticas de salud. La primera es normativa e ideológica y se refiere a la distribución (cuánto y qué poder, ingreso, riqueza). Igualdad, eficiencia y libertad son fundamentos generales, pero sus pesos varían de acuerdo con distintos posicionamientos. El segundo enfoque es técnico: la asignación realizada por el mercado no es cierta o equivocada, buena o mala. De la misma manera, la intervención gubernamental puede ser muy eficiente o no. Una ambulancia municipal no es mercancía y, si atiende muchos casos, tenderá a ser más eficiente que un vehículo similar restringido al llamado de personas que pueden pagar. Los resultados en términos de mejora de las condiciones de salud serán diferentes si el transporte de pacientes se organiza mediante criterios de gravedad clínica o de mayor capacidad de pago (Bahía, 2018, p.18-19).

propuestos. Es importante participar y acompañar el debate que se produce en los diferentes ámbitos de la sociedad, ya que la participación activa y el apoyo de la sociedad son fundamentales tanto para el diseño como para la implementación efectiva de las políticas que se consideren más apropiadas para dar respuesta a las necesidades actuales.

El propósito de integrar un sistema de salud es lograr una sociedad más justa e igualitaria; no hay buena salud individual si no se vive en una sociedad atenta y preocupada por responder a las necesidades de su población. Para alcanzar esta meta se necesita lograr, entre otros aspectos, el **acceso universal al sistema**; esto implica el acceso al cuidado en salud de toda persona que lo requiera. Se necesita también alcanzar **la equidad**; es decir que el cuidado que reciba cada habitante sea el adecuado a su necesidad o problema.

¿Qué modelos coexisten en el sistema de salud argentino?

En nuestro país el sistema sanitario se conformó en base a los **tres grandes modelos de organización de la atención de la salud** en los que se han estructurado los sistemas de salud del mundo: el modelo Beveridge, el modelo Bismarck y el modelo basado en el seguro privado de salud (este último es una referencia residual respecto a los otros). A semejanza de esos modelos, el sistema de salud argentino está compuesto por tres subsectores (Seguridad Social/Obras Sociales, Privado y Público) que interactúan de forma poco articulada a nivel intra e interjurisdiccional.

La fragmentación y la complejidad de nuestro sistema de salud es producto de la convivencia de estos tres subsistemas. Esta convivencia de subsistemas desarticulados no solo falla en

alcanzar una cobertura y extensión de las prestaciones médico-asistenciales adecuadas, sino que genera grandes inequidades en salud.

El **sistema de seguridad social** otorga cobertura de salud al 60% de la población (26 millones de personas) y concentra el 3,9% del PIB de los recursos en salud sobre un total de 9,08% del PIB en salud (Cetrángolo y Goldschmit 2018). Este sistema se fundamenta teóricamente en el modelo de Bismarck. **El modelo Bismarck o “sistema de seguridad social”** nace en 1883 en Alemania, está presente también en otros países de Europa y en nuestra región. Se estructura a partir del mercado formal de trabajo y por lo tanto refleja las características del mismo: a mayores desigualdades en el mercado de trabajo, mayores desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Desigualdades que se profundizan en países con una presencia importante de trabajadores en el sector informal, excluidos del mercado formal de trabajo. En el marco de este modelo se busca financiar con los impuestos generales las primas de los seguros de sectores en condiciones de vulnerabilidad y excluidos del mercado formal de trabajo. Una debilidad que se destaca de este modelo es que es sensible a las fluctuaciones del mercado de trabajo. Se financia con aportes obligatorios tanto de los empleadores como de los trabajadores. Existen pagos complementarios, entre ellos el hospitalario y el farmacéutico (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

La seguridad social en nuestro país se configura bajo la forma de obras sociales. Este subsector se subdivide en las obras sociales nacionales (regidas por las leyes 23.660 y 23.661), las obras sociales provinciales y las obras sociales de instituciones de alcance nacional como las fuerzas armadas y las universidades. Este

subsector incluye también al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI) que, con un sistema de prestación particular, conforma la obra social más grande del país; otorga cobertura en salud a 5 millones de afiliados y afiliadas (PAMI, 2021).

