Public Disclosure Authorized

Serie de informes técnicos del Banco Mundial en Argentina, Paraguay y Uruguay Nº 12, 2017

ARGENTINA:
HACIA UNA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD
DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Public Disclosure Authorized

Banco Mundial

GRUPO BANCO MUNDIAL

Abreviaturas y Siglas

ADA	Acuerdo de Desempeño Anual
COFESA	Consejo Federal de Salud
CUS	Cobertura Universal de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
NEA	Regiones del nordeste argentino
NOA	Regiones del noroeste argentino
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OSN	Obras Sociales Nacionales
OSP	Obras Sociales Provinciales
FRSEC	Fondo de Solidaridad de Reaseguro para Enfermedades Catastróficas
FSR	Fondo Solidario de Redistribución
GoA	Gobierno de Argentina
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
INSSJP/PAMI	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados /Programa de Asistencia Médica Integral
ISES	Informe sobre el Sector Económico de la Salud
ISSEC	Intervenciones sanitarias seleccionadas para las enfermedades catastróficas
SIISA	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
SUR	Sistema Único de Reintegro
MSN	Ministerio de Salud de la Nación
PMO	Programa Médico Obligatorio
PROFE	Programa Federal de Salud
SPSP	Seguros Provinciales de Salud Pública

Índice

Abreviaturas y Siglas 2

Reconocimientos 4

Resumen Ejecutivo 5
Principales Desafío del Sector de la Salud en la Argentina 5
Conclusiones y Recomendaciones de Políticas 13

Introducción 21

Desafíos y Oportunidades en el Sector de la Salud Argentino 25
Contexto Económico 25
La Pobreza en la Argentina 25
Resultados de salud 26
Panorama General de la Prestación, Financiamiento y Organización del Sistema de Salud 31
Gastos en Salud 35
Desafíos Resultantes de la Organización y el Funcionamiento del Sistema 39
Desafíos en el Funcionamiento del Subsistema de Salud Provincial 45
Desafíos en el Funcionamiento de las OS 55

Conclusiones y Recomendaciones de Políticas 67

Bibliografía 75

Reconocimientos

Este documento es producto del trabajo de todo el Equipo de la Práctica Global de Salud, Nutrición y Población (SNP) del Banco Mundial en la Argentina. El trabajo fue liderado por María Eugenia Bonilla-Chacin con el apoyo de Daniela Romero. Los otros miembros del equipo de SNP que participaron en esta actividad son: Vanina Camporeale, Luis Orlando Pérez, Andrew Sunil Rajkumar, Christel Vermeersch y Paula Giovagnoli. El documento se enriqueció de un trabajo previo desarrollado por el equipo de SNP (Sostenibilidad de la Estrategia de Salud Argentina (P147424)) y en trabajos comisionados para este estudio, particularmente en el análisis de los principales desafíos del sistema de seguridad social, que fue preparado por Oscar Cetrángolo y Ariela Goldsmith. En el desarrollo de esta actividad, Gabriela Moreno Zevallos brindo un gran apoyo operativo.

El trabajo se benefició en gran medida de los comentarios de Juan Pablo Uribe, Christoph Kurowski, Daniel Cotlear, Cristian Baeza y Rafael Rofman. Además de los comentarios recibidos de los diferentes actores en la Argentina durante un taller organizado para discutir los principales desafíos del sistema de salud.

Todo el trabajo se llevó a cabo con la supervisión y el apoyo del Gerente de la Práctica, Daniel Dulitzky.

Resumen Ejecutivo

1. Este documento tiene como objetivo evaluar los principales desafíos del sistema de salud de la Argentina y brindar opciones de políticas para superar esos desafíos y progresar hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS), una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado a la salud y el bienestar. La CUS es un proceso constante y dinámico para aumentar la cobertura efectiva de los servicios de salud, a la vez que proporciona protección financiera para todas las personas en caso de enfermedad.1 Según la definición de la OMS y el Banco Mundial, es un proceso para lograr una situación en la que todos -independientemente de su capacidad de pago- obtienen los servicios de salud que necesitan de manera oportuna y sin sufrir ninguna dificultad financiera indebida como resultado de recibir dicha atención.[2,3]

2. La Argentina ha logrado prestar servicios de salud básicos a todos, tal como lo establece en su Constitución. También ha avanzado significativamente en la disminución de las desigualdades existentes en los resultados de salud y el acceso a los servicios. Sin embargo, el país aún enfrenta desafíos para asegurar una cobertura efectiva de estos servicios, sin dejar de brindar protección financiera para todos. Igualmente, a pesar del progreso alcanzado, las grandes desigualdades en los resultados de salud, en el acceso a servicios de calidad y en la protección financiera se mantienen entre niveles de ingresos, áreas geográficas y situación laboral de la población. En este contexto, este documento trata las causas subyacentes de estos desafíos y ofrece algunas opciones para que se sigan reduciendo y avanzar hacia la CUS.

Principales Desafío del Sector de la Salud en la Argentina

3. En 2016 aproximadamente el 33 por ciento de la población en la Argentina se encontraba bajo el nivel de pobreza y el 6 por ciento bajo el nivel de pobreza extrema.[4] La mayoría de la población pobre en la Argentina (el 75 por ciento de los pobres y el 80 por ciento de los pobres extremos), viven en el Gran Buenos Aires y en la región pampeana, concentrados principalmente en el conurbano bonaerense, es decir, las zonas que rodean la ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, las mayores tasas de pobreza se encuentran en las provincias de las regiones del NOA y el NEA[5] (Noroeste y Noreste)

[1] Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. 2015

[2] La CUS no implica la adhesión o preferencia por un determinado sistema de salud: hay países con sistemas nacionales de salud, otros con sistemas de seguro nacional de salud y países con sistemas de salud híbridos que han adherido al objetivo de global de desarrollo sostenible de progresar hacia la CUS.

[3] Wagstaff et al. (2015); Boerma et al (2014a); y Boerma et al (2014b).

[4] Tanto las estimaciones nacionales como las internacionales de pobreza se basan en la misma encuesta de hogares (Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Sin embargo, las tasas internacionales de pobreza utilizan una versión armonizada de la encuesta para permitir la comparabilidad con otros países de América latina y el Caribe. Por lo 3 tanto, tanto los umbrales (líneas de pobreza) como el total de ingresos familiares utilizados para calcular las tasas de pobreza difieren de las estimaciones nacionales.

[5] NOA incluye a las siguientes provincias: Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero. El NEA incluye a las siguientes provincias: Misiones, Corrientes, Chaco, Entre Ríos y Formosa. Cuyo incluye a las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. La Patagonia está integrada por las provincias de Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego. La región pampeana incluye a las provincias de Entre Ríos, Buenos Aires (excepto el conurbano), Córdoba y La Pampa. El Gran Buenos Aires incluye a

y las tasas más altas de pobreza extrema en la región pampeana y en el NEA.

4. Los resultados de salud de la Argentina han mejorado significativamente desde la crisis económica de 2001/2. Tanto la tasa de mortalidad en menores de 1 año como la tasa de mortalidad infantil han disminuido y ha aumentado la esperanza de vida. Sin embargo, algunos de estos resultados aún son inferiores a los de países con ingresos per cápita y gastos en salud similares o incluso más bajos. De hecho, los resultados de la Argentina en medidas relacionadas a la efectividad del sistema de salud, como la mortalidad materna y la mortalidad estandarizada por edad de cáncer de cuello de útero, son inferiores a la de éstos países.

5. El país también se enfrenta a una rápida transición demográfica y epidemiológica. A medida que la población envejece y está cada vez más expuesta a factores de riesgo para la salud, las enfermedades no transmisibles (ENT) se han convertido en las principales causas de muerte y discapacidad. Al mismo tiempo, en los últimos años el país ha enfrentado epidemias de enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes como el dengue, Zika, gripe H1N1, mientras todavía lucha contra el Chagas, el VIH/SIDA y la tuberculosis.

6. A pesar de las mejoras obtenidas en los últimos 15 años, hay grandes desigualdades en los resultados de salud entre niveles de ingresos, ubicación geográfica, y posiblemente entre tipos de cobertura de seguro. La tasa de mortalidad infantil disminuyó, particularmente en las provincias del NOA y el NEA, reduciendo las diferencias con el resto del país. También es probable que las desigualdades en el tipo de cobertura de seguro en estos resultados de salud hayan disminuido.[6] Las estrategias apoyadas por el Plan Nacer[7] (actualmente Programa Sumar), han contribuido a la mejora de los resultados de salud en el nacimiento en las provincias más pobres entre aquellos ciudadanos cubiertos exclusivamente por el sistema no contributivo.[8] A pesar de estas mejoras, sigue habiendo desigualdades geográficas en los resultados de salud. En efecto, el NOA y el NEA, en general, siguen siendo las regiones con las tasas más altas de mortalidad materno-infantil y con las mayores tasas de desnutrición. Este también es el caso de algunos municipios del conurbano,[9] los cuales tienen poblaciones tan numerosas como algunas provincias del NOA y el NEA[10].

7. El sistema de salud en la Argentina, se encuentra fragmentado según la situación laboral de la población y el lugar de residencia. Tiene tres subsistemas: público no contributivo, seguridad social y privado. Gran parte del subsistema público no contributivo integra

la Ciudad de Buenos Aires y al conurbano de la Provincia de Buenos Aires.

[6] Esto supone que las tendencias en estos resultados de salud no cambiaron entre los beneficiarios de las OS.

[7] El Plan Nacer recibe financiamiento del Banco Mundial.

[8] Entre los beneficiarios nacidos en hospitales de las provincias del norte, este programa redujo un 74 por ciento la probabilidad de muerte de los recién nacidos (Banco Mundial, 2015).

[9] Según datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la mortalidad en menores de 1 año en el conurbano en 2013 fue del 11,6 por 1.000 recién nacidos con vida; sin embargo, muchos municipios tenían tasas superiores al 13 por 1.000 de recién nacidos con vida; en efecto, el promedio en el tercer cordón del conurbano fue del 13,1 por 1.000 de recién nacidos con vida.

[10] Por ejemplo, los datos del Censo 2010 muestran que los siguientes municipios tenían más de 500.000 personas: Adrogué, General Pueyrredón, La Matanza, Lomas de Zamora, Merlo y Quilmes.

verticalmente el financiamiento y la prestación de servicios a nivel provincial. Sólo en el caso de los servicios financiados por el Plan Nacer/Programa Sumar hay una clara separación entre ellos. En principio, este subsistema ofrece servicios a todos los argentinos, pero es utilizado principalmente por personas sin empleo formal y por lo tanto sin cobertura de seguro social o seguro privado. La red de prestación de servicios públicos está descentralizada a nivel provincial y en algunos casos, como en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba, también a nivel municipal, lo que contribuye a la fragmentación del sistema.

8. El subsistema de seguridad social cubre a la población en el sector de empleo formal. Con sólo unas pocas excepciones,[11] los planes de seguridad social (Obras Sociales (OS)) no tienen sus propios proveedores, sino que sólo funcionan como aseguradoras, comprando la mayoría de los servicios a proveedores privados. Este subsistema se compone de aproximadamente 300 OS nacionales (Obras Sociales Nacionales (OSN)) vinculadas con distintos sindicatos; 24 OS provinciales (Obras Sociales Provinciales (OSP)), las cuales aseguran a los empleados públicos provinciales y municipales; una OS que asegura a jubilados y pensionados (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, INSSJyP, también conocido como PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral)), y otras OS más pequeñas.

9. Por último, existe un mercado de seguros privados relativamente pequeño que ofrece seguros voluntarios. Sin embargo, el sector privado tiene una presencia mucho mayor en la prestación de servicios.

10. Con el crecimiento económico y el crecimiento del empleo formal, el porcentaje de la población cubierta por cualquiera de los esquemas de seguro social ha pasado del 56 por ciento en el año 2003 a más del 62 por ciento en el año 2014. Además, gracias al Plan Nacer/Programa Sumar aproximadamente otro 22 por ciento de la población ahora identificada nominalmente, actualmente tiene derecho a un plan de beneficios explícito ofrecido por la red de prestación de servicios públicos (Sanguinetti, 2015).

11. La mayoría de la población pobre tiene cobertura del subsistema de salud no contributivo. Los datos de la Encuesta Permanente de Hogares de 2016, muestran que casi el 60 por ciento de los pobres y aproximadamente las tres cuartas partes de los extremadamente pobres dependen exclusivamente del sistema público de salud no contributivo.

12. A pesar de esta estructura fragmentada, hay muy pocos mecanismos de coordinación y de redistribución que abarquen todo el sistema y que puedan disminuir las ineficiencias y las desigualdades que genera potencialmente esta estructura. Esto refleja en gran medida una estructura de gobierno igualmente fragmentada. Aparte del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) que tiene capacidad y jurisdicción limitadas sobre el sector salud en su totalidad, no hay institución o comité que efectivamente supervise todo el sistema, aunque hay organismos o comités que supervisan partes de éste. Por ejemplo,

[11] Algunas OSP, PAMI, Bancarios, Docentes, Construcción, UPCN, entre otras, por ejemplo, tienen estructuras asistenciales propias, aunque usualmente localizadas solo en las ciudades donde concentran mayor cantidad de afiliados y también contratan servicios a terceros.

la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) supervisa a las OSN, pero no a las OSP o al PAMI. Otras instancias son sólo para coordinación: El Consejo Federal de Salud (COFESA) es la instancia de coordinación y articulación para el sector público no contributivo; y el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) cumple la misma función para las OSP, aunque la participación es voluntaria. En la práctica, estas instancias y/u organismos no funcionan eficazmente como órganos de decisión o como instancias de coordinación y armonización efectivos.

13. El MSN tiene capacidad y jurisdicción limitadas para funcionar como organismo a cargo de la administración de todo el sistema o para proveer un mecanismo de redistribución integral; aunque realiza una parte de esta última función a través de programas nacionales como el Plan Nacer/Programa Sumar, Incluir Salud, el programa de ENT conocido como Proteger, Remediar-CUS-Medicamentos, etc. Su capacidad para llevar a cabo estas funciones también se ha visto limitada debido a la insuficiencia de recursos; representando en 2013 menos del 19 por ciento del gasto público en el subsistema no contributivo.

14. No sólo la estructura de gobierno del sistema de salud está fragmentada: además tampoco hay instrumentos de administración para coordinar todos los subsistemas. No hay lineamientos clínicos compartidos, sistemas de información armonizados o interoperables, planes de adquisiciones, planes de infraestructura y equipamiento, mecanismos comunes para otorgar licencias y certificaciones, o mecanismos de garantía de calidad más completos, un organismo común de evaluación de tecnologías de salud, modelos comunes de atención y tampoco hay portabilidad de derechos en el subsistema de Obras Sociales. Además, hay importantes brechas en la información en todo el sistema o partes de él, lo que limita las posibilidades de tomar decisiones basadas en la evidencia, así como la planificación y la coordinación. Por ejemplo, no se han producido Cuentas Nacionales de Salud en más de cinco años; la última encuesta sobre utilización y gastos en atención médica es de 2010; hay muy poca información sobre la calidad de la atención prestada; por último, la mayor parte de la información disponible procede del subsistema no contributivo, ya que no hay información integrada sobre la prestación de servicios del sector privado, reflejando limitaciones en la regulación sobre el aseguramiento social y privado y sobre la provisión privada.

15. En el año 2013, el gasto total en salud en la Argentina representó alrededor del 7,9 por ciento del PBI (Sanguinetti, 2015). Este porcentaje es más alto que el porcentaje de lo que gastan otros países de similares ingresos per cápita. La mayor parte de los gastos de ese año fueron públicos, distribuidos de la siguiente manera: el 44,4 por ciento correspondió a los gastos en seguridad social y el 31 por ciento a los gastos en el sistema público no contributivo. Alrededor de un cuarto de todos los gastos en salud de ese año fueron gastos privados, pero no todos fueron gastos directos de bolsillo, esto incluyó los gastos en primas de seguros.

16. El gasto en salud provincial representa la mayor parte del total de gastos en el subsistema público no contributivo, más del 20 por ciento del gasto total en salud de la Argentina ese año. Es seguido por aproximadamente el 6 por ciento del gasto a nivel nacional y un porcentaje mucho menor (3,6 por ciento) de los municipios.

