



Reforma del sistema de salud argentino

¿Por qué?, ¿para qué? y ¿cómo? (parte 1)

Mg. Daniel Esteban Manoukian¹

Introducción

Las primeras señales que empezaron a alertar a actores sociales ajenos al campo de la salud llegaron con la pandemia. Los primeros gestos de los propios protagonistas del sistema de salud argentino, en función de recuperar para la agenda política y pública la necesidad de cambios profundos del sistema, también resurgieron con el avance implacable de este viejo, pero maliciosamente renovado coronavirus.

No analizaremos en este breve texto la gestión nacional, provincial o municipal de la pandemia. Seguramente al desglosar la situación de la que se partió y las medidas que se adoptaron, se rescatarán aciertos y yerros. Las conclusiones de ese análisis encontrarán adeptos y detractores. Sin embargo, difícilmente se dude en señalar que un sistema fragmentado, segmentado y con muy poca articulación de sus componentes, atenta contra la posibilidad, no solo de salir medianamente airoso de un escenario de excepción, sino también de aquel que devendrá al superarse la pandemia.

En efecto, como se mencionará más adelante, la evidencia de esto último ya la teníamos antes de que sobreviniera la pandemia, aunque se notaran actitudes, que cómo un péndulo improductivo, discurrían entre la resistencia y la desidia a encarar una transformación profunda.

En momentos en que se empiezan a escuchar voces proponiendo y opinando sobre potenciales reformas del sistema de salud, proponemos tres entregas consecutivas planteando tres preguntas. Intentan sistematizar un análisis dejando algunas respuestas, pero sobre todo, agregando más interrogantes, a fin de disparar un debate que deviene en imprescindible, y que requerirá construir un consenso social que respalde decisiones complejas y de ninguna manera neutrales.

Federico Tobar cerrando un texto sobre el sistema de salud mencionaba que "la historia de la organización de los servicios de salud en Argentina puede ser contada como una dinámica de avances y retrocesos hacia un sistema integrado (Tobar, 2012). Mario Róvere por su parte, ha señalado que deben reconocerse en forma debida las bombas de

¹ Médico sanitarista, CUESEB (Centro Universitario de Estudios sobre Salud, Economía y Bienestar UNCo).

fragmentación que han sido lanzadas contra los intentos de integrar el sistema en favor del acceso universal al derecho a la salud (Manoukian & Iusef Venturini, 2021).

Por esa razón nos proponemos apelar a la historia y a la información disponible. A la historia, porque tal como menciona Susana Belmartino, “la historia importa porque la historia explica”. Cuando tomamos en cuenta la evolución de un concepto, en este caso el devenir del sistema de salud, “los procesos históricos se consideran constitutivos; y en su desenvolvimiento pueden encontrarse explicaciones y delimitarse influencias sobre las relaciones e identidades sociales resultantes” (Belmartino, 2011). Recuperar información disponible, por su parte, resulta esencial para poder avanzar en la construcción de una propuesta superadora, porque tal como señalara Ramón Carrillo, la estadística es el medio para que una reforma tenga alcances sanitarios (Carrillo, 1973).

Asumimos que la salud es un derecho y no un bien de mercado, pero advertimos que este concepto no falta en ningún programa político, aunque el accionar en la realidad concreta plantea dificultades, entre otras cosas, por la convivencia de concepciones contrapuestas. Las epidemias que afectan a toda la sociedad, aunque los sectores más postergados sin dudas, las sufren con más crudeza, reivindica con firmeza que la salud debe ser un derecho a ser defendido y al que todos y todas deben poder acceder sin distinción alguna. Para que eso sea posible debe ser priorizada la vida antes que el lucro, en las prioridades políticas en general, y mucho más en las del propio sector de la salud.