Todas las obras sociales se financian principalmente con los aportes y contribuciones que realizan trabajadoras/es y empleadoras/es. Cada trabajador/a puede elegir la obra social a la cual destinar sus aportes y recibir cobertura o derivar los aportes de su obra social hacia una EMP para ampliar la cobertura o acceder a un tipo de prestación diferenciada. Un/a trabajador/a también puede afiliarse de forma voluntaria a una EMP. **El Estado también participa en el financiamiento de las obras sociales a través del Fondo Solidario de Redistribución.** El Fondo Solidario de Redistribución es creado por la Ley 18.610/70 que institucionaliza el sistema de Obras Sociales como un mecanismo que busca subsidiar a aquellas obras sociales con dificultades para ofrecer las prestaciones mínimas obligatorias - definidas desde 1996 a partir del Programa Médico Obligatorio- y compensar las desigualdades del sistema.

En particular, las obras sociales nacionales tienen la obligación de garantizar la cobertura del **Programa Médico Obligatorio (PMO)**, que consiste en un conjunto de prestaciones que incluye, entre otros servicios: cobertura de asistencia médica, tratamientos farmacológicos agudos y crónicos y cobertura ante situaciones de discapacidad. Si bien esto es fundamental para garantizar servicios y prestaciones “básicas”, en los hechos los afiliados suelen encontrarse con dificultades que muchas veces no pueden solucionar porque desconocen la

existencia del PMO o de la SSS como organismo de regulación, ni la posibilidad de reclamar por vía judicial; hecho no poco frecuente dada la falta de respuestas tanto por parte de los prestadores como del organismo de regulación.

Las obras sociales provinciales e institucionales del subsector de seguridad social tienen sus propios mecanismos de cobertura y diferentes modelos de atención. Cada una desarrolla su programa análogo al Programa Médico Obligatorio y no están reguladas por la SSS sino que están reguladas por los poderes judiciales de los niveles administrativos del que depende cada obra social. Las obras sociales provinciales son reguladas por la justicia provincial y el ministerio de salud provincial. En el caso particular del INSSJyP-PAMI -la obra social institucional más importante del país- está regida por la ley N°19.032 y es auditado por la Auditoría General de la Nación.

El subsector privado cubre alrededor de 6 millones de personas (13,6% de la población), incluyendo a trabajadoras/es que optan por destinar sus aportes a las EMP o cuentan con doble cobertura (INDEC, 2010). Cabe aclarar que el sector privado de salud de nuestro país se conforma también por otras organizaciones además de las EMP, entre las que podemos mencionar a las empresas de comercialización de insumos médicos, laboratorios, institutos de diagnóstico y clínicas privadas no pertenecientes a las EMP. La regulación de las EMP se realiza a través de la SSS. Los principales aspectos regulados se refieren a las coberturas mínimas que deben ser ofrecidas por las empresas, al control de aumentos de cuotas, a la cobertura de las enfermedades preexistentes, a los períodos de carencia en las prestaciones, y al desarrollo y monitoreo de los sistemas de registros y de información.

Este subsector responde a características que se encuentran en los seguros privados de salud. Los mismos se definen a partir de la cobertura de un conjunto de servicios establecidos en un contrato y financiados a través del pago de cuotas a una entidad aseguradora determinada, que debe responder ante la ocurrencia de determinados riesgos especificados en el contrato.

Bahia -una referente en el estudio de las relaciones público/privadas en los sistemas de salud- destaca la influencia de la teoría del seguro en el desarrollo de las empresas de planes y seguros de salud. En este sentido recupera la definición de una de las primeras

empresas dedicadas a esta rama de actividad, la empresa MAPFRE: **“Para que un riesgo sea asegurable es necesario que sea cuantificable, mensurable y absolutamente accidental”** (1999, p.91). En esta definición se observa la dificultad de adaptar esta “tecnología” a la salud y, en ese sentido, la autora advierte que: “El seguro de salud representa una adaptación del proceso de selección de riesgos indemnizables financieramente, en la medida que no es posible objetivar la salud y por lo tanto resarcirla (1999, p. 91). En la misma línea sostiene que las empresas que comercializan planes y seguros de salud no buscan garantizar la salud sino que **son promotoras de acceso a servicios de salud y/o pagadoras de gastos médico-hospitalarios** (1999).