17. El gasto total en salud en la Argentina aumentó significativamente en los años posteriores a la crisis económica de 2001/2. Los gastos aumentaron en todos los subsistemas, pero en particular en el sector público no contributivo. Por consiguiente, las grandes diferencias en el gasto por beneficiario entre las OSP y el subsistema no contributivo, se redujeron en gran medida. Sólo el PAMI tiene un gasto mucho mayor por habitante, lo cual es comprensible porque la mayoría de los beneficiarios son mayores de 65 años y, por lo tanto, concentran un grupo de riesgo mucho más alto. Sin embargo, las estimaciones de los gastos per cápita dentro del subsistema no contributivo suponen que sólo la población no cubierta por las OS utiliza los servicios de las redes públicas provinciales. Este no es el caso; muchas personas cubiertas por las OS utilizan estos servicios y a menudo no se les cobra a las OS por ellos.

18. **Desafíos resultantes de la organización y el funcionamiento del sistema:** La segmentación de la población y la alta fragmentación en la mancomunación de fondos, junto con mecanismos de coordinación y redistribución limitados generan grandes ineficiencias y desigualdades, ya que no es posible administrar de manera eficiente los subsidios cruzados inherentes a los regímenes de seguros de salud entre los niveles de ingreso y entre los enfermos y los sanos. Además, la fragmentación según el estado laboral podría también generar un incentivo contra la formalización del mercado de trabajo. Esta fragmentación existe no sólo entre los subsistemas, sino también dentro de cada subsistema, en particular en el caso de las OSN.

19. El plan explícito de servicios proporcionado por cada subsistema es diferente. Por ley, las OSN tienen la obligación de ofrecer el Programa Médico Obligatorio (PMO), un plan integral de servicios de salud. Sin embargo, el PMO no se aplica a las OSP. El sector público no ofrecía un programa de servicios explícitos. Desde 2005, lo está haciendo a través del plan de beneficios ofrecido por el Programa Nacer/ Sumar, el que principalmente incluye servicios preventivos de atención primaria de la salud y de cuidados maternales. Con gastos similares per cápita, podría haber margen para reducir las diferencias entre los dos subsistemas. Sin embargo, es necesario evaluar esta situación en más detalle puesto que no hay información sobre la magnitud de los subsidios cruzados entre ambos subsistemas, ni sobre el acceso efectivo a las prestaciones disponibles bajo cobertura de las OS o bajo la provisión pública. Tampoco hay información sobre qué parte del gasto nacional y provincial en salud se asigna a funciones esenciales de salud pública que benefician a toda la población. Por último, no hay información sobre la calidad de los servicios prestados por el sector privado e información muy limitada sobre la pública; por lo que no es posible comparar los servicios reales "comprados" por ambos sistemas.

20. También hay grandes diferencias en las tasas de utilización de los servicios de salud entre subsistemas. Los diferentes niveles de cobertura de los servicios son particularmente notorios en el caso de los servicios para la prevención y el control de las ENT. Dado

que muchos de estos servicios están relacionados con la prevención temprana y el control de estas enfermedades, también denotan diferencias en la calidad del servicio prestado por ambos subsistemas. Estas diferencias han ido disminuyendo a lo largo de los años, pero siguen siendo grandes.[12] El porcentaje de personas que han sido examinados para detectar hipertensión arterial, hiperglucemia y colesterol, así como las mujeres que reciben mamografías o pruebas de detección de cáncer de cuello de útero es más alto entre quienes están cubiertos por una OS que entre aquellos con cobertura exclusiva del sector público.

21. **Desafíos en el subsistema no contributivo público:** Hay grandes diferencias en el acceso a servicios de calidad dentro del subsistema público administrado por el MSN y las provincias. En efecto, el NOA y el NEA, en general, cuentan con cobertura inferior de los servicios de salud clave, en particular los destinados a la prevención y el control de las ENT. En el caso de los servicios de prevención y atención materno-infantil, los datos administrativos y las pruebas de una evaluación del impacto del Plan Nacer/Programa Sumar indican que las diferencias de la cobertura entre las provincias se han reducido.[13] También es probable que las diferencias entre el tipo de cobertura de seguro también se hayan reducido, ya que la cobertura de estos servicios aumentó en el sector no contributivo, en particular en el NOA y el NEA gracias a los aportes del Plan Nacer/Programa Sumar (Banco Mundial, 2015). Dado que este programa transfiere incentivos a los establecimientos de salud sólo si los servicios que prestan siguen los protocolos clínicos, también contribuyó a mejorar la calidad de los servicios en el sistema no contributivo en general.

22. A pesar de tener los resultados más bajos, las provincias del NOA y NEA asignan un porcentaje más alto de los recursos públicos para la salud, reflejando su compromiso con el sector. Sin embargo, el potencial espacio fiscal disponible para la salud en algunas de ellas es relativamente bajo en comparación con otras provincias. Por lo tanto, una mejor distribución de los recursos públicos en las provincias podría no ser suficiente para superar los cuellos de botella existentes en el sector.

23. La Provincia de Buenos Aires (PBA), junto con el NOA y el NEA, requiere una mención especial. Concentra el 40 por ciento de la población argentina y tiene la mayor cantidad de población pobre del país, al tiempo que tiene un espacio fiscal muy limitado para la salud. Además, a diferencia de otras provincias, la PBA también tiene una distribución muy fragmentada de recursos dentro del subsistema público provincial, ya que cada municipio es responsable de financiar los servicios de salud para sus residentes y no existen mecanismos redistributivos entre municipios. Dados los limitados recursos de los municipios, esto ha generado fricciones ya que algunos municipios solo quieren ofrecer servicios de urgencia a los residentes de otros municipios.[14] Esto trae como

[12] Los datos de una Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2013 muestran mayores niveles de cobertura de estos servicios en las provincias. Sin embargo, estos datos no pueden desagregarse más entre los tipos de cobertura del seguro y, por lo tanto, en la tabla se muestran los datos del 2009.

[13] Los datos administrativos del Plan Nacer/Programa Sumar son nominales y auditados; sin embargo, hay problemas con el informe de algunos de estos servicios en las provincias que se adhieren al programa más adelante, tal es el caso de la CABA.

[14] https://www.clarin.com/sociedad/ministra-salud-bonaerense-atencion-hospitales_0_SJuX31SO.html y http://www.infobae.com/sociedad/2016/07/26/una-tendencia-que-crece-hospitales-municipales-restringen-la-

consecuencia grandes ineficiencias y desigualdades en la asignación de recursos que impactan negativamente al conurbano; zonas de la provincia con las tasas de pobreza más altas, más población con cobertura exclusiva del sistema no contributivo, y los peores resultados en salud (Banco Mundial, en preparación).

24. El sector público no contributivo carece de mecanismos integrales y socialmente validados para priorizar los recursos, limitando potencialmente la eficiencia de asignación del subsistema. El Plan Nacer/Programa Sumar fue un primer intento de definir un plan de servicios preventivos (PSB) explícito para la población cubierta exclusivamente por el sistema público creado siguiendo criterios objetivos en cuanto a la carga de morbilidad y la costo-efectividad de los servicios. Sin embargo, no hay mecanismos sistemáticos para revisarlo, incluida la falta de un organismo o mecanismo para evaluar tecnologías de salud.

25. Este subsistema también enfrenta potenciales ineficiencias como consecuencia de un espacio muy limitado para compras estratégicas de servicios de salud en el sector público. Con los años, y con el apoyo del Plan Nacer/Programa Sumar, el sector público provincial comenzó a desarrollar la función de compra. Sin embargo, esta experiencia es parcial y no ha sido institucionalizada; sólo se aplica a los servicios prestados por este programa.

26. A pesar de los intentos por cambiar los mecanismos de pagos a los proveedores, estos reciben sus pagos principalmente a través de líneas presupuestarias basadas en insumos y tienen una autonomía limitada para decidir cómo utilizar estos recursos. Los establecimientos de primer nivel de atención reciben recursos adicionales de los pagos por servicios facturados al Programa Sumar y sólo para esos recursos tienen flexibilidad en su uso. A nivel de los hospitales, los mecanismos de pago son mucho más complejos, Sumar representa una parte muy pequeña de los fondos de los hospitales, y en principio los hospitales también deben recibir fondos por los servicios prestados a los pacientes cubiertos por las OS y compañías de seguros. Sin embargo, sólo en algunas provincias los hospitales logran recuperar estos costos. Por lo tanto, la mayoría de los recursos que financian los hospitales proviene de recursos públicos que se les transfieren como parte de presupuestos históricos.

27. Por último, este subsector, en promedio, tiene el mismo nivel de recursos per cápita que tienen las OSN y las OSP; sin embargo, el nivel de cobertura de los servicios que presta este subsistema es mucho menor. Esto necesitaría un análisis más profundo, ya que en este momento no es posible saber si estos resultados diferentes sólo reflejan una mayor ineficiencia en el subsistema público no contributivo o si reflejan otras cuestiones. Como se mencionó previamente, no hay información sobre la magnitud de los subsidios cruzados en los subsistemas, o sobre la calidad o la eficiencia de los servicios prestados por cada subsistema.

atencion-a-vecinos-de-otros-distritos/.

28. **Desafíos en el subsistema contributivo de OS.** El sistema de seguridad social también está muy fragmentado. No obstante, existe un importante nivel de concentración de beneficiarios en pocas OS. Aproximadamente el 5 por ciento de las OSN cubre más del 50 por ciento de los beneficiarios. Del mismo modo, el 5 por ciento de todas las OSN concentran alrededor del 48 por ciento de todos los recursos gastados por este subsistema. Hay un nivel similar de concentración de beneficiarios entre las OSP; el IOMA, la OSP de la Provincia de Buenos Aires cubre cerca de 2 millones de personas, mientras que la OSP de Tierra del Fuego cubre menos de 50 mil. Por último, el PAMI es la OS que asegura el mayor número de beneficiarios. Geográficamente, hay grandes diferencias en el porcentaje de población cubierta por el sistema contributivo. Mientras que en Tierra del Fuego hay hasta tres cuartos de la población cubierta por los planes de seguridad social, en Chaco menos del 40% lo está.

29. Hay grandes diferencias en el acceso a los servicios prestados por las OS, que dependen del tipo de OS y de la zona de residencia del beneficiario. La cobertura de los servicios relacionados con las ENT prestados a la población cubierta por el subsistema de OS varía enormemente entre regiones. También hay desigualdades de los ingresos dentro de las OSN, ya que los beneficiarios de ingresos más altos pueden optar por planes que ofrecen mejores servicios o servicios prestados por diferentes redes y pueden llevarse todos los aportes con ellos.

30. Existen grandes diferencias en los recursos y el gasto per cápita entre las OS. El mayor ingreso per cápita es el del PAMI. Sin embargo, las mayores disparidades en los ingresos están presentes en las OSN. Según Van der Koy et al. (2016), sólo el 67 por ciento de las OSN tienen ingresos per cápita iguales o superiores al costo del PMO.

31. La información financiera de las OSN muestra una situación financiera sólida de todo el subsistema. Esta situación financiera aparentemente buena no elimina la posibilidad de una OSN con dificultades financieras, ya que podría no tener la escala o los recursos necesarios para hacerse cargo de todos los pasivos.

32. La situación financiera de las OSP y el PAMI es diferente de la de las OSN. Esto, en parte, refleja las diferentes características de los beneficiarios de las dos primeras. Las OSP a menudo incluyen a los jubilados y pensionados de los fondos de pensiones provinciales en las provincias donde esos fondos no fueron transferidos al gobierno federal. La situación financiera del PAMI recientemente se ha visto afectada por la inclusión de nuevos beneficiarios que perciben el haber jubilatorio mínimo, por lo que su ingreso medio per cápita disminuyó.

33. Las presiones del gasto que el PAMI enfrenta probablemente aumentarán a lo largo de los años. El patrón de gastos en salud entre los adultos mayores en EE. UU.[15], por ejemplo, sugiere que es probable que aumente esta presión en los gastos. Hay varias causas detrás de este gasto relativamente grande per cápita en el PAMI y su situación financiera actual: i) Esta OS concentra a la población con mayor riesgo para la salud; ii)

[15] http://content.healthaffairs.org/content/33/5/815/T2.expansion.html

no tiene la posibilidad de generar incentivos para la prevención y el control de enfermedades crónicas antes de que los adultos mayores se conviertan en beneficiarios; iii) la cantidad de afiliados del PAMI aumentó rápidamente en los últimos años con nuevos beneficiarios que perciben el haber jubilatorio mínimo, por lo que su ingreso medio per cápita disminuyó; y iv) hay varias ineficiencias en la organización y el funcionamiento de esta OS, incluida la gran dependencia de los productos farmacéuticos de marca. Todos estos factores agregan riesgos importantes a la sostenibilidad financiera de esta OSN.

34. A diferencia de las OSN, las OSP y el PAMI pueden beneficiarse de las transferencias de los tesoros nacional o provinciales, que alivian su presión financiera pero que potencialmente generan subsidios regresivos de la población sin cobertura de OS para sus beneficiarios. Estas presiones financieras también podrían generar un tipo diferente de subsidios cruzados porque las OSP pueden tener deudas con los hospitales públicos como lo hacen las OSN. Cuando enfrentan situaciones financieras difíciles, las OSP también pueden ajustar la calidad y la cantidad de servicios prestados, ya que no están obligadas a proporcionar el PMO. En el caso del PAMI, para el año 2017, según el mensaje para el Presupuesto de la Administración Pública, para ese año hay una transferencia de la tesorería al PAMI de aproximadamente 0,38 por ciento del PBI. Esta transferencia es probable que esté financiando una brecha de recursos generada por un desequilibrio estructural general entre ingresos y gastos que requerirán un análisis más profundo.

35. A diferencia del sector público, el subsistema de OSN tiene un importante mecanismo de redistribución, el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Sin embargo, este mecanismo sólo garantiza que todas las OSN puedan tener acceso a un nivel mínimo de recursos por beneficiario y, por lo tanto, no elimina las desigualdades del sistema. Este fondo se compone de varios subfondos que se han creado a través de los años. Varios estudios han analizado el impacto distributivo del FSR en diferentes momentos y con diferentes marcos regulatorios. Estos estudios han concluido que el impacto de la redistribución del fondo ha mejorado con el tiempo, pero sigue siendo relativamente pequeño.

Conclusiones y Recomendaciones de Políticas

36. Muchos de los desafíos en el sector salud en la Argentina son consecuencia de su estructura organizativa, caracterizada por una gran segmentación de la población y de fondos mancomunados de acuerdo a la situación laboral y a la ubicación geográfica de la población. Sin embargo, es poco probable que esta estructura desaparezca en un futuro inmediato por las siguientes dos razones: i) la Argentina tiene una estructura de gobierno federal, en la cual las provincias tienen plena responsabilidad por la prestación de servicios de salud; y ii) la fragmentación ligada a la segmentación de la población según su situación laboral es sostenida por una compleja economía política del sistema de obras sociales nacionales.

37. Aunque los países varían significativamente en la organización y el funcionamiento de sus sistemas de salud, existen ciertas características que son comunes entre los países que han progresado en gran medida hacia la CUS. Estas características son:[16] i) dependencia predominante de fuentes de ingresos obligatorias; ii) reducción de la fragmentación en la mancomunación de riesgos; y iii) aumento de la medida en la que se compran los servicios sobre la base de la información sobre las necesidades de salud de la población y el desempeño de los proveedores.

38. El sistema de salud argentino ya se basa predominantemente en fuentes de ingresos obligatorias, tanto de los impuestos generales como de los aportes laborales a las obras sociales. El país también ha visto algunos avances en la compra de servicios sobre la base de la información relativa a las necesidades de la población y al desempeño de los proveedores, tanto en el sistema no contributivo, a través del Programa Sumar, como en el contributivo.

39. No obstante, la fragmentación del sistema de salud se ha mantenido sin cambios a lo largo de los años. En este contexto, los esfuerzos previos hacia la CUS en el país, así como en otros países de América latina con desafíos similares, tuvieron como objetivo reducir las diferencias en la cobertura efectiva y la protección financiera entre los sistemas contributivos y no contributivos.[17] En este sentido, la Argentina ha diseñado e implementado varios programas dentro del sistema público no contributivo a fin de mejorar su desempeño y disminuir las brechas existentes con el sistema contributivo. Programas como el Incluir Salud, Plan Nacer/Programa Sumar, Remediar-CUS-Medicamentos, y Proteger son algunos ejemplos de ello. Aunque estos programas no disminuyen la fragmentación del sistema, al mejorar el desempeño del sector público provincial y al reducir las brechas existentes, podrían facilitar una posible integración entre subsistemas una vez que esto sea políticamente viable.