Sostenemos que para contar con un sistema de salud bien organizado se requiere planificación, y ésta debe estar conducida por el Estado. Sin embargo, tenemos en cuenta la mención de Mario Testa cuando refiriéndose a su vínculo con Carlos Matus, ambos críticos de la planificación normativa tradicional, decía: “los dos pensamos en el fondo de nuestras almas, que la planificación es algo así como inevitable... No se puede no planificar, pero planificando no se consiguen resolver los problemas” (Spinelli, 2019). Ciertamente, siempre pensamos en el futuro y como prepararnos para enfrentarlo con las mayores posibilidades de éxito. Al planificar se establecen prioridades, que luego promueven decisiones. Por lo tanto, el modo de planificar implica una forma de decidir y la única manera de decidir en favor de los intereses colectivos es que quien planifique y decida sea el Estado. Esto no implica tomar decisiones en soledad o autocráticamente, por el contrario, es en un escenario de transformación cuando más se requiere ampliar la mirada y valorar distintos enfoques, pero partiendo de premisas básicas acordadas. Es decir, “si bien la planificación por sí misma no ayuda a predecir el futuro, ni mucho menos resuelve los problemas del presente, sí aporta una matriz compartida para emprender una trayectoria común” (Manoukian & Iusef Venturini, 2021).

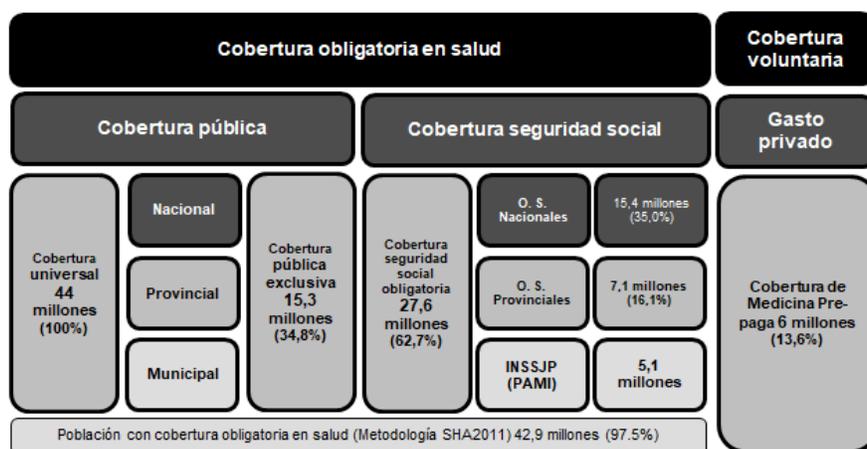
Si bien en este texto nos referimos al sistema de salud argentino, señalamos que tratándose de un país federal cada una de las 24 jurisdicciones tiene facultades para modificar su propio sistema de salud, aunque esta arista será tratada en la última parte de este documento.

¿Por qué reformar el sistema de salud argentino?

Podría decirse en forma directa que Argentina requiere modificar su sistema de salud porque es ineficiente, ineficaz e inequitativo y por lo tanto injusto. Pero antes de concluir en esta dura apreciación, vale mencionar algunos conceptos y datos ilustrativos.

Argentina presenta un sistema de salud mixto, fragmentado y segmentado. La **fragmentación** alude a las distintas coberturas con los que diferentes grupos poblacionales intentan resolver sus problemas de salud-enfermedad. Refiere básicamente a donde acuden los ciudadanos para ser atendidos. En Argentina conviven el subsector público (hospitales y centros de salud) con efectores nacionales, provinciales y municipales; el subsector de la seguridad social (obras sociales) y el subsector de los seguros privados (en Argentina nombrados como "pre-pagas").

Figura N° 1
Cobertura en salud. Argentina, 2017



Fuente: Dirección de Economía de la Salud, Secretaría de Gobierno de Salud, 2019.

Como se observa en la figura anterior, el subsector público es la única cobertura del 34,8% de la población, la seguridad social del 62,7% y los seguros privados del 13,6%. La suma supera el 100% porque un porcentaje de la población cuenta con más de una cobertura (por ejemplo obra social más pre-paga). A eso se suma que el comportamiento de la población no responde a parámetros tan esquemáticos, ya que muchas consultas de personas con cobertura de seguros de salud se concretan en el sector público. Esto es así por varias razones, entre ellas:

- **Prestigio de las instituciones sanitarias.** No siempre quien tiene un seguro explícito usa el mismo para ser atendido.
- **Localización de los prestadores.** En muchos lugares el hospital público es el único prestador.
- **Disponibilidad de servicios.** Un caso típico es el de la atención de urgencia y emergencia, donde la continuidad la garantiza el hospital público.