BOX 2: SEGURO PRIVADO DE SALUD

El seguro privado de salud (también denominado "seguro voluntario privado de salud") se puede utilizar de diferentes maneras, según el grado en que un país elija depender de un seguro privado para financiar la atención médica. Puede ser el medio principal para financiar la atención médica, una alternativa a un programa público/sistema público de salud o un mecanismo para que las personas financien lo que no está cubierto por un programa público/sistema público. (...).

Estados Unidos es el único país de la OCDE donde el seguro de salud voluntario representa el principal sistema de financiamiento y cobertura de salud para la mayoría de la población (Word Bank, 2012). No existe país en el mundo que proporcione atención de salud universal a través del mercado y que genere beneficios. Ello porque los mercados operan a través de la selección y la exclusión, transfiriendo riesgos y costos a los usuarios de los servicios y negando la atención a quienes más lo necesitan (Pollock, 2016, p. 7).

La selección de riesgos y la negación socavan el objetivo de acceso y universalidad. Los Estados Unidos niega a más de uno de cada cinco de sus habitantes el acceso a la atención de la salud. El sobretratamiento, la negación de la atención, los costos catastróficos y los gastos en salud en creciente espiral son los rasgos distintivos del sistema de salud en EE UU. (Pollock, 2016, p. 7).

El subsector público, conformado por los efectores públicos y organizado en sus tres niveles jurisdiccionales, es el garante de la salud de las y los habitantes de Argentina. Si bien toda la población tiene derecho a atenderse en este subsector, solo alrededor de 15 millones de personas recurren a este ya que no cuentan con

BOX 3: LA FALTA DE SOLIDARIDAD DE LOS SEGUROS PRIVADOS

En un estudio sobre el mercado de salud en Chile Uthoff, Sánchez y Campusano señalan que a diferencia del supuesto que afirma que los seguros privados de salud tienen la capacidad de aliviar el financiamiento de los sistemas públicos, se observa la existencia de diversos mecanismos de selección, clasificación y segmentación de riesgo que van contra el principio de solidaridad promovido por los sistemas de protección social (2012). Esto lo explican a partir de la propia racionalidad del mercado:

El problema radica en que los mercados competitivos tienden a buscar “equivalencia” entre la prima y los costos esperados en cada contrato. Por ende, no están en condiciones de generar “solidaridad” compensando las pérdidas probables en los contratos con personas de *alto riesgo* mediante ganancias presumibles en los contratos con las de *bajo riesgo*, precisamente porque la competencia minimiza ganancias previsibles (Uthoff et al., 2012, p. 148).

cobertura de la seguridad social. Si bien el acceso a este sistema es de carácter universal los recursos destinados al mismo no contemplan la atención efectiva a toda la población.

El subsector público contiene aspectos del **modelo Beveridge**. El sistema nacional de salud inglés (National Health Service, NHS) es el referente de este modelo y el primer sistema unificado de la seguridad social. El Reino Unido puso en marcha el NHS en 1948. Se basa en los fundamentos de **universalidad, solidaridad e igualdad, es decir en el principio redistributivo que posibilita el acceso universal**. Este sistema se considera más eficiente que otros modelos y tiene costos bajos. Es también considerado el más justo, ya que garantiza la atención en salud a todas/os las/los ciudadanos, pudiendo dar respuesta a las patologías de alto costo sin negar la atención a ninguna persona (Pollock, 2016). En síntesis, una de las fortalezas de este modelo es la fácil administración del sistema y la universalidad que posibilita la cohesión social así como la efectividad en la atención sanitaria al disminuir las barreras en la accesibilidad (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013).

BOX 4: UNIVERSALIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD

El acceso a la atención universal de salud requiere fuertes sistemas de administración pública, los cuales deben adherirse a principios comunes: financiamiento justo, asignación equitativa de recursos, riesgos compartidos y solidaridad social en la provisión de servicios a través de unidades geográficas de administración, y rendición de cuentas públicas mediante fuertes sistemas de información y de vigilancia (Pollock, 2016, p.8).

¿Cuáles son las tensiones y consecuencias generadas por la desintegración del sistema de salud?