40. A pesar de los avances logrados hasta el momento, las diferencias entre los subsistemas siguen siendo significativas, mientras que el espacio para la integración real, es limitado. Por lo tanto, es muy probable que los nuevos avances hacia una cobertura efectiva universal de salud en la Argentina requieran: i) más esfuerzos hacia la integración funcional de sus subsistemas. Esto probablemente no sólo allane el camino para una futura integración, sino también reduzca algunas de las ineficiencias y desigualdades actuales en el sistema; ii) nuevos avances hacia la compra estratégica de servicios; y iii) mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios, en particular los que se prestan en el sistema no contributivo. Estos temas se explican más detalladamente a continuación.

41. Los avances hacia la *integración funcional* requerirían esfuerzos para fortalecer la eficacia de los instrumentos, mecanismos e instituciones existentes (o crear nuevos) para mejorar la coordinación de políticas y los mecanismos de armonización y redistribución entre subsistemas, para así contrarrestar los desafíos de la profunda naturaleza federal y descentralizada del país. A continuación, se analizan algunos de estos mecanismos, instrumentos e instituciones.

[16] Kutzin, 2012.
[17] Cotlear, et al. 2015.

42. **Mejora de la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación.** Dada la estructura federal del país y la escasa proporción de recursos para la salud administrados por el MSN, su papel en la mejora de la coordinación y armonización del sistema en su totalidad depende en gran medida de su capacidad para regular diferentes aspectos del sector, como: i) sistemas de información, incluida la presentación de informes y el uso de estándares y normas comunes y su interoperabilidad; ii) normas de calidad, lineamientos y protocolos; iii) el desarrollo de redes integradas para servicios de alta complejidad que van más allá del nivel provincial; y iv) la asignación efectiva de recursos nacionales. De ahí, la importancia de seguir fortaleciendo la capacidad institucional del MSN para lograrlo.

43. Una de las principales áreas de regulación para asegurar una mejor coordinación y armonización del sector es la de sistemas de información. Por el momento, hay importantes brechas de información relacionadas a los gastos de salud, la cobertura de los servicios de básicos salud,[18] y la calidad y la eficiencia de la atención prestada; también hay brechas en la información de algunos subsistemas, como la relacionada a la atención prestada y a los resultados de esta atención en el caso de proveedores privados.

44. **También sería importante seguir desarrollando la estrategia del gobierno federal denominada igualmente Cobertura Universal de Salud en un Plan de Salud con objetivos, actividades y metas**. Este plan podría servir como punto de partida para un debate nacional que podría finalmente sentar las bases para una Ley Nacional de Salud. Una ley que podría aclarar, entre otras cosas, la división de responsabilidades entre los gobiernos nacional y provinciales, entre organismos del gobierno federal (p. ej. el MSN, los SSS y el PAMI), y entre diferentes organismos y mecanismos de coordinación (por ejemplo, COFESA, COSSPRA, SSS, etc.); esto incluiría una aclaración sobre cuál organismo/instancia está a cargo de supervisar todo el sector de salud, una responsabilidad que sigue estando fragmentada y es poco clara.

45. El MSN también tiene la responsabilidad de asegurar el funcionamiento de un sistema nacional integrado de salud pública, que incluya la vigilancia de enfermedades y factores de riesgo a nivel nacional. Su capacidad no sólo para regular sino también para brindar apoyo a las provincias en este sentido sigue siendo relevante. Esta capacidad, así como la necesaria para asegurar la preparación para pandemias y para hacer frente a contingencias de urgencias y desastres, necesita ser fortalecida.

46. Fortalecer **las instancias de coordinación existentes o generar otras nuevas.** COFESA es uno de los posibles mecanismos para la coordinación entre el gobierno

[18] Actualmente la única información disponible sobre cobertura de servicios preventivos proviene del Plan Nacer/Programa Sumar y de los programas verticales como VIH/SIDA, TBC, etc. Estos datos tienden a ser confiables porque son auditados. Sin embargo, hay problemas en la notificación de esta información en algunas provincias, en particular en aquellas que tienen problemas para facturar los servicios prestados en el marco del programa SUMAR. Este es particularmente el caso de la CABA, Buenos Aires y otras provincias. La información sobre ciertos servicios relacionados con las ENT está disponible en encuestas de factores de riesgo que se llevan a cabo cada cuatro años y en programas de entrega de medicamentos. La información sobre la cobertura de servicios para la población cubierta por las OSN, OSP, PAMI y los subsistemas privados no está disponible públicamente. Por último, la última información disponible sobre la utilización total de atención de salud proviene de la última encuesta de gastos y utilización de la salud de los hogares, la última se llevó a cabo en 2010.

federal y los provinciales. Sin embargo, con algunas excepciones,[19] no ha funcionado como un órgano con capacidad decisoria y no incluye a todas las partes interesadas pertinentes. Reformar el COFESA (o generar una nueva instancia) para incluir a otras partes interesadas y convertirlo en un órgano con capacidad decisoria podría apoyar una mejor coordinación del sistema. Una opción para fortalecer la capacidad del COFESA podría ser la creación de una Secretaría permanente para que no funcione de manera ad hoc. Esta Secretaría podría generar los insumos necesarios para que los miembros tomen acciones/decisiones sobre políticas.

47. **Instrumentos para armonización y coordinación.** Algunos de los principales instrumentos para armonización y coordinación ya se mencionaron cuando se enumeraron las actividades que requerirían la regulación del Ministerio de Salud de la Nación. Uno de los mecanismos más importantes es el de intercambio de información para una mejor planificación y toma de decisiones en todos los niveles del sector de salud.

48. Desde 2008, se han realizado importantes esfuerzos para integrar datos y ponerlos a disposición de todos los actores del sistema de salud y de la población dentro del Ministerio de Salud de la Nación a través de la creación del SIISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria de Argentina). Sin embargo, su potencial uso para la coordinación, planificación y toma de decisiones es aún limitado por: (i) dificultades de acuerdos sobre estándares comunes; (ii) preexistencia de múltiples sistemas provinciales que no se comunican fácilmente entre sí; (iii) la madurez e integralidad de datos y (iv) hábito de su uso para la planificación o la toma de decisiones.

49. No obstante, la información que actualmente se recopila en el SIISA podría utilizarse como aporte para el desarrollo de un Observatorio de Salud que podría ser utilizado por todos los subsistemas. Este observatorio podría recopilar y comparar los datos necesarios para la coordinación, planificación y toma de decisiones de políticas para todo el sistema de salud o al menos para el subsistema público provincial. La información recopilada y compartida debería incluir indicadores que midan no sólo los insumos y la cobertura de servicios, sino también la calidad de esos servicios y, si es posible, la eficiencia de los mismos. Este observatorio debiera funcionar independientemente de cada pieza individual del sistema. Una opción sería crearlo dentro del COFESA; una segunda opción sería crear una instancia separada como es el caso del Instituto Canadiense de Información sobre Salud, el cual es una organización sin fines de lucro, con representación de todas las provincias y territorios, así como del gobierno federal en el directorio. Este organismo proporciona datos e información comparables sobre atención de salud y desempeño del sistema de salud.

50. El PAMI podría potencialmente servir como instrumento para difundir y hacer cumplir normas de calidad armonizadas. La generación y aplicación de normas de calidad sanitaria para todo el sector y no sólo para el subsistema público provincial también es un instrumento importante para la armonización. Dado que la generación y aplicación de estas normas sería compleja y requeriría tiempo, una forma de iniciar y generar

[19] Funcionó como órgano con capacidad de toma de decisiones en los años 2002-2007.

incentivos para su aplicación sería asegurar que todos los servicios financiados por el PAMI siguieran estas normas. El PAMI es la mayor aseguradora en el país, no enfrenta la misma economía política compleja de las OSN, aumentando así la factibilidad de dicha política, y contrata la prestación de servicios tanto con proveedores públicos como privados en todo el territorio.

51. Un mecanismo nacional para evaluar la costo-efectividad el costo-rendimiento de las nuevas tecnologías mejoraría la eficiencia de las asignaciones en todo el sector. Actualmente se está analizando la posibilidad de desarrollar una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud.

52. Vinculado al punto anterior, para mejorar la equidad y la eficiencia sería importante contar con un mecanismo transparente para revisar la lista de servicios incluidos en el PMO y en el plan de servicios explícito que se suministra a las personas cubiertas exclusivamente por el sistema público provincial. Este mecanismo nacional podría proveer los elementos para progresivamente asegurar la armonización en los servicios que se presta a la población. Sin embargo, la armonización tendría que ser lo suficientemente flexible como para comprender algunos ajustes a las necesidades epidemiológicas locales. En el proceso de priorización para revisar estas capacidades, este mecanismo debería tener en cuenta la factibilidad de prestar estos servicios, su costo-rendimiento y las preferencias sociales.

53. **Fortalecimiento de los mecanismos redistributivos existentes y mecanismos para reducir la fragmentación de los grupos de riesgos.** La mayoría de los mecanismos redistributivos con los que cuenta el gobierno federal son los programas nacionales que financian las actividades a nivel provincial. Con recursos limitados, estos mecanismos (por ejemplo, Plan Nacer/Sumar, Remediar-CUS-Medicamentos y otros) han contribuido a la provisión de un plan de servicios estandarizado bajo normas básicas de calidad para la población cubierta por todos los sistemas provinciales no contributivos. Sin embargo, dado el tamaño relativamente pequeño del presupuesto del MSN, su capacidad para redistribuir recursos para la salud sigue siendo limitada.

54. Un área en la que sería importante asegurar un mayor número de recursos para lograr una mejor redistribución de los riesgos, es el del tratamiento de las enfermedades de baja incidencia y alto costo. Actualmente hay dos programas en el sector público no contributivo que hacen esto. Uno es el programa nacional Incluir Salud (ex-PROFE), que también financia otros servicios como los servicios de rehabilitación para personas discapacitadas y servicios generales para ciertos grupos de poblaciones vulnerables; el otro es el fondo catastrófico que se desarrolló bajo el Plan Nacer/Programa Sumar. Sólo en el segundo caso existe la intención de que todas las provincias aporten a un fondo único para financiar este tipo de gastos en todo el país. Los recursos que las provincias aportan actualmente son recursos que provienen del Programa Sumar y no de su presupuesto actual. Sin embargo, establece un precedente para la creación de dicho fondo en el sector público provincial o nacional.

55. También sería necesario avanzar hacia la armonización de los mecanismos utilizados por estos diferentes sistemas y finalmente hacia la convergencia en los servicios que cubren;

de hecho, en promedio, el gasto público per cápita ha tendido a converger en todos los subsistemas. Actualmente los planes de servicios incluidos tanto en Incluir Salud como en el fondo para servicios de alta complejidad de Sumar son muy limitados, pero a medida que los recursos tanto de la nación como de cada provincia estén disponibles, estos paquetes podrían ser revisados y aumentados para reducir la brecha con los servicios incluidos en el SUR (Sistema Único de Reintegro), un fondo catastrófico similar que reembolsa estos servicios a las OSN. Además, sería importante armonizar las normas que rigen ambos mecanismos existentes en el sector no contributivo y finalmente integrarlos. Incluir Salud no ha funcionado hasta ahora como un seguro, transfiere parte de los recursos a las provincias para la atención general de los beneficiarios del programa pero sin generar incentivos para una mejor prestación como en el caso de Sumar. A corto plazo, podría no ser posible integrar plenamente ambos mecanismos, pero al menos sería importante comenzar a armonizar su funcionamiento.

56. **Reducir la fragmentación en los fondos mancomunados en las provincias con servicios descentralizados a nivel municipal.** Algunas provincias han descentralizado la prestación de los servicios de salud a nivel municipal; sin embargo, como en el caso federal, existen muy pocos mecanismos de coordinación y redistribución, especialmente en el caso de la Provincia de Buenos Aires, lo que genera nuevos desafíos a los observados en otras provincias. En este caso particular, existe actualmente espacio para el diálogo sobre una posible integración real del financiamiento a la salud. Se pueden prever diferentes opciones teniendo en cuenta este objetivo, Se podría cambiar la fórmula de distribución de la transferencia de recursos de la provincia a los municipios y así aumentar la equidad y la eficiencia (ya que actualmente la fórmula beneficia a los municipios con menor porcentaje de pobres y a las personas con cobertura exclusiva del subsistema público), se podría crear un seguro provincial con un fondo de recursos único que sería financiado tanto por la provincia como por los municipios, y se podría igualmente generar un fondo de redistribución como el actualmente utilizado por las OSN.

57. **Mejorar la cobertura efectiva de los servicios esenciales para la población más vulnerable en las zonas más pobres, a la vez que se promueven reformas** estructurales **en el subsistema público provincial.** Desde el final de la crisis socioeconómica de 2001/2002 hubo una importante mejora en los resultados de la atención materno-infantil y en el acceso a servicios en todo el país y particularmente en las provincias más pobres del norte.

58. A pesar de estos importantes logros, todavía hay brechas en la cobertura efectiva de los servicios. Actualmente estas brechas se concentran principalmente en la cobertura efectiva de servicios esenciales para la prevención temprana y el control de las ENT, donde las zonas más pobres tienen la cobertura más baja. Además, algunas de las reformas producidas con el apoyo de los programas financiados por el Banco Mundial para aumentar la cobertura y la calidad de los servicios, continúan limitadas a estos programas y no se extienden a la totalidad de los subsistemas sanitarios provinciales.

59. En este contexto, mejorar la cobertura y la calidad de los servicios y mejorar la eficiencia de la prestación requerirá el apoyo continuo para cerrar definitivamente la brecha de cobertura que afecta a la población pobre en las zonas más pobres, con un enfoque en

la prevención y el control de las ENT mientras continúa el apoyo brindado a la atención materno-infantil. También requeriría la ampliación de las reformas logradas al resto del subsistema público provincial. Específicamente, esto requeriría:

i. La financiación en base a resultados de la prestación servicios básicos para cerrar las brechas existentes, con un esquema de financiación decreciente, un apoyo que podría ser desarrollado dentro del actual programa Sumar, el que a su vez podría ser reformado y reforzado;
ii. Asegurar la asignación y empadronamiento de la población a centros de atención primaria de salud (APS), lo cual sería necesario para mejorar la trazabilidad y la eficacia de la atención prestada, particularmente para pacientes con enfermedades crónicas;
iii. Fortalecer la capacidad del sector público provincial de salud para prestar servicios de calidad a la población sin cobertura de seguro social, con un esfuerzo enfocado en mejorar la cobertura efectiva de los servicios destinados a la prevención y el control de las ENT, continuando las mejoras logradas en la atención materno-infantil. Esto incluiría la capacidad de medir y supervisar continuamente la calidad de los servicios prestados;
iv. Revisar el plan de servicios proporcionados a través del programa Sumar para asegurar la eficiencia de la asignación de recursos adicionales para aumentar la trazabilidad de acceso a la cobertura de los servicios;
v. Ampliar el uso de los sistemas de registro de información prestacional de Sumar a todas las prestaciones provinciales;
vi. Apoyar la integración de los mecanismos de compra en el sector público provincial y su integración funcional con otros subsistemas (por ejemplo, el uso de normas similares para la prestación de servicios, recopilación de datos, etc.).

60. **Reducir los subsidios cruzados regresivos entre los subsistemas públicos provinciales y las OS.** Muchos beneficiarios de las OS reciben servicios de hospitales o CAPS públicos, servicios que a menudo no se cobran a las respectivas OS. Pero incluso cuando hay recuperación de costos aún existen subsidios cruzados, ya que la lista de aranceles no se actualiza con frecuencia y por lo tanto las tarifas a menudo no cubren el costo total de la prestación. Gracias al desarrollo de un registro único de beneficiarios, actualmente es posible identificar la situación de aseguramiento del paciente. Además, la capacidad de facturación de los proveedores también ha aumentado gracias al Plan Nacer/Programa Sumar. Sin embargo, la recuperación de los costos a las OSN y OSP en la mayoría de las provincias sigue siendo relativamente pequeña. Cambiarlo requeriría armonizar los procesos de facturación, así como las normas únicas para el registro de datos, de otro modo los costos transaccionales de los hospitales públicos y de los CAPS son muy elevados dada la gran cantidad de OS en el país.

61. Pero la limitada recuperación de costos en los hospitales públicos y en los CAPS no es la única causa de los subsidios cruzados entre los dos subsistemas. El PAMI y varias OSP son esporádicamente deficitarias, y a menudo estos déficits se financian mediante transferencias del Tesoro Nacional o los tesoros provinciales, respectivamente. Es muy probable que se deban producir cambios estructurales en algunas OSP, pero estas

reformas podrían no llevarse a cabo si el tesoro continúa rescatándolos, con el riesgo que, al mismo tiempo, reduzca los recursos disponibles para las personas con cobertura de salud pública exclusiva.