Un ejemplo que ilustra lo dicho es el lugar elegido para asistencia del parto. Según datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación en 2019 nacieron 622.038 niños en establecimientos de salud de los cuales 364.710 fueron atendidos en instituciones públicas (58,6%) (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2021). Dicho de otra manera,

casi 6 de cada 10 niños nacen en hospitales públicos en Argentina, cuando casi 7 de cada 10 madres cuentan con posibilidad de ser atendidas en otras instituciones.

Por otro lado, la **segmentación** del sistema de salud refiere a las fuentes de financiamiento con las que se cuentan para satisfacer esas necesidades. Simplificando, el subsector público se nutre de las rentas generales (impuestos); la seguridad social de los aportes de trabajadores y contribuciones patronales, en ambos casos obligatorias; y el subsector de seguros privados mediante las cuotas que pagan en forma voluntaria los ciudadanos. Sin embargo, el pago de los gastos que insume el cuidado de la salud no se reparte proporcionalmente.

En base al documento *¿Cuánto gasta Argentina en salud?* y considerando el PBI a pesos corrientes del año 2017, observamos que en este año, el gasto total en salud fue de 68.181,1 millones de pesos, representando el **9,4% del PBI** (de la Puente & de los Reyes, 2019).

- **3,9% del PBI** corresponde al gasto de obras sociales (\$28.287,9 millones);
- **2,8% del PBI** corresponde privado total (\$20.309,3 millones);
- **2,7% del PBI** corresponde al gasto público total (\$19.583,9 millones).

Para el año 2017, y sobre la base de ese documento, se puede observar una gran diferencia en el gasto per cápita entre el gasto público y el de las obras sociales, respecto del gasto privado que incluye pago de cuotas y gasto directo de bolsillo.

Cuadro N° 1

Gasto público, de seguros sociales y privado en pesos, per cápita en dólares y porcentaje del gasto en salud respecto del PBI. Argentina, 2017

| Sub-sectores de salud | Gasto en millones de \$ | Gasto per cápita en dólares (promedio 2017) | % del PBI |
|--|-------------------------|---|-------------|
| Gasto Público Total | 19,583.9 | 82.3 | 2.7% |
| Gasto de Seguridad Social (incluye PAMI) | 28,287.9 | 62.7 | 3.9% |
| Gasto Privado | 20,309.3 | 268.1 | 2.8% |
| Gasto Total en Salud | 68,181.1 | 89.1 | 9.4% |

Fuente: Elaboración propia en base a "¿Cuánto gasta Argentina en Salud?" de la Secretaría de Gobierno en Salud", 2019.

Pese a ese nivel de inversión la seguridad social debe lidiar con la inviabilidad actuarial para cubrir riesgos de muchas obras sociales con escaso número de afiliados y el PAMI, que concentra a personas con un esperado alto consumo sin posibilidad de diluir el riesgo. El subsector público muestra limitaciones para comprar con eficiencia y para renovar su tecnología, además de resultar débil para reclutar y retener trabajadores de salud. También el subsector privado tiene problemas de financiamiento sin tener asegurada su sustentabilidad.

Debe connotarse además que la política del Estado en salud abarca las acciones de **prevención, promoción, regulación y vigilancia epidemiológica** que se financian con fondos públicos sumando así subsidios cruzados, no siempre transparentados.

Este cuadro de situación genera diferencias en los accesos a servicios de salud y, por ende, inequidades. Así el sistema de salud argentino se presenta como un sistema con una dinámica compleja que trasluce la realidad económica coyuntural del país y de la situación laboral (Cetrángolo & Goldschmit, 2018). “El análisis de los flujos de financiación de los distintos subsistemas de atención de la salud muestra cuál es la disputa por los recursos destinados a la salud, lo que pone en tensión el rol y el alcance de la política sanitaria integral, ya que el Estado tiene un rol rector fundamental, además de ser el respaldo de todo el sistema ante situaciones de crisis y epidemias” (Manoukian & Iusef Venturini, 2021).