Un resultado manifiesto de la falta de integralidad del sistema es sin duda el carácter **fragmentado, desigual y concentrado**. La falta de integralidad del sistema obedece principalmente a su alta fragmentación, lo que resulta en una cobertura y atención desiguales. Estas características pueden manifestarse en varias de las formas en las que funciona nuestro sistema de salud y en la convivencia poco virtuosa de los denominados tres subsistemas que mencionamos. A su vez, es fundamental para entender el sistema identificar los modelos de atención, gestión y financiamiento que existen al interior de cada subsector y en los que se reproducen las características del sistema de salud general (Lieutier, 2019).

Una forma en la que se expresa el carácter fragmentado y desigual de esta convivencia se puede ejemplificar en la **superposición de coberturas de salud**. Dada la naturaleza de las cargas sociales, una o un misma/o ciudadana/o puede ser usuaria/o de los tres subsectores: en su trabajo en relación de dependencia accede a la obra social que se le asigna o, si es trabajador independiente, se le da la opción entre varias obras sociales. Aun contando con una obra social muchas/os ciudadanas/os pueden contratar una prepaga en forma directa o derivando los aportes de su obra social y a la vez acudir al sistema público.

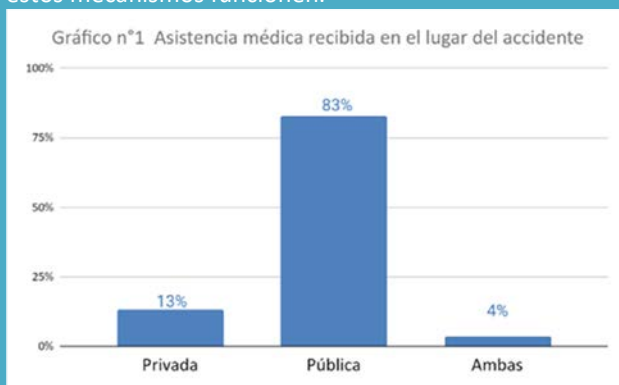
Una consecuencia a destacar de esta superposición de coberturas es que existe una **transferencia importante de recursos** del subsector público a los subsectores privado y de obras sociales, ya que la necesidad de atención médica es garantizada por el Estado y no es retribuida por los prestadores de salud que

tienen a cargo dicha población. Esta dinámica que se establece de forma recurrente en el sistema de salud puede entenderse como un subsidio oculto y poco transparente del subsector pública hacia los otros subsectores.

BOX 5 LOS EFECTORES PÚBLICOS DE SALUD Y EL CASO DE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO.

Cualquier persona que solicite atención será atendida en el subsector público, aunque cuente con cobertura de obra social y/o de una prepaga. El caso de los accidentes de tránsito es el más paradigmático ya que muestra las limitaciones en la organización de nuestro sistema, ya que cualquier damnificada/o -aun cuando cuente con os y/o prepaga- es derivado en primera instancia a un efector público y permanecerá allí siempre que no pueda ser trasladado. La ineficiencia de nuestro sistema se denota también dado que pocas veces el subsector público recibe la retribución de los gastos que realizó en la atención de las personas accidentadas.

Un estudio del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación en 2019 (Núñez et al., 2018) señala que el 83% de los casos ocurridos en accidentes en el año 2016 fueron atendidos por efectores del sector público (Gráfico n° 1). Cabe resaltar que los gastos en la atención de accidentes son significativos, sobre todo en los casos de politraumatismos, ya que la necesidad de utilización de recursos sanitarios se destina íntegramente a salvar la vida de la persona accidentada. Dichos gastos son cubiertos en la gran mayoría de los casos por el subsector público sin que el efector que cuidó a la/el accidentada/o reciba la retribución correspondiente por dicho acto médico. Es decir que las obras sociales y las prepagas difícilmente reintegran los costos realizados por los efectores públicos en la atención de sus afiliados. Si bien existen mecanismos para que los reintegros sean efectivizados, en la práctica persisten trabas para que estos mecanismos funcionen.