62. Mejora **de la equidad y la eficiencia en el sistema de OS.** Las conclusiones y las recomendaciones de políticas presentadas en este informe se centran en las actividades necesarias para mejorar los resultados de salud de la población en situación de pobreza en las zonas de más bajo ingreso y por lo tanto se centran en mejorar el desempeño del subsistema provincial no contributivo. Sin embargo, hay algunos aspectos del desempeño del sistema de OS que afectan los servicios que se presta a la población vulnerable, porque dan lugar a subsidios cruzados del tesoro o porque afectan el desempeño en las OS que aseguran a los hogares de bajos ingresos. Por tanto, las opciones de políticas enumeradas a continuación no pretenden ser exhaustivas de todos los problemas de desempeño identificados en el diagnóstico.

63. Mejora de la eficiencia y la eficacia del PAMI. Los gastos del PAMI han ido aumentando rápidamente en los últimos años y actualmente es la aseguradora con mayor gasto per cápita en todo el sector salud. Al mismo tiempo, hay información limitada que indica ineficiencias en el desempeño del sistema, que si disminuyen podría generar ahorros. También sería importante evaluar si existe un desequilibrio estructural entre los ingresos y los gastos que necesitarían una reforma más profunda.

64. Mejora de la eficiencia y la eficacia de las OSP. Muchas OSP, incluidas las más grandes, IOMA en la PBA, IAPOS en Santa Fe, y otras, son deficitarias y algunos de estos déficits son financiados con transferencias de los tesoros provinciales. Serían necesarias evaluaciones detalladas para determinar si estos déficits se deben a una administración ineficiente o a desequilibrios estructurales entre los ingresos que reciben de los aportes y los beneficios que están obligadas a brindar.

65. Evaluación de si es posible integrar las OSP con los subsistemas públicos no contributivos provinciales. Como se comentó arriba, el gasto per cápita de las OSP es similar al del sistema no contributivo. Del mismo modo, gran parte de sus ingresos proviene de las contribuciones del empleador que el tesoro provincial provee para los empleados públicos beneficiarios. En este contexto, sería importante evaluar las medidas para una futura integración de estos dos subsistemas, comenzando por la armonización de los estándares de servicio, los sistemas de información, etc.

66. También debe darse prioridad a la reforma del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) debido a su impacto sobre la equidad dentro del sistema de las OS. El FSR fue creado para asegurar que todas las OSN tuvieran una cantidad mínima de fondos por beneficiario que les permitiera proveer el plan de beneficios que todas las OSN deben entregar por ley. Esto no elimina las desigualdades entre las OSN; es probable que las OSN que aseguran a los beneficiarios de ingresos más bajos tengan, en promedio, menos recursos en total y en muchos casos menos recursos per cápita que los necesarios para financiar el paquete básico de servicios que las OSN deben proveer a sus beneficiarios.

Introducción

1. Este trabajo fue encargado originalmente para servir como aporte para la preparación de la Estrategia de la Práctica Global de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial en apoyo del sector de salud de la Argentina. Su propósito es contribuir al debate del país acerca de las opciones para avanzar hacia una de las metas del Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado a la salud y el bienestar: la Cobertura Universal de Salud (CUS).

2. Los objetivos específicos de este trabajo son identificar los principales desafíos y oportunidades del sistema de salud de la Argentina y brindar opciones políticas para disminuir estos desafíos y avanzar hacia la CUS. El trabajo se centra en opciones para mejorar la cobertura efectiva y la protección financiera de la población bajo el nivel de pobreza.

3. La CUS es un proceso constante y dinámico para aumentar la cobertura efectiva de los servicios de salud, a la vez que proporciona protección financiera para todos en caso de enfermedad.[20] Según la definición de la OMS y el Banco Mundial, es un proceso para lograr una situación en la que todos -independientemente de su capacidad de pago- obtienen los servicios de salud que necesitan de manera oportuna sin sufrir ninguna dificultad financiera indebida como resultado de recibir dicha atención.[21] La CUS tiene tres dimensiones diferentes: población, servicios de salud y financiamiento. La segunda dimensión incluye no sólo la cobertura de los servicios esenciales, sino también su cobertura efectiva; en otras palabras, asegurar que estos servicios produzcan los resultados deseados. De ahí la importancia de prestar servicios de calidad en forma oportuna a la población que los necesita. La tercera dimensión, la del financiamiento, tiene por objeto proteger a la población contra el empobrecimiento provocado por los gastos de salud. Por último, un importante aspecto transversal del avance hacia la CUS es el de la equidad en la cobertura efectiva de los servicios y en la protección financiera.

4. La Argentina, así como un número significativo de otros países, están adoptando el objetivo de la CUS como lo que deben ofrecer a sus ciudadanos.[22] El nuevo gobierno que asumió sus funciones en el mes de diciembre de 2015 declaró a la CUS el objetivo estratégico principal del sector de salud. En el mes de agosto de 2016, el gobierno emitió un decreto nacional de necesidad y urgencia (Nro. 908/2016) que lanzó una estrategia de CUS que presta especial atención a la equidad y la solidaridad. La estrategia tiene como objetivo aumentar el acceso a los servicios de salud priorizados para la población más vulnerable, aquellos cubiertos exclusivamente por el sector público no contributivo.

5. La Argentina ha avanzado significativamente en su camino hacia la CUS. En realidad, el derecho universal a la salud está arraigado en su Constitución. Después de la crisis económica de los años 2001/2002 el país centró sus esfuerzos en mejorar el acceso a

[20] Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. 2015.
[21] Wagstaff et al. (2015); Boerma et al (2014a); y Boerma et al (2014b).
[22] 19 Ídem.

los servicios de salud para la población pobre y vulnerable, a la vez que mejoraba su protección. Lo hizo a través de programas federales, en particular el Plan Nacer y Remediar, dirigidos a la población con acceso exclusivo al subsistema de salud no contributivo provincial. El Plan Nacer transfería recursos financieros a las provincias para asegurar el acceso gratuito a un plan explícito de servicios preventivos materno-infantiles altamente costo-efectivos, mientras que Remediar aseguraba el acceso a los medicamentos esenciales a nivel del primer nivel de atención y fortalecía la estrategia de atención primaria de salud. Gracias a estos esfuerzos, el país avanzó significativamente en su búsqueda de mejorar los resultados de salud, acceso a los servicios materno-infantiles y a la protección financiera en caso de enfermedad, mientras que disminuye las desigualdades existentes entre los grupos de la población.

6. Sin embargo, el avance de la Argentina hacia la CUS en términos de acceso a los servicios no se compara bien en todas las dimensiones con otros países con ingresos similares o incluso con ingresos per cápita más bajos. Sin embargo, el desempeño del país en términos de protección financiera de la población es similar o mejor que el de los países comparables de América latina (Cuadro 1).

Cuadro 1. Avance de la Argentina hacia la Cobertura Universal de Salud

Para medir el avance hacia la CUS, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial desarrollaron conjuntamente un marco de monitoreo que se concentra en indicadores y objetivos para la cobertura de servicios -que incluye promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación- y la protección financiera para todos. Este marco ayuda a proveer una evaluación de cómo se compara la Argentina con países de similares ingresos per cápita en su camino hacia la CUS.
Como se ve en la tabla, la Argentina tiene un buen desempeño en general; sin embargo, su desempeño es más débil que el de los países comparables de ingresos medio-altos en América latina como Chile, Uruguay y Costa Rica. En algunos indicadores el país también presenta valores inferiores que otros países federales con menores ingresos per cápita como Brasil y México.

Tabla 1 - Cobertura de Servicios - Monitoreo de los Avances de la CUS

	Argentina	**Chile**	**Costa Rica**	**Uruguay**	**Brasil**	**México**
Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil						
Cobertura de planificación familiar con métodos modernos	83,9	81,1	90	87,2	86,8	83,1
Atención prenatal Cobertura (4+)	89,8	Na	90,2	96,1	90	91
Difteria, tétanos y tos ferina (DPT3) Cobertura de vacunación en niños de 1 año	94	96	92	95	96	87
Partos asistidos por personal de la salud calificado	97,4	99,83	98,4	98,2	98	96
Tratamiento de VIH	63	87	56	59	55	59
Detección y tratamiento de tuberculosis	45,2	50,5	71,2	65,3	61,8	64,8

Acceso a higiene mejorada	96,4	99,1	94,5	96,4	82,8	85,2
Acceso a fuentes de agua mejorada	99,1	99	97,8	99,7	98	96
ENT						
Tensión arterial no elevada (Población mayor de 18 años)	77.4	79.1	81.3	79.2	76.7	80.2
Media de glucosa plasmática en ayunas	5.6	5.5	5.5	5.5	5.5	5.9
Prevalencia de no tabaquismo (Población mayor de 15 años)	76.1	62	86.6	76.9	84.7	86.3
PBI per cápita, PPA ($ a precios internacionales actuales)	19,881	22,129	15,028	20,886	16,045	17,205

Fuente: OMS - Monitoreo de la CUS - Perfiles de países. 2015 o últimos datos disponibles. Los datos sobre el PBI per cápita son de los IDM.

Wagstaff et al. (2015) propusieron una metodología para construir un índice de la CUS para 24 países para medir el progreso hacia la CUS que considera las dos dimensiones siguientes: cobertura de servicios (prevención y tratamiento) y protección financiera (gastos de empobrecimiento y catastróficos). Todos los indicadores se basan en puntuaciones que van de 0 a 100; las puntuaciones más altas indican un mejor desempeño. Este análisis proporciona los únicos datos comparables sobre la protección financiera actualmente disponibles. Por lo tanto, nos concentraremos en esta información para evaluar la posición relativa de la Argentina con respecto a un conjunto limitado de países comparables: Chile, Brasil y Costa Rica.

Tabla 2 - Cobertura de Servicio y Protección Financiera - Monitoreo de los Avances de la CUS

	Argentina		**Brasil**		**Chile**		**Costa Rica**	
	2005	2008	1998	2006	2006	2009	2004	2010
Protección financiera								
Empobrecimiento	96,1	95,9	94,1	93,6	92	92	98,6	98,7
Gasto catastrófico	76,6	82,5	93,2	90,1	56,8	56,8	98,2	96,5

Fuente: Wagstaff et al (2015).

El gasto catastrófico (el complemento del índice) es definido como la proporción de la población que gasta menos del 25% de todos sus gastos en OOP y el empobrecimiento (el complemento del índice) como la proporción de la población no empujada a la pobreza, considerando una línea de pobreza internacional de USD 2.00 por día. Como se muestra en la Tabla 2, aunque el índice de empobrecimiento de la Argentina empeoró ligeramente entre 2005 y 2008, fue mucho mejor que el de Chile y Brasil. Con respecto al gasto catastrófico, la Argentina mejoró durante el mismo tiempo. Sin embargo, su desempeño estuvo muy por debajo del de Costa Rica y Brasil y por encima del de Chile.

Fuentes: OMS y Banco Mundial (2015); Wagstaff et al. (2015); Boerma et al (2014a); y Boerma et al (2014b).

7. En efecto, la Argentina aún enfrenta desafíos para asegurar una efectiva cobertura de los servicios, a la vez que brinda protección financiera para todos. Además, a pesar de los esfuerzos previos, las grandes desigualdades en los resultados de la salud el acceso a servicios de calidad y en la protección financiera se mantienen en todos los niveles de ingresos, áreas geográficas y situación laboral de la población.

8. En este contexto, este informe brinda un diagnóstico de los principales cuellos de botella para seguir avanzando hacia el logro de la CUS en la Argentina y ofrece opciones de políticas para superarlos. El documento ofrece una visión general de la situación macroeconómica y las tendencias de la pobreza de la Argentina. A continuación, se describen las tendencias y la distribución de los resultados de salud entre los grupos de la población, seguido de una descripción de la organización del sistema de salud, la financiación y las redes de distribución. La siguiente sección proporciona una evaluación de los principales desafíos en la organización y el funcionamiento de todo el sistema de salud, con un enfoque en la efectiva cobertura de los servicios y la protección financiera a través de la ubicación geográfica, niveles de ingresos y la situación del mercado de trabajo de la población. Esta primera parte del trabajo termina con una evaluación de los desafíos para la CUS que genera la organización y el funcionamiento del sector público contributivo, seguido por una evaluación similar del sistema de la seguridad social. La segunda y última parte del trabajo ofrece opciones de políticas para superar estos desafíos y seguir avanzando hacia la CUS.

Desafíos y Oportunidades en el Sector de la Salud Argentino

Contexto Económico

1. Una década de caída de las tendencias de la pobreza y la desigualdad, impulsada por el crecimiento económico, comenzó a desacelerarse en 2012 y finalmente se revirtió en los últimos cuatro años. Mientras que la tasa de pobreza (medida en $4 diarios) se redujo a más de la mitad entre 2006 y 2013 -de 24 a 10,8 por ciento-, para el segundo trimestre de 2016, el 13,2 por ciento de los argentinos era pobre (medido en $4 diarios). Del mismo modo, la pobreza extrema (medida en $2,5 diarios) había caído al 4,4 por ciento en 2013 pero luego alcanzó el 5,1 por ciento de la población total en 2016. La desigualdad de los ingresos, que había caído de 0,48 del coeficiente Gini a 0,42 en 2012, también aumentó y ahora se sitúa en el 0,43. Estas tendencias recientes son el resultado de una disminución en el ingreso real del cuarenta por ciento más bajo de la población. Por el contrario, los resultados del mercado laboral representaron aproximadamente el 71 por ciento de la caída en la pobreza en el período 2004-2012.[23]

2. Actualmente, la Argentina está en recesión y aunque las perspectivas para los próximos años parecen ser positivas, no se espera que el país experimente el mismo nivel de crecimiento de los ingresos del que se benefició después de la crisis de 2001/2. Las tasas de crecimiento del PBI después de la crisis promediaron un 6 por ciento anual entre 2003 y 2013, lo que permitió a la Argentina ampliar el gasto público social en apoyo de las estrategias para la reducción de la pobreza y la inclusión social. En el panorama actual de menor capacidad fiscal para aumentar -o incluso mantener- el gasto público, las futuras estrategias deberían centrarse en aumentar la eficacia de las políticas públicas para mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente de los más vulnerables.

La Pobreza en la Argentina

3. Según las estimaciones nacionales y utilizando el umbral nacional de pobreza, en el primer semestre de 2016 aproximadamente el 33 por ciento de la población se encontraba bajo el nivel de pobreza y el 6 por ciento bajo el nivel de pobreza extrema.[24] La mayoría de la población pobre en la Argentina vive en el Gran Buenos Aires, seguido por la región pampeana. En la primera región, la pobreza se concentra en zonas que rodean a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), en los municipios de la Provincia de Buenos Aires; estas zonas se conocen como conurbano bonaerense. La región pampeana incluye el resto de la provincia de Buenos Aires y las provincias de Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba, La Pampa y San Luis. Estas zonas incluyen los centros

[23] Banco Mundial. (2017). Performance and Learning Review of the Country Partnership Strategy for the Argentine Republic for the Period FY15-FY18.

[24] Tanto las estimaciones nacionales como las internacionales de la pobreza se basan en la misma encuesta de hogares (Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Sin embargo, las tasas internacionales de pobreza utilizan una versión armonizada de la encuesta para permitir la comparabilidad con otros países de América latina y el Caribe. Por lo tanto, tanto los umbrales (líneas de pobreza) como el total de ingresos familiares utilizados para calcular las tasas de pobreza difieren de las estimaciones nacionales.

urbanos más grandes fuera de la CABA. Por lo tanto, tienden a concentrar a los emigrantes rurales de las provincias más pobres.

4. Aunque en cifras absolutas la población pobre se concentra en el Gran Buenos Aires y la región pampeana, las tasas más altas de pobreza en el país se encuentran en las regiones del noreste (NEA) y el noroeste (NOA), que tienen el 40,1 por ciento y el 36 por ciento de su población viviendo bajo la línea de pobreza. En el caso de la pobreza extrema, la región nordeste es la que tiene la tasa más alta, 7.69 por ciento, seguida por la región pampeana con el 7,66 por ciento. Estas estimaciones de pobreza, basadas en la Encuesta Permanente de Hogares del primer semestre de 2016, sólo incluyen alrededor del 70 por ciento de la población argentina que vive en centros urbanos seleccionados. No incluyen a las personas que viven en zonas rurales (aproximadamente el 9 por ciento de la población según el último Censo) y los que viven en centros urbanos no incluidos en la encuesta. Las regiones más pobres tienden a tener un mayor porcentaje de población rural, alrededor del 20 por ciento en el NEA y el 19 por ciento en el NOA.