Respecto de los resultados sanitarios vale apuntar que la comparación con otros países no muestra a la Argentina en los primeros lugares. La esperanza de vida al nacer en Argentina, según datos de la OPS, era para 2018 de 77,4 años (80,6 para mujeres y 74,1 para varones). Esa fuente de información da cuenta que para ese mismo año otros países de la región como Chile, Costa Rica o Cuba, mostraban guarismos mejores. Lo mismo ocurre cuando comparamos la tasa de mortalidad infantil (TMI). Cuba registró una tasa de 4,0 fallecidos cada mil nacidos vivos en 2018 mientras que Argentina registró 9,2 en 2019, es decir más del doble (O.P.S., 2018).

Si bien Argentina ha mejorado la TMI en los últimos veinte años las diferencias entre regiones siguen resultando significativas. Para 2019 la TMI fue de 5,4 en Neuquén y de 13,6 en Formosa, es decir que la brecha entre la TMI de la provincia con mejores resultados sanitarios en este aspecto, respecto de la más relegada es de 2,5 veces (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2021).

Conclusiones

En Argentina el acceso a la salud es formal y legalmente, universal y gratuito por mandato constitucional. Conviven tres subsectores de salud poco articulados entre sí y con subsidios cruzados a cargo del Estado. La inversión en salud es significativa (casi 10 puntos del PBI) pero los resultados son exigüos si se los compara con algunos países de la región y además es desigual al verificar la brecha que perdura entre jurisdicciones.

- **La fragmentación del sistema de salud atenta contra la posibilidad de mejorar** el producto del esfuerzo de los componentes del sistema.
- **La comparación con otros países** muestra que no tenemos los resultados esperables para el nivel de inversión en salud que mostramos.
- **Las brechas hacia el interior de nuestro país** que se evidencian al comparar las distintas jurisdicciones resultan injustas y hasta inmorales.

En conclusión, dada la situación actual, queda claro que para hacer efectivo el acceso al derecho a la salud resulta impostergable avanzar en un proceso de transformación del sistema de salud. Es necesario iniciar un debate plural y democrático, que permitirá construir el ejercicio efectivo del derecho a la salud, contemplando todos los aspectos de la vida que hacen al buen vivir de las personas.

La pandemia “desnudó nuestras mayores debilidades, exponiendo nuestras ineficiencias e inequidades. Los desafíos a futuro son aún mayores, con nuevas pandemias latentes, problemas ambientales, envejecimiento poblacional y los avances de la medicina con sus costos” (Goldman, 2021). ¿Será ésta una oportunidad para transformar nuestro sistema de salud?

Partiendo de acordar en esta necesidad, habrá que definir el sentido de esa reforma, es decir el *para qué* de la misma. Ese será el tema de la segunda entrega de esta saga.

Daniel Esteban Manoukian

Chos Malal, Neuquén, junio de 2021

Referencias

Belmartino, S. (2011). Desarrollo metodológico para una historia comparada de la profesión médica. *Centro interdisciplinario para el estudio de políticas públicas, Documento de trabajo N° 80*, 39.

Carrillo, R. (1973). *Contribuciones al conocimiento sanitario*. Eudeba.

Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2018). *Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal. El caso argentino*. Instituto Interdisciplinario de Economía Política de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, UBA. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/docin/docin_iiep_024.pdf

de la Puente, C., & de los Reyes, L. (2019). *¿Cuánto gasta argentina en salud?* (p. 25). Secretaría de Gobierno de Salud. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>

Dirección de Estadísticas e Información en Salud. (2021). *Estadísticas vitales. Información básica, Argentina, año 2019* (Serie 5 - N° 63, p. 166). Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf>

Goldman, A. (2021). *¿Es necesaria una reforma del sistema de salud en este momento?* Economía de la Salud. Disponible en: <https://economygestiondelasalud.finance.blog/2021/06/21/es-necesaria-una-reforma-del-sistema-de-salud-en-este-momento/>

Manoukian, D. E., & Iusef Venturini, N. (2021). *Sistemas de salud. El modelo argentino y el caso neuquino*. Ediciones CICCUS.

O.P.S. (2018). *Indicadores básicos 2018. Situación de la Salud en las Américas*. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1.

Spinelli, H. (2019). Planes y juegos. *Salud Colectiva*, 15, e2149. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2149>

Tobar, F. (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud. En: Garay, O. (coordinador) Responsabilidad profesional de los médicos, ética, bioética y jurídica. Civil y penal*. La Ley.