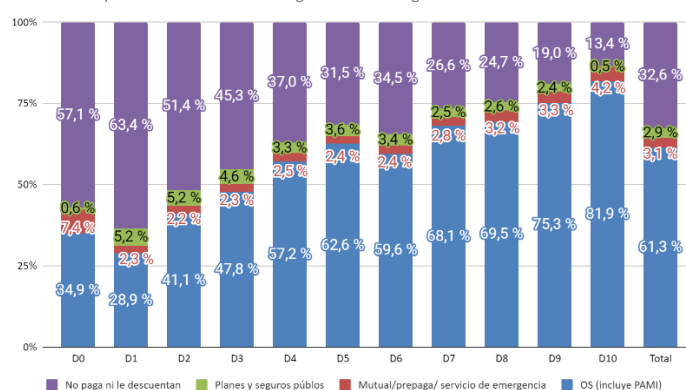


Fuente: Extraído del Programa de estudios sobre Siniestros Viales. MJyDDHH. 2019.

Otra forma en que puede verse cómo se expresa la desigualdad del sistema es a partir del estudio del **tipo de cobertura según decil de ingreso**. Para entender este análisis cabe aclarar que la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) analiza varias categorías que dan cuenta de la desigualdad, entre ellas: si la persona encuestada no paga o no le descuentan por el acceso a la salud; si cuenta con planes o seguros públicos; si abona una mutual, prepaga o servicios de emergencia; o si es beneficiaria de la cobertura por el sector de la seguridad social. De esta manera se diferencian los conjuntos poblacionales que acceden a cada uno de los subsistemas de prestación asistencial de salud.

A partir de los datos de la EPH para el segundo trimestre del año 2020 se observa que, como es de esperar, existe una relación inversa entre el ingreso y el subsector de dependencia para la cobertura en salud: **a medida que aumenta el ingreso, disminuye la dependencia en la atención exclusiva del subsector público así como en la atención derivada de los planes o seguros públicos de salud** (Gráfico n°2). Se observa también en este gráfico que en los tres deciles más altos se encuentra la mayor participación en mutuales, prepagas o servicios de emergencia.

Gráfico n°2 Tipo de cobertura en salud según deciles de Ingreso Total Familiar- EPH 2do Trim 2020



Fuente: Elaboración propia en base a EPH segundo trimestre 2020. INDEC.

Nota: D0: "decil 0"; D1: "decil 1", ... D10: decil 10.

Para complementar este análisis de la EPH, se recurrió a la Encuesta Nacional de Protección y Seguridad Social (ENAPROSS) realizada en 2015 por el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. A partir de los datos de la ENAPROSS puede inferirse que la relación inversa entre el ingreso y el tipo de cobertura se sostiene al menos desde el 2015 (Tabla n°1). Además, en la Tabla n°1 se observa la desagregación de cobertura por nivel de ingreso entre las obras sociales y el PAMI (Manoukian y Venturini, 2021). Es de destacar que la dinámica de la cobertura por obra social y seguros privados tiene un comportamiento similar.

Tabla n°1. Población por tipo de cobertura de salud según quintiles de ingreso per cápita familiar, Argentina, 2015

Quintiles de IPCF	Total	Tipo de cobertura de salud				
		Hospital Público y CAPs	Obra social	PAMI	Seguros privados (pre-pagas)	ProFe-Incluir Salud
1° quintil	100	67,8	29,6	2,9	0,8	1,7
2° quintil	100	42,7	45,8	7,3	1,6	2,6
3° quintil	100	29,1	54,6	12,5	1,8	2
4° quintil	100	16,2	65,9	13,9	2,4	1,5
5° quintil	100	9,9	73,5	11,8	4,2	0,5
Total	100	38,5	49,1	8,7	1,9	1,8

Fuente: "Sistemas de Salud, el modelo argentino y el caso neuquino" Manoukian y Iusef Venturini, 2021.

Por otra parte, el acceso a la salud muchas veces se ve mediado por **la capacidad de los efectores** para responder a la demanda de la salud de las poblaciones. En este sentido tanto el subsector de la seguridad social como el privado tienen estrategias para desalentar la atención de sus afiliadas/os, a fin de evitar la superación de su capacidad de respuesta. El problema de esta estrategia es que no se ofrece en paralelo una alternativa de atención/cuidado para las y los afiliadas/os, lo que en definitiva resulta en la limitación o negación de la atención, muchas veces generando un deterioro en la salud cuando la atención no se hace oportuna.