Figura 1: Distribución de los Pobres por Regiones.

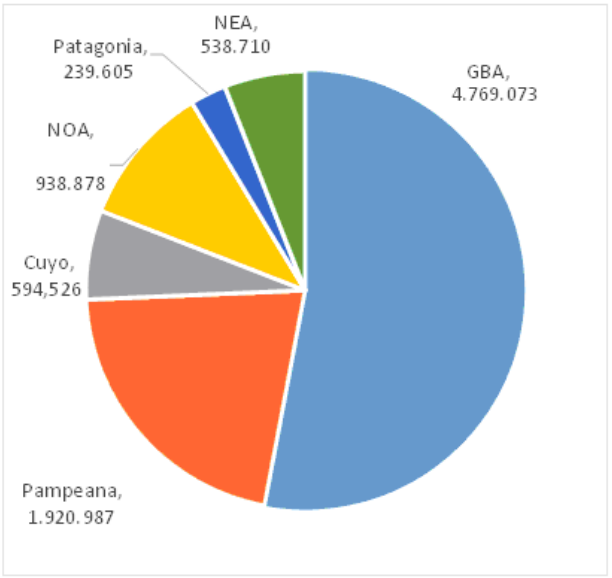
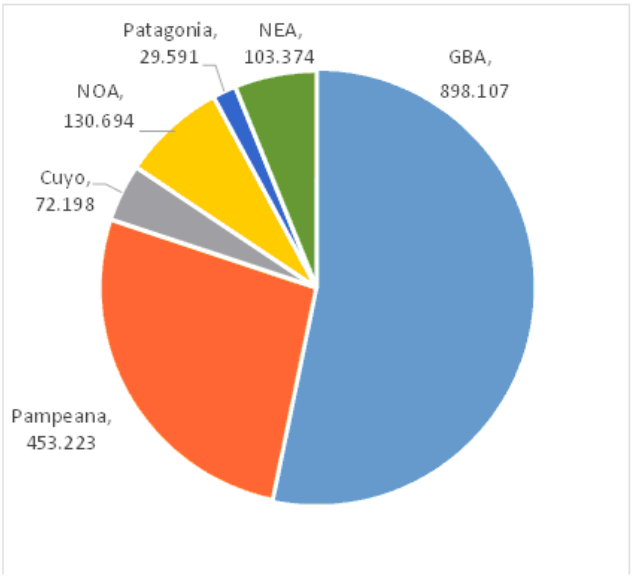


Figura 2: Distribución de los Pobres Extremos por Regiones.

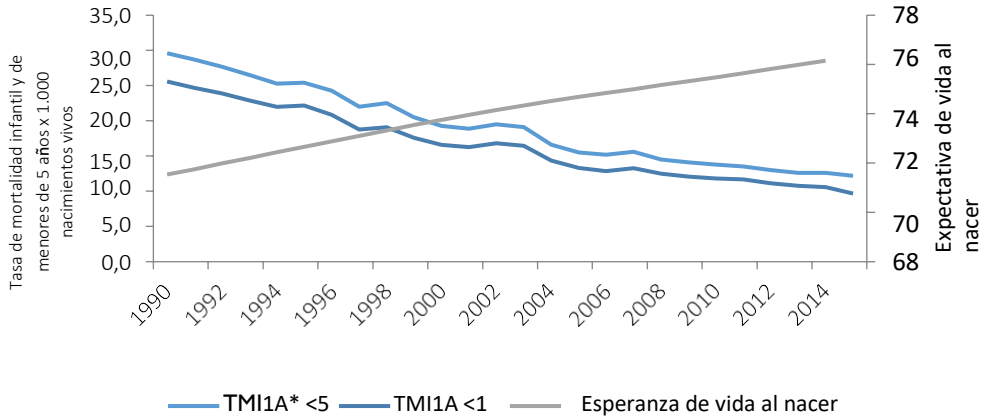


Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Encuesta Permanente de Hogares del primer semestre de 2016

Resultados de Salud

5. Los resultados de salud de la Argentina han mejorado significativamente desde la crisis económica de 2001/2. Tanto la tasa de mortalidad en menores de 1 año como la tasa de mortalidad infantil han disminuido y ha aumentado la esperanza de vida (Figura 3).

Figura 3: Tasa de Mortalidad Infantil (menores de 1 año) y Tasa de Mortalidad de Menores de 5 Años y Expectativa de Vida al Nacer



*TMI1A: Tasa mortalidad infantil (menores de 1 año) Fuente: DEIS e IDM

6. Sin embargo, algunos de estos resultados son más débiles que los de países de similares o incluso menores ingresos per cápita, como Bulgaria, Malasia y Rumania, en particular con respecto a la mortalidad materna y la tasa de mortalidad estandarizada por edad del cáncer de cuello de útero, que son buenos indicadores de la eficacia del sistema de salud (Tabla 1). La esperanza de vida al nacer es comparable con la de estos países, pero no se compara con otros países de Sudamérica con ingresos per cápita similares, como lo son Chile, Uruguay y Costa Rica. Estos resultados son también inferiores que el promedio en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), de la que la Argentina desea ser miembro pleno.

Tabla 1: Resultados de la Salud por Países Comparables en el Último Año

Indicadores	Argentina	Malasia	Rumania	Chile	Costa Rica	Uruguay	OCDE
PBI per cápita, PPA *($ internacional actual)*	**19.881**	25.766	20.389	22.129	15.028	20.886	40.589
Tasa de mortalidad, menores de 1 año *(por 1.000 recién nacidos vivos)*	**11,5**	6,2	10,1	7,2	8,6	9,1	5,8

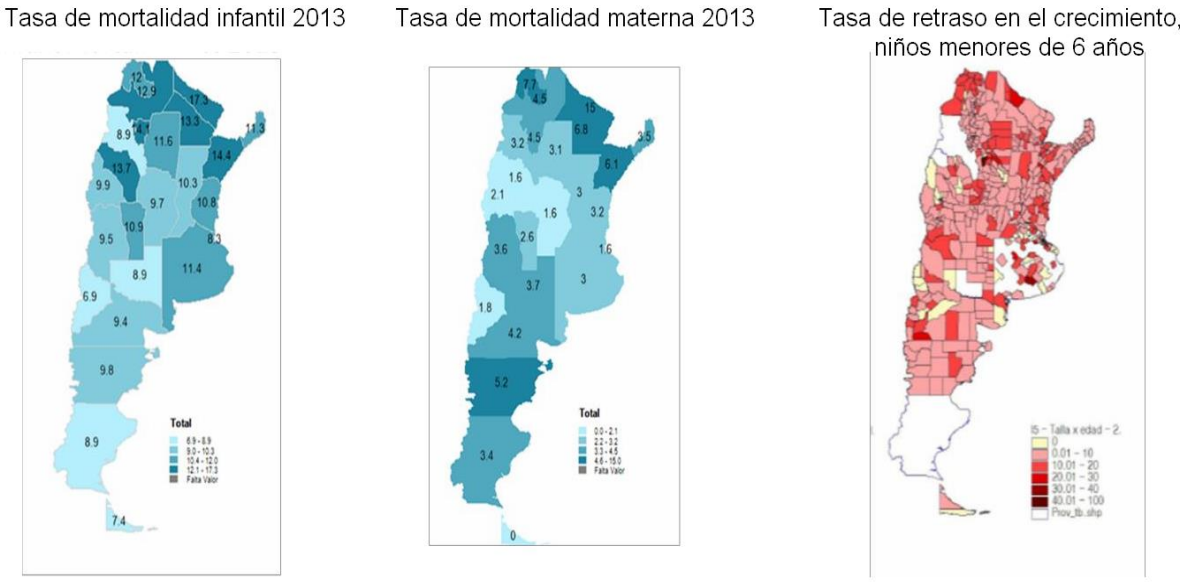
Indicadores	Argentina	Malasia	Rumania	Chile	Costa Rica	Uruguay	OCDE
Tasa de mortalidad, neonatal *(por 1.000 recién nacidos vivos)*	**6,5**	4	6,5	5,1	6,3	5,3	3,7
Tasa de mortalidad, menores de 5 años *(Por 1000 recién nacidos vivos)*	**12,9**	7,2	11,5	8,3	9,9	10,6	6,8

Indicadores	Argentina	Malasia	Rumania	Chile	Costa Rica	Uruguay	OCDE
Coeficiente de mortalidad materna *(modelación estimada, por 100.000 recién nacidos con vida)*	**54**	41	31	23	26	15	14
Esperanza de vida al nacer, total *(años)*	**76**	75	75	81	79	77	80
Población, total *(en millones)*	**43,0**	29,9	19,9	17,8	4,8	3,4	1.282
Población mayor de 65 años *(% del total de la población)*	**10,8**	5,7	16,9	10,7	8,6	14,3	16,2
Mortalidad estandarizada por edad del cáncer de cuello de útero	**6,6**	2,9	5,9	5,2	3,9	6,9	3,5

Fuente: Indicadores de desarrollo del Banco Mundial y Estudio sobre el estudio Carga Mundial de Morbilidad 2015 para la tasa de mortalidad estandarizada por edad del cáncer de cuello de útero para el año 2015.

7. Los resultados de salud en la Argentina difieren mucho entre provincias. Las provincias de las regiones del NEA y el NOA tienden a tener resultados de salud mucho más pobres. La Figura 4 muestra las tasas de mortalidad infantil y materna, así como las tasas de malnutrición de las provincias. Como puede verse en los mapas, las provincias del norte del país tienden a tener tasas considerablemente más altas que las del resto del país, en particular las provincias del NEA.

Figura 4: Tasa de Mortalidad Infantil, Tasa de Mortalidad Materna y Tasa de Retraso en el Crecimiento en las Provincias en 2013

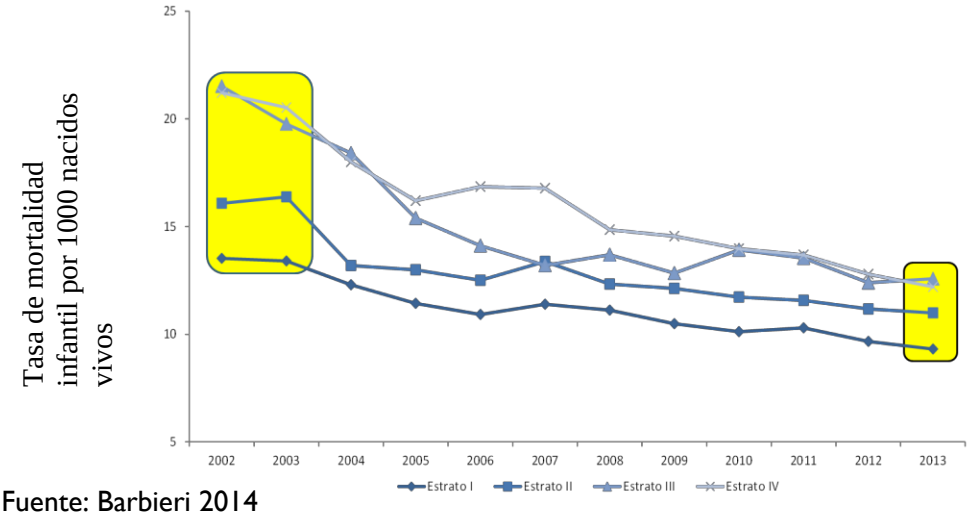


Fuente: MSN, DEIS y Programa Sumar, 2013

Nota: Mortalidad de menores de 1 año por 1.000 recién nacidos vivos, mortalidad materna por 100.000 recién nacidos vivos y porcentaje de niños menores de 6 años que tienen retraso en el crecimiento, aquellos cuya altura para la edad es de más de dos desviaciones estándar por debajo de la media de los Estándares de Crecimiento Infantil de la OMS.

8. También hay grandes diferencias de los resultados entre los diferentes niveles de ingresos. La población bajo el nivel de pobreza tiene resultados sanitarios considerablemente menores que la del resto de la población. Sin embargo, estas diferencias han ido disminuyendo con el tiempo. La Figura 5 muestra la tendencia de la mortalidad de los menores de 1 año desde la crisis hasta el 2013 en las provincias clasificadas por la pobreza estructural (medida como el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas). En promedio, la mortalidad de los menores de 1 año ha disminuido significativamente en el país, pero la tasa de disminución ha sido más rápida en las provincias más pobres, las que tienen el porcentaje más alto de la población con necesidades básicas insatisfechas, que corresponden a las provincias del NOA y el NEA. Por consiguiente, los ingresos y las desigualdades geográficas en la mortalidad infantil se han reducido significativamente con el tiempo.

Figura 5: Tasas de Mortalidad de Menores de 1 Año a Través de los Estratos de Vulnerabilidad (Provincias Clasificadas por el Porcentaje de Población con Necesidades Básicas Insatisfechas)



Fuente: Barbieri 2014

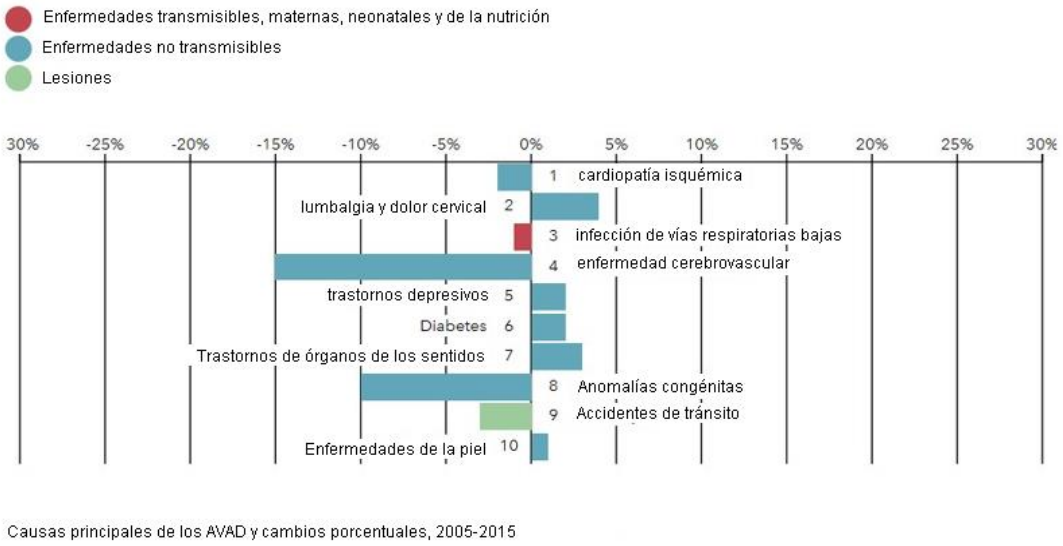
Nota: En el gráfico las provincias se agruparon en cuatro estratos sobre la base del porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), con el estrato I que incluye las provincias con el menor porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas, y el estrato IV con el más alto. Las provincias del norte se incluyeron en los estratos III y IV, los más vulnerables.

9. La Argentina también se enfrenta a una rápida transición demográfica y epidemiológica. Las reducciones de las tasas de mortalidad materno-infantil, el avance en el control de las enfermedades contagiosas y los avances en la tecnología médica aumentaron 11 años la esperanza de vida promedio del país entre 1960 y 2014. Por consiguiente, el porcentaje de argentinos mayores de 65 años aumentó del 6 por ciento al 11 por ciento durante el mismo período de tiempo.[25]

10. A medida que la población envejece y está cada vez más expuesta a factores de riesgo para la salud, las enfermedades no transmisibles (ENT) se han convertido en las principales causas de muerte y discapacidad. De acuerdo con la Carga Mundial de Morbilidad de 2015, las principales causas de los años de vida perdidos ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Argentina fueron cardiopatía isquémica, lumbalgia y dolor cervical, infección de vías respiratorias bajas, enfermedad cerebrovascular, trastornos depresivos y diabetes (Figura 6). Además, los principales factores de riesgo para la salud de los argentinos según el mismo estudio fueron: riesgos relacionados a la dieta, hipertensión, tabaquismo, alto índice de masa corporal y glucosa plasmática en ayunas (IHME, 2015). Todos estos son factores de riesgo para la aparición de las ENT.

[25] El personal del Banco Mundial estima sobre la base de las distribuciones por edades de las Perspectivas de la Población Mundial de la División Población de las Naciones Unidas.