A este contexto de fragmentación y desarticulación se suma la situación del subsector público que durante años ha sido ajustado y desatendido por la propia sociedad y

por el Estado. Debido a ello su capacidad para dar respuesta a las personas que no cuentan con cobertura de salud como a aquellas que aun contando con cobertura de la seguridad social o de prepaga se atienden en él, está sumamente limitada. Y, como señalamos más arriba, sin que se efectúen los reintegros que corresponden por parte de los agentes del seguro social y/o las prepagas a las instituciones que atienden las demandas de salud de sus poblaciones a cargo. Cabe agregar que en este contexto las y los profesionales de la salud pública asumen el compromiso y se organizan para poder garantizar la atención aún bajo la consabida precariedad laboral y escaso reconocimiento social.

Por otro lado, el carácter concentrado y asimétrico de nuestro sistema se evidencia también al analizar **la cobertura en cada subsector**. Según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, para el 2019, las EMP contaban con cerca de 4 millones trescientos afiliados directos. Más del 60% de los mismos se concentraban en la provincia de Buenos Aires y CABA (39% y 22% respectivamente), el 10% en Córdoba, el 9% en Santa Fé, y en el resto de las provincias variaba entre el 3% y menos del 1% de afiliados (SSS, 2019).

A su vez, se observa -a nivel país (Argentina)- una fuerte concentración de afiliados en 5 empresas de medicina prepaga. Así, el **subsector privado** de salud está altamente concentrado y oligopolizado, al ser dominado por la conformación de grandes grupos empresarios (como Galeno, Swiss Medical, OSDE Binario, OMINT y MEDICUS). Estos grupos se convirtieron en líderes del subsector al cubrir entre el 75% y el 80% de la población afiliada a las EMP (Luzuriaga, 2018, p.289).

En cuanto a las asimetrías y a la concentración entre las **obras sociales**, Cetrángolo y Goldshmitt (2018), advierten que de las 300 obras sociales nacionales sólo el 5% de las mismas concentran el 54% de los afiliados; mientras que el 95% restante cubre al 46% de los mismos. Además, en el informe *¿Cuánto gasta Argentina en salud?* (De la Puente y De los Reyes, 2019) se señala que las obras sociales nacionales brindan cobertura a más de 15,4 millones de afiliados, trabajadores en relación de dependencia y a sus grupos familiares. Mientras que, las 24 obras sociales de las provincias, las obras sociales de las fuerzas armadas y de las universidades brindan cobertura a 7,1 millones de afiliadas/os.

En cuanto a las asimetrías al interior del **subsector público**, se destaca la desigualdad en la atención en salud que existe entre las provincias del país. Esta situación es producto de la descentralización del sistema de salud, que se profundizó en los años '90. Las provincias más pobres, dispusieron de menos recursos para dar respuesta a la organización del sistema público de salud. A modo de ejemplo sobre esta desigual distribución de los recursos destacamos el análisis de Maceira (2020) en el que sostiene que: “el gasto per cápita en provincias patagónicas es mayor al promedio nacional, y superior en tres veces y media al de aquellas de menor gasto relativo, comparando valores extremos (Tierra del Fuego y Santiago del Estero)”. **Esta inequidad muestra la necesidad de un papel más activo por parte del Estado nacional para garantizar una distribución más equitativa de los recursos.**

En función de lo expuesto sobre las tensiones y consecuencias de un sistema poco integrado sostenemos, como lo expone Rovere, que **la fragmentación con sobreoferta y la exclusión social “constituyen una caracterización de síntesis que reclama un nuevo mapa de actores**

comprometidos con la salud de nuestra población” (2004, s/n.).

La transferencia de recursos públicos al subsector privado. El caso del PAMI.

La necesidad de financiamiento fiscal (o la dificultad de la expectativa de autofinanciamiento en términos de seguro de salud) se torna evidente cuando consideramos el tipo de población a la que el INSSJP destina sus prestaciones: una población que en general requiere de tratamientos costosos y prolongados. Pensar de modo estratégico la orientación de esos recursos, en clave de pensar el sistema de salud de manera integrada y sostenible, es necesario para garantizar el derecho a la salud. Los recursos destinados al PAMI alcanzan alrededor de 0,9% del PBI anual (De la Puente y De los Reyes, 2019). Por la modalidad de contratación de servicios genera, al igual que las obras sociales en general, transferencias constantes de recursos de los trabajadores y trabajadoras -en el caso de PAMI recursos fiscales- al sector privado.

De los más de 20 mil prestadores, teniendo en cuenta los diferentes niveles de atención, la gran mayoría son del ámbito privado. Pese a ser la mayor institución de seguridad social, PAMI carece de una infraestructura propia de relevancia; solo cuenta con cuatro efectores sanitarios propios: dos hospitales en Rosario-Santa Fe, uno en CABA (producto de la absorción del ex Hospital Francés –ahora Hospital C. Milstein- en el 2008) y uno más reciente en Mar del Plata (el Hospital Bernardo Houssay, traspasado a manos de PAMI en 2015 y recién puesto en funcionamiento en 2018). Asimismo posee solamente cinco hogares de residencia de larga estadía y un servicio de urgencias y emergencias, solo para la CABA y alrededores.

BOX 6: EL PAMI

El INSSJP-PAMI es un ejemplo en gestión de salud, del proceso de transferencia de recursos públicos hacia el sector privado. El PAMI es un seguro de salud especializado en la atención sociosanitaria de las personas mayores que cubre aproximadamente al 80% de las y los mayores de 65 años de nuestro país. Fue creado en 1971 bajo la figura legal de ente público no estatal, a pesar de que en sus más de 50 años de vida, ha estado la enorme mayoría del tiempo intervenido por el Estado. Como seguro de salud, su financiamiento proviene de trabajadoras/es y empleadoras/es, así como de las propias personas jubiladas. Sin embargo, en gran parte de su historia, el PAMI ha dependido de importantes aportes fiscales para su funcionamiento, cosa que -para mencionar solo el último período- ocurre desde hace por lo menos una década.

El PAMI, tanto por el volumen de sus erogaciones en materia sanitaria como por la permanente demanda de servicios y bienes a terceros, es un claro financiador de servicios de salud. Sin ir más lejos, es el mayor prescriptor de medicamentos. No resulta tan claro, sin embargo, que pueda identificarse como un actor de gravitación para imponer condiciones o regulaciones al subsector público o al mercado. Parece necesario pensar a futuro estrategias que incorporen las líneas de acción de esta institución de manera coordinada con los diseños más estructurales de las carteras nacionales y subnacionales de salud.

DESAFÍOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD

Las políticas que tienen entre sus objetivos intervenir sobre **aspectos redistributivos** inevitablemente se encuentran con **fuertes resistencias** por parte de los actores con mayor

poder económico y político y por lo tanto con capacidad de vetar tales políticas. Avanzar en el proceso de transformación enunciado implica numerosos desafíos.

El principal desafío es **construir un debate democrático a fondo, que garantice la participación** de las y los actores del sistema de salud y de las diversas organizaciones sociales que se sientan convocadas. Debate que debería considerar cómo queremos y cómo podemos garantizar el funcionamiento del sistema de salud, de forma tal que pueda atender las necesidades de la población en un territorio signado por las desigualdades e inequidades.

Un debate que ponga en juego el principio de integralidad, teniendo como eje la garantía de continuidad de la atención desde el campo comunitario hasta los diferentes niveles de complejidad del sistema de servicios de salud así como la articulación de un conjunto de políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de vida. **Una integración que no es estatización sino articulación y solidaridad entre las diversas organizaciones que componen el sistema de salud.** Solidaridad que exprese la ecuación en la cual quienes se encuentran en mejores condiciones contribuyan en el financiamiento de la atención de quienes se encuentran en peores condiciones.

En este sentido se requiere mejorar la regulación de nuestro sistema de salud. **Regulación que no es sinónimo de mayor riesgo empresarial ni de inviabilidad de la actividad económica del sector salud.** Por el contrario, una regulación limitada y deficiente redundaría en una **solidaridad invertida**, en la cual ante la negativa de prestaciones del subsector privado y de las obras sociales, el subsector público actúa como

reaseguro. Es decir que las fallas del privado repercuten en el público.

Entendemos que para poder avanzar en un sistema de salud integral **no es suficiente contar con un informe técnico exhaustivo y riguroso del sistema de salud**. La experiencia ha mostrado de forma recurrente que las principales trabas que encontraron los proyectos de sistemas de salud universales han sido las resistencias de **los actores corporativos** con mayor poder en los espacios de toma de decisión.