Figura 6: Causas Principales de los AVAD Perdidos y Cambios Porcentuales en la Argentina 2005-2015



Fuente: IHME, 2015. http://www.healthdata.org/argentina

11. Sin embargo, las enfermedades transmisibles (ET) siguen representando importantes desafíos. Las infecciones de las vías respiratorias bajas siguen siendo la tercera causa más importante de los AVAD en el país. Además, en los últimos años el país ha enfrentado grandes epidemias de enfermedades infecciosas emergentes o reemergentes como dengue, Zika, gripe H1N1, mientras todavía lucha contra el Chagas, el VIH/SIDA y la tuberculosis. La persistencia de condiciones de vida difíciles, la necesidad de acciones preventivas para controlar estas enfermedades y prepararse para otras nuevas, y la cantidad de personas vulnerables que permanecen afectadas hace que estas cuestiones sigan siendo importantes y que deban ser abordadas. En 2016 solamente, hubo un nuevo brote de dengue que afectó a más de 79 mil personas,[26] que fue acompañado de otras enfermedades transmitidas por el mismo vector: Zika y fiebre chikungunya. En el caso del Chagas, se estima que el 5 por ciento de la población argentina está infectada, el 85 por ciento debido a la transmisión de vectores y el 15 por ciento debido a transmisión vertical o transfusiones de sangre.[27]

Panorama General de la Prestación, Financiamiento y Organización del Sistema de Salud

12. El sistema de salud en la Argentina se encuentra en gran medida fragmentado de acuerdo a la situación laboral de la población y las zonas de residencia, y tiene tres subsistemas: público no contributivo, seguridad social y privado. El subsistema público integra verticalmente el financiamiento y la prestación a nivel provincial. En principio, este subsistema ofrece servicios a todos los argentinos, pero es utilizado principalmente por personas sin empleo formal y por lo tanto sin cobertura de seguro social o seguro

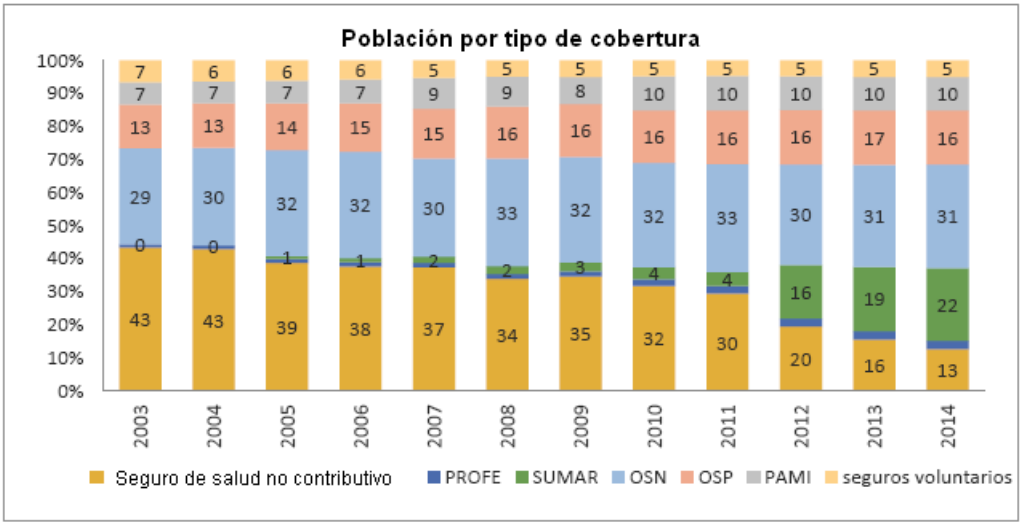
[26] Ministerio de Salud de la Nación de la Argentina -Boletín Integrado de Vigilancia - N° 345 - SE 04 Enero 2017.
[27] Programa Nacional de Chagas. http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/diagnostico

privado. La red de prestación de servicios públicos está descentralizada a nivel provincial y en algunos casos, como en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba, también a nivel municipal, lo que contribuye a la fragmentación del sistema.

13. El subsistema de seguridad social cubre a la población en el sector del empleo formal. Con sólo unas pocas excepciones, los planes de seguridad social (Obras Sociales (OS)) no tienen sus propios proveedores, sino que sólo funcionan como aseguradoras, comprando la mayoría de los servicios a proveedores privados. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), también conocido como PAMI, es la única OS que tiene sus propios proveedores (sólo 3) y también compra servicios de los sectores público y privado.

14. Con el crecimiento económico y el crecimiento del empleo formal, el porcentaje de la población cubierta por cualquiera de los planes de seguro social ha pasado del 56 por ciento en el año 2003 a más del 62 por ciento en el año 2014. Además, gracias al Plan Nacer/Programa Sumar otro 22 por ciento de la población no cubierta por una OS ahora tiene derecho a un paquete de beneficios explícito ofrecido por la red de prestación de servicios públicos.

Figura 7: Población con Cobertura de Servicios de Salud Contributivos y No Contributivos - Argentina 2003-2014



Fuente: Sanguinetti, (2015).

Nota: A esta cifra se llegó utilizando diferentes fuentes de datos, incluidos los datos administrativos del Programa Sumar/Nacer, Incluir Salud y del Seguro Social Nacional y Provincial de Salud (PUCO) y las propias estimaciones de Sanguinetti para el seguro privado.

15. Por último, existe un mercado de seguros privados relativamente pequeño que ofrece seguros voluntarios. Sin embargo, el sector privado tiene una mayor presencia en la prestación de servicios.

16. La mayoría de los pobres en la Argentina están cubiertos exclusivamente por el subsistema no contributivo público provincial: El 58 por ciento de la población bajo el nivel de pobreza está asegurada por los sistemas públicos provinciales, mientras que esta cifra llega al 74 por ciento para la población bajo el nivel de pobreza extremo. Según la Encuesta Permanente de Hogares de 2015, alrededor del 64 por ciento de las personas cubiertas exclusivamente por el sistema público se encuentran en situación de pobreza.

Tabla 2: Tipo de Cobertura por Nivel de Pobreza

	Seguro social contributivo	**Cobertura pública no contributiva**	**Total**
Pobre			
Cifras absolutas	3.745.002	5.256.777	9.001.779
Porcentaje	42%	58%	100%
Extremadamente pobre			
Cifras absolutas	438.501	1.248.686	1.687.187
Porcentaje	26%	74%	100%

Fuente: Cálculos propios sobre la base de la Encuesta Permanente de Hogares del primer semestre de 2016

17. En cifras absolutas la población pobre sin cobertura contributiva se concentra en el Gran Buenos Aires y la región pampeana. En cifras relativas, la mayor proporción de población pobre sin seguro contributivo en el país se encuentra en la región del NEA, seguido por las regiones pampeana y el Gran Buenos Aires.

Figura 8: Distribución de Población en Estado de Pobreza sin Cobertura Contributiva

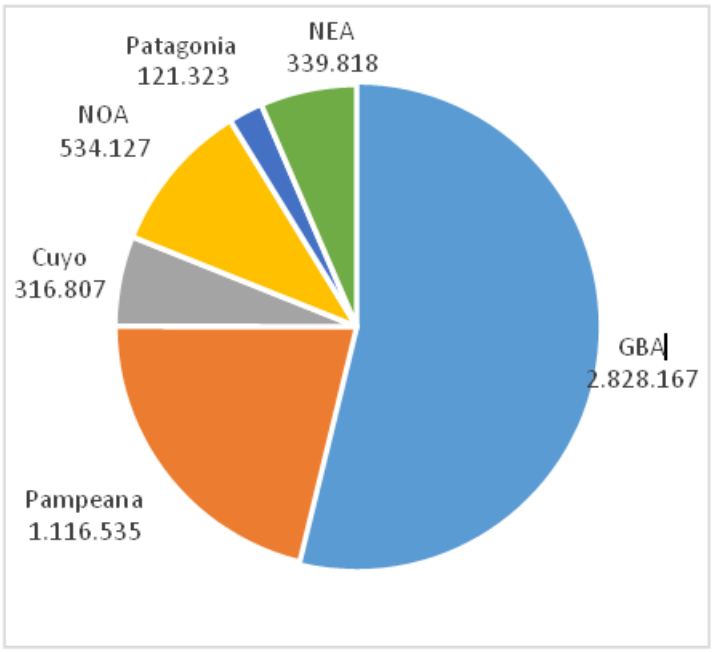
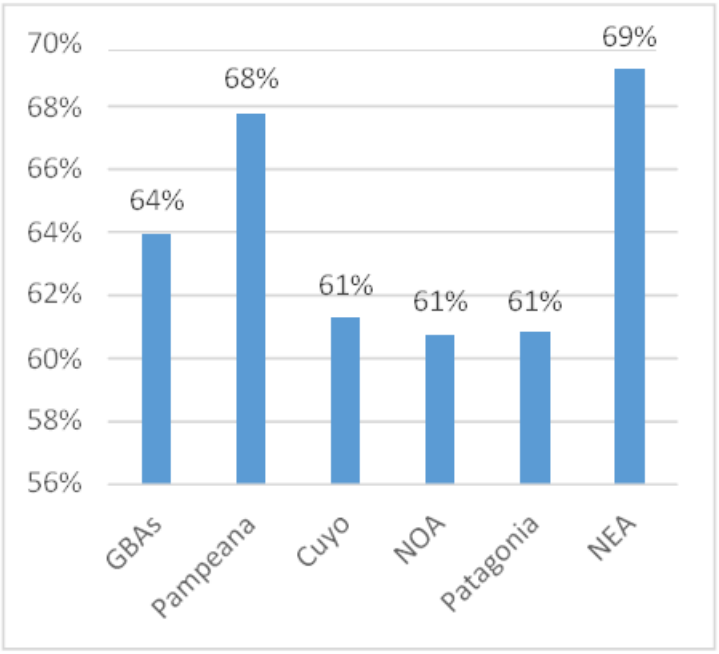


Figura 9: Porcentaje de Población en Situación de Pobreza y Sin Cobertura Contributiva de Salud por Región



Fuente: Cálculos propios sobre la base de la Encuesta Permanente de Hogares del primer semestre de 2016

18. Un análisis de la distribución del ingreso por tipo de cobertura muestra que la mayoría de las personas de los dos deciles más bajos (por encima del 60%) están cubiertas exclusivamente por el subsistema no contributivo público provincial. Sin embargo, hay un porcentaje relativamente importante de la población que pertenece a los deciles más bajos (entre el 28 por ciento y el 39 por ciento) que están cubiertos bajo los sistemas de las OS nacionales y las OS provinciales. A partir del tercer decil, la proporción de población cubierta por las OS es mayor que la cubierta por la cobertura no contributiva, aunque el peso relativo de esta última en el tercer y cuarto decil sigue siendo relativamente alto (entre el 40 por ciento y el 46 por ciento). La proporción de la población cubierta por los regímenes contributivos aumenta significativamente desde el quinto decil, alcanzando más del 90 por ciento en los dos deciles más altos.

Tabla 3: Distribución del Ingreso por Tipo de Cobertura de Salud

	Deciles de ingresos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Población total en miles	2.722	2.720	2.718	2.720	2.728	2.726	2.713	2.714	2.718	2.722
Contributivo	28%	39%	54%	60%	74%	83%	84%	89%	93%	95%
No contributivo	72%	61%	46%	40%	26%	17%	16%	11%	7%	5%

Fuente: Cálculos propios sobre la base de la Encuesta Permanente de Hogares del primer semestre de 2016.

Gastos en Salud

19. En el año 2013 se estimó que el gasto per cápita total en salud en la Argentina fue de $6.337 pesos (alrededor de US$ 1.156). Este gasto representaba aproximadamente el 7,9 por ciento del PBI (Sanguinetti, 2015). Esto es más alto que lo que otros países de ingresos similares per cápita gastan (Tabla 4), mientras que al mismo tiempo algunos resultados de salud en la Argentina son más débiles como se mencionó antes.[28]

Tabla 4: Gasto Total en Salud Como Porcentaje del PIB en Países Comparables 2014

	Malasia	Rumania	Chile	Costa Rica	Uruguay	OCDE
Gasto en salud total (% del PBI)	4,2	5,6	7,8	9,3	8,6	12,3

Fuente: Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial

20. La mayor parte de los gastos de ese año fueron públicos, distribuidos de la siguiente manera: el 44,4 por ciento correspondió a los gastos en regímenes de seguridad social y el 31 por ciento a los gastos en el sistema de prestaciones públicas. Alrededor de un cuarto de todos los gastos en salud de ese año fueron gastos privados, pero no todos fueron gastos directos, esto incluyó los gastos en primas de seguros (Tabla 5).

[28] La información sobre el gasto en salud en la Argentina en la base de datos de la OMS, de la que provienen algunos indicadores de los IDM,
no se ha actualizado en los últimos años. El Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República está revisando los datos de las cuentas
nacionales de 2004-2015. Debido a este proceso de revisión, los datos sobre los gastos en salud de la Argentina temporalmente no fueron
clasificados de la base de datos de la OMS en julio de 2016 a la espera de la publicación de las estadísticas revisadas de las cuentas nacionales.

Tabla 5: Gastos en Salud de la Argentina en Diferentes Subsistemas - 2013

	En millones de pesos actuales	% del PIB	(% del total del gasto)	Per cápita en pesos
Sector público	82.944	2,4	31	1.965
Nacional	15.548	0,5	5,8	368
Provincial	57.753	1,7	21,6	1.368
Municipal	9.644	0,3	3,6	229
Seguridad social	118.874	3,5	44,4	2.817
Obras Sociales Nacionales	59.897	1,8	22,4	1.419
PAMI	30.823	0,9	11,5	730
Obras Sociales Provinciales	28.154	0,8	10,5	667
Público y Seguro Social	201.818	5,9	75,5	4.782
Privado (1)	65.634	2	24,5	1.555
TOTAL	267.452	7,9	100	6.337

(1) Estimaciones basadas en la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 2012/2013 del INDEC Incluye el gasto de los hogares en productos farmacéuticos, servicios de salud y seguro de salud.

Fuente: Sanguinetti, (2015).

Nota: La información sobre los tres niveles de gobierno y sobre el sistema de OS se basó en datos sobre el Gasto Público Consolidado del Ministerio de Economía y Finanzas hasta el año 2009. El resto de la serie proviene de las propias estimaciones del autor basadas en diferentes bases de datos, incluidos los datos de la Oficina Nacional de Contabilidad Pública para gastos en salud a nivel nacional, datos del gasto en salud a nivel provincial del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas. El gasto municipal, así como los gastos de las OSP se estimaron sobre la base de las tendencias observadas hasta 2009. El gasto en las OSN se basó en información de la Administración Federal de Ingresos Públicos. Por último, los datos del PBI se basaron en los valores nominales del año 2004 y los valores reales se calcularon utilizando el índice de precios al consumidor promedio de las provincias.

21. El gasto en salud provincial representa la mayor parte del total de gastos en el subsistema público fuera de las OS. Representando más del 20 por ciento del total del gasto en salud de la Argentina ese año. Seguido por aproximadamente el 6 por ciento del gasto a nivel nacional y un porcentaje mucho menor (3,6 por ciento) de los municipios. Sin embargo, este último nivel de gobierno tiene responsabilidades de salud en sólo unas pocas provincias; en las que las tiene, representa un porcentaje mucho mayor. Por ejemplo, en 2014 los municipios fueron responsables de más del 40 por ciento del gasto total en salud en la Provincia de Buenos Aires (Banco Mundial, en preparación).

22. El gasto público en salud, excluidos los planes de seguridad social, se financia a través de los ingresos del gobierno federal. Debido a la naturaleza federal del gobierno, las provincias reciben transferencias del gobierno central en virtud de la Ley de

Coparticipación Federal de Recursos Fiscales[29] que no están asignados. Esta ley especifica las participaciones fijas del total de ingresos recaudados que deben ser distribuidos entre el Gobierno Federal y las provincias. El gobierno federal tiene derecho al 45 por ciento de estos recursos, y las provincias obtienen así el 55 por ciento del total (con participaciones individuales fijas establecidas para cada provincia). De estas transferencias, así como de sus propios ingresos, las provincias asignan recursos para la salud. Además, el Ministerio de Salud de la Nación podría transferir recursos asignados a las provincias para programas específicos como los dirigidos a la salud materno-infantil, el control del VIH/SIDA, el Programa Sumar y otros.

23. Las OS nacionales (OSN) se financian a través de las contribuciones de los empleadores (6 por ciento de los salarios) y los aportes de los empleados (3 por ciento). Las OS provinciales (OSP) también se financian a través de las contribuciones y aportes de los empleados y empleadores respectivamente, pero en este caso el empleador es el gobierno provincial y los gobiernos municipales adheridos a ellas porque los beneficiarios son los empleados públicos provinciales o municipales. Por último, el PAMI está financiado principalmente por las contribuciones y los aportes de empleadores y empleados, respectivamente, de trabajadores formales actuales y también por un porcentaje de las pensiones de los jubilados.

24. El gasto total en salud en la Argentina aumentó significativamente en los años posteriores a la crisis económica de 2001/2. Los gastos aumentaron en todos los subsistemas, pero en particular en el sector público (Tabla 6). Por consiguiente, las grandes diferencias en el gasto por beneficiario entre los diferentes subsistemas, en teoría, se redujeron en gran medida. Sólo el PAMI tiene un gasto mucho mayor per cápita, lo cual es comprensible porque sus beneficiarios son mayores de 65 años y por lo tanto concentran un riesgo mucho más grande que otros grupos.

Tabla 6: Gastos en Salud por Beneficiario por Parte de los Sistemas Públicos Provinciales y por Parte de las OS, en Pesos Constantes de 2014

	Provincial	Provincial + Municipal	PAMI	OSN	OSP	Privado[1]
2003	1.902	2.310	5.677	2.537	3.431	
2004	2.098	2.584	6.085	2.901	3.563	
2005	2.595	3.186	6.334	2.986	3.848	
2006	2.984	3.677	6.776	3.293	4.188	
2007	3.197	3.906	6.053	3.853	4.336	5.405

[29] El actual régimen federal de coparticipación argentino fue establecido por la Ley N° 23.548 (Ley de Coparticipación), sancionada en 1988.
En los años siguientes se produjeron una serie de modificaciones y reformas fiscales que introducen la posibilidad de asignar recursos dentro y fuera del régimen de dicha ley. Aunque la reforma constitucional de 1994 ordena una nueva ley de coparticipación que establece criterios objetivos de asignación referida a la eficiencia y la calidad destinadas a "cerrar las brechas de desarrollo" entre las provincias, esta nueva ley no ha sido aprobada y no se espera que lo sea en el corto y mediano plazo.

	Provincial	Provincial + Municipal	PAMI	OSN	OSP	Privado[1]
2008	3.886	4.730	7.561	4.134	4.450	5.802
2009	4.191	5.027	9.816	5.252	4.866	6.572
2010	4.335	5.230	8.125	5.017	4.825	6.761
2011	5.110	6.077	9.079	5.310	5.255	6.565
2012	5.037	5.927	9.868	6.192	5.425	7.991
2013	5.303	6.189	9.823	6.257	5.494	
2014	5.182	6.048	9.521	5.930	5.375	

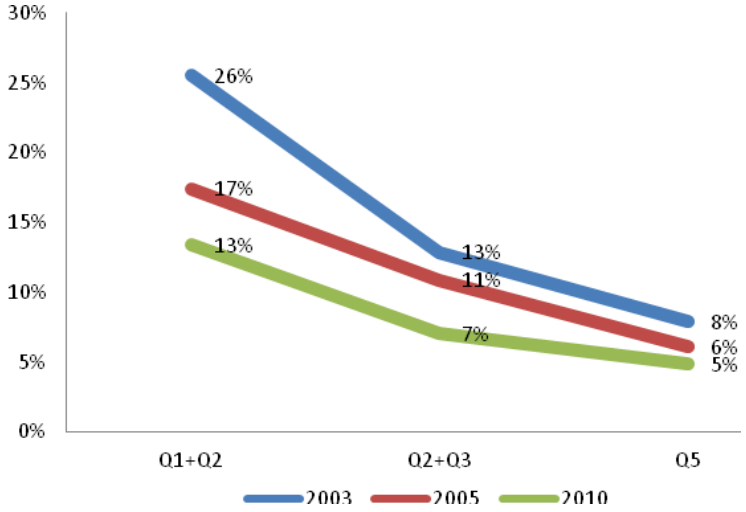
Nota: (1) Gastos en salud por establecimientos privados. (2) Estas cifras fueron preparadas teniendo en cuenta el gasto en salud de cada subsistema y la población cubierta exclusivamente por ellos.

Fuente: Sanguinetti, (2015).

25. Sin embargo, la tabla supone que sólo la población no cubierta por las OS utiliza los servicios de las redes públicas provinciales. Este no es el caso; muchas personas cubiertas por las OS utilizan estos servicios y a menudo las OS no cobran. Estas debilidades en la recuperación de los costos de las OS se debe en parte a la falta de incentivos para cobrar, ya que la mayoría de los fondos para los hospitales proceden de presupuestos históricos basados en insumos; la falta de voluntad del organismo regulador central (SSS para las OSN y el Ministerio de Salud Provincial y Ministerio de Economía Provincial para las OSP) para hacer cumplir los pagos a las OS; y los grandes costos de transacción para el proveedor, dado que no existe un sistema de facturación armonizado, cada OS requiere un proceso diferente. En los últimos años, se han realizado esfuerzos para mejorar esta situación. Un gran esfuerzo, como se trata en el próximo capítulo, fue la creación de un registro único de beneficiarios de todos los sistemas de seguros en el país. Además, la capacidad institucional de los proveedores públicos de facturar los servicios ha aumentado en los últimos años como consecuencia del apoyo brindado por el Programa Sumar.[30] Sin embargo, la información es escasa sobre el tema, por lo que no es posible conocer el alcance de los subsidios cruzados entre las OS y el sector público.

[30] En el marco del Programa Sumar los proveedores públicos tienen que facturar los servicios de salud incluidos los paquetes de beneficios que fueron entregados a los beneficiarios del Programa. En diciembre de 2015, los proveedores en el marco del Programa representaron el 90,4% del total de proveedores públicos, de los cuales el 75% corresponde a los seguros provinciales con regularidad.

Figura 10: Tendencias en el Gasto de los Hogares en Salud como Porcentaje del Gasto Total de los Hogares en los Quintiles: 2003-2010



Fuente: Sanguinetti, (2011).

26. A diferencia de los gastos en el sistema público y en las OS, el gasto privado en salud disminuyó en el mismo período. Disminuyó más rápidamente en los hogares en los quintiles más pobres de la distribución del ingreso, reduciendo las desigualdades en los gastos directos (Figura 10). Aunque se mantienen las diferencias de ingresos, en 2010 el 40 por ciento más pobre de la población gastó el 13 por ciento de su gasto total en salud, en cambio el 20 por ciento más rico de la población sólo gastó el 5 por ciento del consumo de su hogar en salud. La reducción en los gastos de los hogares parece reflejar una mejora en la protección financiera de la población en caso de enfermedad. La mayor parte de este gasto es el gasto de bolsillo de los hogares en productos farmacéuticos el cual representó en el año 2010 alrededor del 44 por ciento del gasto total de los hogares en salud.

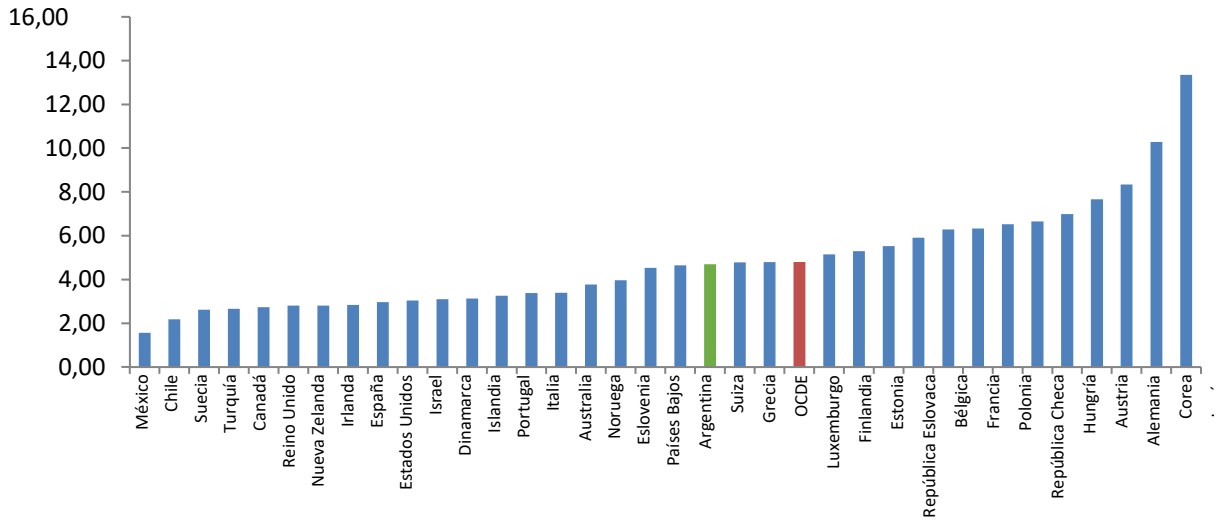
Desafíos Resultantes de la Organización y el Funcionamiento del Sistema

27. La segmentación de la población y la alta fragmentación en la mancomunación de fondos, junto con mecanismos de coordinación y redistribución muy limitados generan grandes ineficiencias y desigualdades, ya que no es posible administrar de manera eficiente los subsidios cruzados inherentes al aseguramiento en salud entre los niveles de ingreso y entre los enfermos y los sanos. Esta fragmentación existe no sólo entre los subsistemas, sino también dentro de cada subsistema, en particular en el caso de los planes de seguridad social, las OS.

28. La gran fragmentación en el sistema también genera grandes duplicaciones y brechas en la prestación. Hay subgrupos de la población con cobertura de seguro múltiple ya que todos tienen acceso al sector público provincial y algunos grupos podrían estar cubiertos por más de una OS. Además, dada la limitada integración de los subsistemas, las estructuras de administración de los diferentes planes de seguro se repiten en las OS y los sistemas provinciales. También hay duplicación de infraestructuras como se

refleja por el número de camas por población en la Argentina, que es similar al promedio del número de camas de hospital en los países de la OCDE de ingresos más altos.

Figura 11: Camas de Hospital por 1.000 Habitantes en la OCDE y la Argentina - 2014 o Últimos Datos Disponibles



Fuente: Datos de la OCDE y para Argentina del Banco de Datos del Banco Mundial.

29. La estructura del sistema también impide las ganancias en economías de escala, por ejemplo, en la adquisición de productos farmacéuticos. La única excepción ha sido la adquisición de productos farmacéuticos para la atención primaria de salud en el sector público, que se lleva a cabo centralmente a través del programa federal REMEDIAR, actualmente conocido como CUS-Medicamentos.

30. La fragmentación también da lugar a grandes desigualdades entre los grupos de la población. El paquete de servicios proporcionado por cada subsistema es diferente. Por ley, las OSN tienen la obligación de ofrecer el Programa Médico Obligatorio (PMO), un paquete integral de servicios de salud. El PMO incluye un conjunto de tratamientos y protocolos, la prestación de servicios de atención primaria de salud, un plan de atención materno infantil, prevención del cáncer, atención odontológica, atención especializada y hospitalizaciones, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA, hemodiálisis, trasplantes, prótesis y otros. También cubre el 40 por ciento del costo de los productos farmacéuticos en la lista aprobada y el 100 por ciento de los medicamentos para la atención hospitalaria y algunas enfermedades especiales. Estos servicios deben ser prestados sin períodos de espera ("carencias"), enfermedades preexistentes o exámenes de ingreso. Sin embargo, el PMO no se aplica a las OSP, aunque en principio se debería aplicar al PAMI. En cambio, hasta hace poco el sector público no ofrecía un paquete de servicios explícitos. Actualmente lo hace a través del paquete de beneficios ofrecido por el programa Nacer/Sumar. Actualmente, el paquete de beneficios del Programa Sumar incluye el paquete de servicios de salud general para servicios de salud primaria (pensado principalmente para prevención) y asistencia hospitalaria para enfermedades seleccionadas; y un paquete muy limitado de servicios de salud para

enfermedades catastróficas. Aunque los medicamentos no están incluidos en el Programa Sumar, los considerados esenciales por la OMS se proveen de forma gratuita en proveedores públicos en virtud del programa CUS-Medicamentos.

31. También hay grandes diferencias en las tasas de utilización en los subsistemas. A pesar de la aparente igualdad de los gastos entre el sector público y las OS, la tasa de utilización de los servicios ofrecidos por los diferentes subsistemas varía en gran medida. Por ejemplo, como se observa en la Tabla 7, el porcentaje de la población que visitó a un médico en los últimos 30 días aumentó entre 2003 y 2010 en general. Sin embargo, se mantuvo constante en aproximadamente el 35 por ciento entre los no cubiertos por las OS, mientras que aumentó alrededor de 4 puntos porcentuales entre los que estaban cubiertos. La cantidad de exámenes médicos también difirió, mientras que las personas cubiertas por las OS no tuvo ningún cambio, las personas cubiertas por el subsector público tuvieron una marcada disminución en el número de pruebas recibidas en esos años.

Tabla 7: Utilización de Servicios de Salud en los Subsistemas Contributivos y No Contributivos 2003, 2005 y 2010

	2003	2005	2010
¿Fue al médico?	39,3	40,6	42,1
Sistema contributivo	*41,8*	*43,8*	*45,7*
Sistema no contributivo	*35,9*	*35,2*	*34,7*
¿Se ha realizado un análisis clínico tratamiento?	16,4	22,1	20,3
Contributivo	*21*	*23,8*	*23,7*
No contributivo	*10,1*	*19,1*	*13,4*

Fuente: Sanguinetti 2012 sobre la base de la Encuesta de Gastos en Salud y Utilización de los Servicios 2003-2010 del Ministerio de Salud de la Nación.

32. Los diferentes niveles de cobertura de los servicios clave son particularmente notorios en el caso de los servicios para la prevención y el control de las ENT. Dado que muchos de estos servicios están relacionados con la prevención temprana y el control de estas enfermedades, también denotan diferencias en la calidad del servicio prestado por ambos subsistemas. Estas diferencias han ido disminuyendo a lo largo de los años, pero siguen siendo importantes (Tabla 8). El porcentaje de personas que ha sido examinado para detectar hipertensión arterial, hiperglucemia y colesterol, así como las mujeres que son sometidas a mamografías o a pruebas de detección de cáncer de cuello de útero es más alto entre quienes están cubiertos por las OS que entre aquellos con cobertura exclusiva del sector público.

Tabla 8: Prevalencia de la Prueba de Control de las ENT por Tipo de Cobertura 2009-2013

	2009		2013	
	Contributivo	No contributivo	Contributivo	No contributivo
Prueba de control de hipertensión arterial en la población mayor de 18 años	86,5	69,8	87,2	71,2
Prueba de control de colesterol alto en hombres mayores de 35 años y mujeres mayores de 45 años	82,4	54,8	82,2	58,4
Prueba de control de hiperglucemia en la población mayor de 18 años	82,2	60,6	83,7	60,7
Mujeres de 50-70 años sometidas a mamografía	63,5	52,7	69,8	48
Mujeres de 25-65 años sometidas a detección de cáncer de cuello de útero	58,3	37,7	76,4	60,4
Población de 50-75 años sometida a pruebas de detección de cáncer de colon			27,5	11,2

Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2009-2012 - Ministerio de Salud de la Nación

33. Estas diferencias también son grandes en las provincias. Con las provincias del NOA y el NEA con las carencias más grandes en la cobertura efectiva en estos servicios clave.

Tabla 9: Prevalencia de la Prueba de Control de las ENT por Región -2013

	Total	GBA y región pampeana	NOA	NEA	Patagonia	Cuyo
Prueba de control de hipertensión arterial en población mayor de 18 años	82,4	83,6	76,8	77,9	80,6	84,2
Prueba de control de colesterol alto en hombres mayores de 35 años y mujeres mayores de 45 años	77,5	79,4	69,3	69,7	77,3	77,3

	Total	GBA y región pampeana	NOA	NEA	Patagonia	Cuyo
Prueba de control de hiperglucemia en población mayor de 18 años	76,8	78,8	69,6	65,7	75,9	80,7
Mujeres de 50-70 años sometidas a mamografía	65,6	70	47,6	47,2	64	61,9
Mujeres de 25-65 años sometidas a detección de cáncer de cuello de útero	71,6	74,5	58,2	62,8	72,9	70,2
Población de 50-75 años sometida a la prueba de detección de cáncer de colon	24,5	26,9	13,7	19,2	22,5	20,3

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013 - Ministerio de Salud de la Nación

34. **Falta de coordinación y mecanismos de redistribución limitados entre y dentro de los subsistemas.** Estas grandes desigualdades e ineficiencias no sólo se deben a la gran fragmentación del sistema, sino también a la falta de coordinación y de mecanismos redistributivos entre los diferentes subsistemas e incluso dentro de los subsistemas como se trata más adelante. Esto se debe en gran parte a una estructura de gobernanza del sistema igualmente fragmentada. No existe ninguna institución o comité que supervise todo el sistema, aunque hay organismos o comités que supervisan partes de él.