El debate sobre un nuevo sistema de salud es un debate de interés público y requiere de la construcción de consensos amplios y duraderos que expresen tanto los intereses como las visiones de lo que la sociedad considera un sistema de salud adecuado.

Entendemos que **el contenido del debate** debería estar orientado a discutir entre muchos otros aspectos: cuál es la dimensión adecuada de cada subsector y cuáles son las diferencias admisibles entre éstos; qué características debería adquirir el subsector privado para tener un comportamiento solidario y contribuir a la equidad de nuestro sistema; qué diferencias en el acceso a la salud estamos en condiciones de aceptar como sociedad; cómo generar una integración para que sea posible una compensación más adecuada de los gastos; cómo lograr un uso racional de los recursos y cómo mejorar la transparencia en la asignación de los mismos; cómo integrar los sistemas de información existentes en los subsectores para una apropiada planificación y toma de decisiones; cómo adecuar las rentas extraordinarias de algunos subsectores; cómo garantizar un acceso adecuado al sistema de salud para toda la población; y obviamente cómo

generar una distribución más equitativa de los recursos.

La sola mejora en la distribución de los recursos no redonda directamente en un cambio hacia un sistema de cuidados basado en la integralidad.

La distribución más equitativa de recursos es condición necesaria pero no suficiente para la construcción de un sistema integrado de cuidados. **Se requiere de un compromiso político y colectivo.**

BOX 7: OTRO SISTEMA POSIBLE

Es imprescindible repensar un Sistema de Salud de carácter mixto pero con una fuerte centralidad del sector público, con una clara y firme regulación democrática del sistema de Obras Sociales y prepagas, con una reconfiguración de funciones que permita más nación en el sector público, más provincia en la seguridad social, más municipio en la atención primaria, un sistema de financiamiento justo y sobre todo hacer converger los mecanismos para garantizar una ciudadanía igualitaria para todos los habitantes de nuestro país, independientemente de su nivel de ingreso, vivan donde vivan (Rovere, 2004 s/n).

Bibliografía

Bahia, L. (1999). Padrões e Mudanças das Relações Público-Privado: Os Planos e Seguros Saúde no Brasil. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.

Bahia L. (2018). Tempestad sanitaria: La salud bajo ataque. Revista Soberanía Sanitaria. Disponible en: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/tempestad-sanitaria-lasalud-bajo-ataque/>

Cetrángolo, O. y Goldshmit, A. (2018). *Organización y financiamiento de la provisión de salud por parte de la seguridad social en Argentina*. Serie Documentos de Trabajo N° 25 IIEP. Disponible en: http://157.92.136.59/download/docin/docin_iiep_025.pdf

De la Puente C y De los Reyes L. (2019) ¿Cuánto gasta Argentina en salud? Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina; nov.

INDEC (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010. Buenos Aires.

INDEC (2020). Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Segundo Trimestre.

Lieutier, A. (2019). Clase sobre el Sistema de Salud argentino en el marco de la Diplomatura en Economía Política de la Salud Universidad de José C. Paz-Fundación Soberanía Sanitaria.

Luzuriaga, MJ. (2018). Privados de la Salud: Las políticas de privatización de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Vol. 291 de Saúde em debate (Primera). HUCITEC.

Luzuriaga, MJ; Zunino MG; Almirón VL y Iusef Venturini N (2020). La mano visible del Estado y la mano invisible del mercado. ¿Por qué la salud es más que un contrato entre partes?: Realidad Económica (365): 131-145.

Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas. Año VIII, Núm. 14, 155-179.

Manoukian D y Iusef Venturini N. (2021). Sistemas de Salud. El modelo argentino y el caso neuquino. 1era ed. Buenos Aires: CICCUS.

Pollock, AM. (2016). Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 64, febrero. Pp. 5-50 Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, Caracas, Venezuela.

Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. La Esquina del Sur, mayo. Recuperado el 10 de febrero 2021 de <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Ind.Sist.Sanit.UE.XI.htm>

Uthoff A; Sanchez JM y Campusano R. (2012). The health insurance market: Lessons on the conflict between equivalence and solidarity. Santiago de Chile: CEPAL Review 108.



Red Argentina
Investigadoras
e Investigadores
de Salud

©RAIIS 2021



raais_arg



Red argentina
de Investigadorxs en Salud



RAIIS_ARG