35. El Ministerio de Salud de la Nación en la práctica no funciona como el organismo a cargo de la administración de todo el sistema. Dada la naturaleza federal del país, los Ministerios de Salud provinciales tienen responsabilidad sanitaria casi completa en su área geográfica; aunque a menudo esta responsabilidad es compartida con el Ministerio de Economía provincial en el caso de las OSP.

36. La capacidad y competencia del Ministerio de Salud de la Nación para llevar a cabo su función de administración ha sido limitada. No sólo su capacidad institucional es relativamente débil, sino que también tiene escasa competencia y muy pocos instrumentos para garantizar la coordinación entre los subsistemas e incluso dentro del subsector público. El gasto federal en salud es muy poco cuando se lo compara con el gasto provincial, que representa menos del 19 por ciento del gasto total en el subsistema público provincial, o aproximadamente el 6 por ciento del gasto total en salud en el país; esto limita la capacidad redistributiva de este nivel de gobierno. Además, no hay una ley de salud federal que pueda proveer un marco legal para la relación entre los niveles federal y provincial en el sector de salud. Los únicos instrumentos limitados que el nivel federal ha tenido hasta ahora para garantizar cierta coordinación y redistribución, han sido los programas nacionales que se han utilizado como instrumentos para negociar políticas públicas coordinadas sobre la salud en toda la nación y también como mecanismos redistributivos, como es el caso del Programa Sumar, el Programa Proteger y otros.

37. Dada la presencia de muchos actores dentro del sector público, la coordinación y la articulación del sector requeriría una instancia que permita discusiones entre todas las partes interesadas. En principio, esta instancia estaba destinada a ser el Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por todos los Ministros de Salud provinciales, así como por el Ministro de Salud de la Nación. Sin embargo, hasta ahora no ha funcionado realmente como una instancia de coordinación eficaz o una institución de toma de decisiones.

38. COFESA, en todo caso, sólo incluye a las partes interesadas del subsistema público. No incluye a los miembros de las OS, ni siquiera a las provinciales. En efecto, en el caso de las OSP hay un Consejo que las agrupa (Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República de Argentina, COSSPRA). Pero como en el caso de COFESA, no funciona como un órgano con capacidad de toma de decisiones o como un instrumento eficaz de coordinación entre ellos. Todos funcionan independientemente uno del otro.

39. La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) supervisa las OSN, pero no las OSP o el PAMI; por lo que no tiene plena responsabilidad sobre el sistema de seguridad social. La SSS es responsable de definir, costear y supervisar la aplicación del PMO. Además, la SSS funciona de manera independiente del Ministerio de Salud de la Nación como es también el caso del PAMI, que tiene un regulador interno y en la práctica no es supervisado por la SSS (aunque como OSN, debería serlo).

40. **Instrumentos de gestión para la coordinación.** No sólo la estructura de gobierno del sistema está fragmentada, sino que tampoco hay instrumentos de gestión para la coordinación entre los sectores. No existen lineamientos clínicos compartidos, ni sistemas de información armonizados o interoperables, planes de adquisiciones compartidos, planes de infraestructura y equipos, mecanismos comunes de otorgamiento de licencias y certificaciones, un organismo de evaluación de tecnologías de salud, modelos comunes de atención. Tampoco hay portabilidad de derechos.

41. Una de las herramientas más importantes para lograr una mejor coordinación y administración del sistema son los sistemas de información, que tienen debilidades importantes y están tan fragmentados como el sector en general. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de la Nación no recopila información de los proveedores privados. La información sobre producción de servicios y morbilidad sólo se recopila en establecimientos públicos. Del mismo modo, no es posible desglosar los datos de mortalidad y morbilidad por tipo de cobertura de seguro. Otra gran debilidad en los sistemas de información es la falta de información sobre la calidad de los servicios prestados en todo el sistema o en cada subsistema. Además, parte de la información sólo se recopila esporádicamente. Por ejemplo, desde el año 2010 no se ha recopilado información sobre el gasto privado en salud y sobre la utilización de los servicios por parte de los hogares. Durante muchos años no se han producido cuentas nacionales de salud, por lo que es difícil obtener estimaciones sobre el gasto total en salud. Por último, la información que se recopila actualmente es difícil de integrar, ya que no hay normas comunes para recopilar datos o interoperabilidad de los sistemas de información existentes.

42. La única excepción a esta tendencia es la existencia de un registro único de beneficiarios de todas las OS y el programa Sumar. El registro está disponible en cada proveedor público, lo que permite identificar qué tipo de cobertura tiene cada paciente, y sentar las bases para recuperar los costos de los servicios prestados por los proveedores a los beneficiarios del seguro social.

43. Por último, la estructura del sistema dificulta la continuidad de la atención, lo que es importante para asegurar el control de las ENT. La cobertura de la seguridad social depende del empleo en el sector formal, si se pierde este empleo, la continuidad de la atención también se pierde, ya que los pacientes tendrán que recibir servicios de los proveedores públicos. Esta continuidad de la atención también se fractura una vez que el trabajador se jubila y comienza la cobertura con el PAMI.

44. Por último, ya que no hay organismos encargados de evaluar las nuevas tecnologías para todo el sistema o subsistema, existen potenciales limitaciones para priorizar los recursos para la salud.

Desafíos en el Funcionamiento del Subsistema de Salud Provincial

45. El subsistema de salud no contributivo también está muy fragmentado con limitados mecanismos de coordinación y redistribución. La prestación de servicios de salud está descentralizada a las provincias; a su vez no existen mecanismos de redistribución entre las provincias más allá de programas nacionales como Incluir Salud, Sumar, Proteger (este es el programa destinado a la prevención y el control de las ENT), VIH/SIDA y otros.

46. **Cobertura y calidad de servicios clave.** Los limitados mecanismos de coordinación y redistribución en un contexto de alta fragmentación traen como consecuencia grandes desigualdades entre y dentro de las provincias. No sólo hay diferencias en los resultados de salud, sino también en los niveles de cobertura y calidad de éstos servicios de salud. Estas diferencias en la cobertura efectiva no se deben necesariamente a las diferencias en el porcentaje de la población cubierta por las obras sociales en las provincias. Como puede verse en la Tabla 10, hay diferencias en los niveles de cobertura de servicios entre las personas cubiertas por la seguridad social y las cubiertas por el sector público en cada provincia y entre provincias.

Tabla 10: Prevalencia de la Prueba de Control de las ENT por Región y Tipo de Cobertura - 2009

	Cobertura	Total	Pampeana y GBA	NOA	NEA	Patagonia	Cuyo
Prueba de control de hipertensión arterial en la población mayor de 18 años	No contributivo	69,8	68,6	71,2	70	70,2	76,1
	Contributivo	86,5	87,3	82,5	83,4	83	88,1
Prueba de control de colesterol alto en hombres mayores de 35 años y mujeres mayores de 45 años	No contributivo	54,8	56,6	48,8	51,2	52	56,6
	Contributivo	82,4	84,4	75,2	74,6	79,8	79,9
Prueba de control de hiperglucemia en población mayor de 18 años	No contributivo	60,6	63,5	53,7	49,8	61,6	64,3
	Contributivo	82,2	84,3	74,9	70,6	79,2	81,3
Mujeres de 50-70 años sometidas a mamografía	No contributivo	37,3	41,2	28,5	28,8	43,7	31,1
	Contributivo	58,3	61,6	44,1	42,9	60,8	50,1
Mujeres de 25-65 años sometidas a pruebas de detección de cáncer de cuello de útero	No contributivo	52,7	57,8	39,4	44,8	57	45,8
	Contributivo	63,5	66,3	51,3	53,7	66,3	56,3

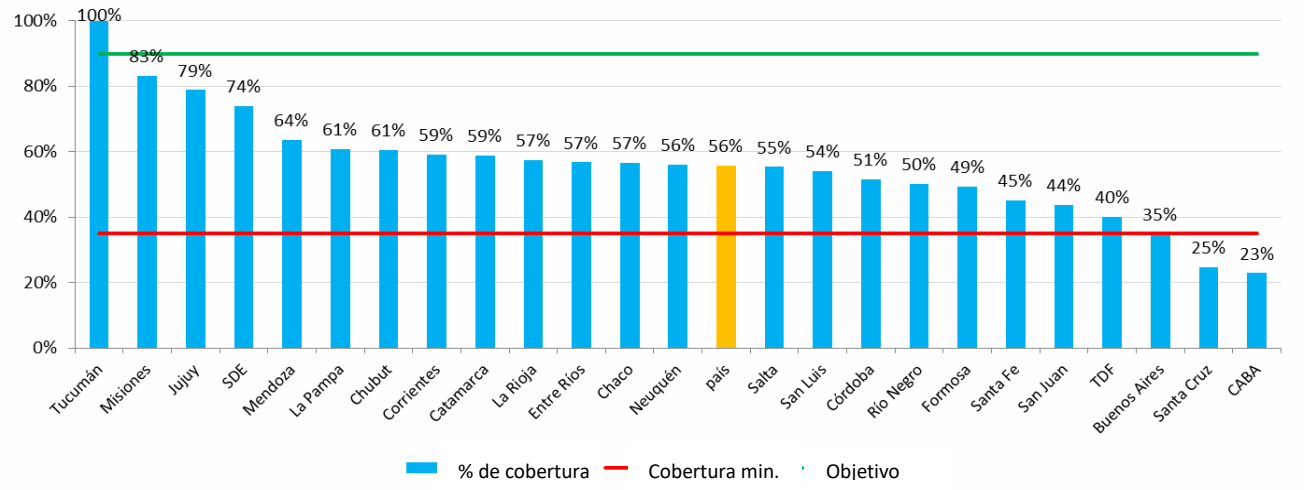
Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 - Ministerio de Salud de la Nación

47. En general, las tasas de cobertura de los servicios de prevención y control de las ENT tienden a ser más bajas en el NOA y el NEA; en el caso de los servicios materno-infantiles las brechas de cobertura se han reducido significativamente en los últimos años, en parte gracias a los aportes del Plan Nacer.

48. Los servicios relacionados con las ENT prestados en la red de prestaciones públicas son menos eficaces que los ofrecidos por las OS (Tabla 10). Esto no sólo refleja grandes desigualdades en una cobertura efectiva entre subsistemas, sino también grandes ineficiencias en el sector público, ya que los pacientes que no son detectados y/o controlados a tiempo terminan con complicaciones y hospitalizaciones costosas. Una mejor detección y el control de pacientes con ENT requieren un modelo diferente de atención de salud en el que la atención primaria de salud (APS) tiene un papel central y donde hay una asignación de la población a centros de salud primarios. Los equipos de APS tienen que ser proactivos y asegurar la salud de la población bajo su responsabilidad y no esperar a la demanda espontánea de servicios, deben empoderar a los pacientes para que tomen el control de sus necesidades de atención, coordinar la atención con otros proveedores y niveles de atención.

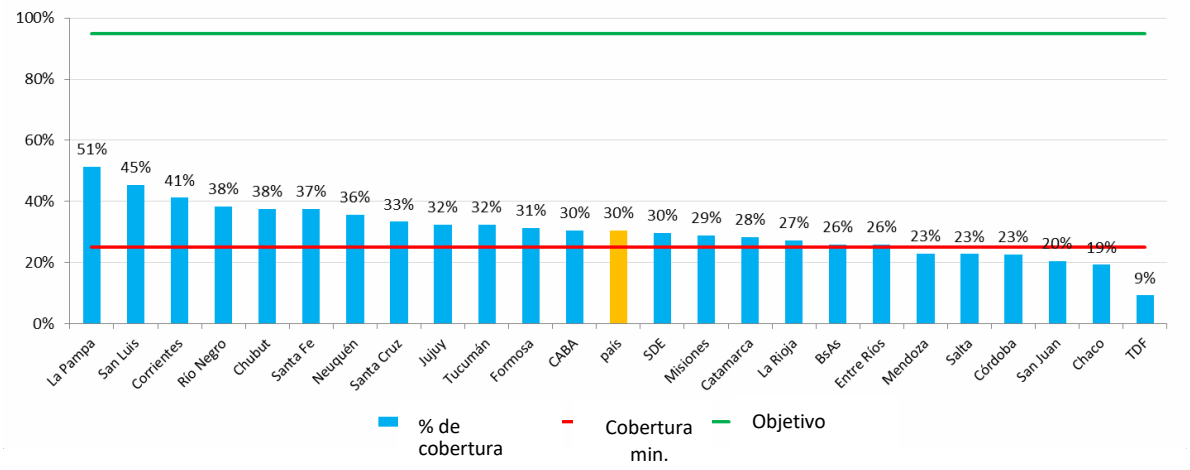
49. La calidad de la atención prestada en el sector público también varía. La información sobre la calidad de los servicios en este subsistema es limitada; porque no hay una medición sistemática de la calidad. Sin embargo, el Programa Sumar ha estado apoyando mejoras en el acceso y la calidad de los servicios prestados a su población objetivo. Por ejemplo, el programa hace el seguimiento de la proporción de la población objetivo que recibe controles médicos completos que siguen los protocolos clínicos y que han incluido una descripción detallada de los hallazgos en el historial médico del paciente, midiendo tanto la cobertura como la calidad de los servicios materno-infantiles. Esta información es verificada por un auditor técnico externo. Como se muestra en la Figura 12 y en la Figura 13, existen diferencias sustanciales entre las provincias; en cambio en el caso de los servicios de las ENT, las provincias del NOA y el NEA tienen un mayor nivel de cobertura y calidad en estos servicios que en el resto del país. Sin embargo, estos resultados también podrían reflejar diferentes tiempos de exposición al Programa (las provincias del norte se sumaron al Programa en 2004, mientras que el resto lo hizo en 2008) y las diferencias en el nivel de registro que promueve el programa. Por ejemplo, la CABA ha tenido dificultades para llevar a cabo el programa y, por lo tanto, es más probable que sus bajos niveles de cobertura reflejen la falta de registro de estos servicios.

Figura 12: Control del Niño Sano (Menores de 10 años)



Nota: Este indicador mide la proporción de niños menores de 10 años exclusivamente cubiertos por el sector público con revisiones de salud completas según el protocolo.
Fuente: Programa Sumar 2016

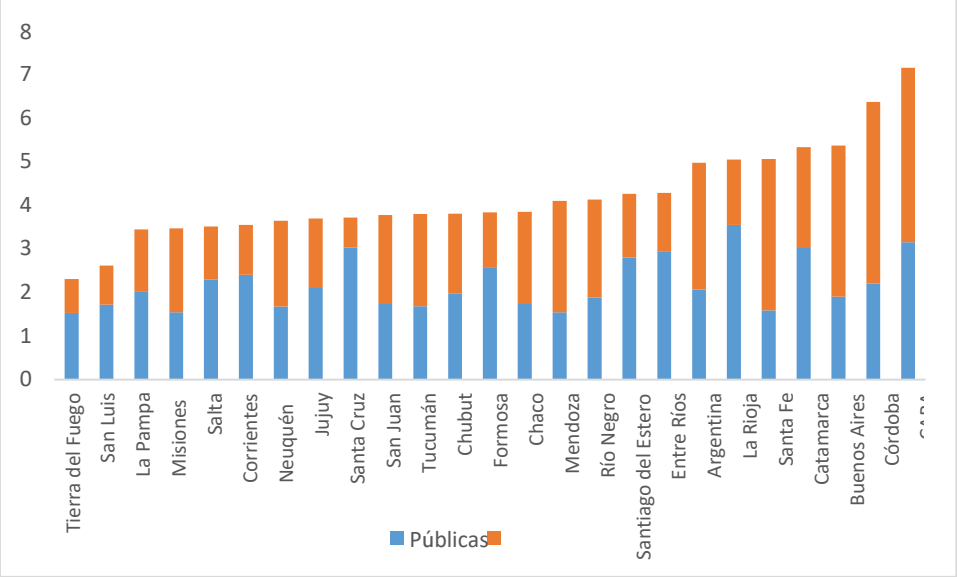
Figura 13: Inclusión Oportuna de Mujeres Embarazadas en los Servicios de Atención Prenatal (Antes de la Semana 13).



Fuente: Programa Sumar 2016

50. **Oferta de servicios sanitarios.** Las diferencias en la cobertura efectiva de la atención de salud podrían estar relacionadas con las diferencias en la oferta de servicios en las provincias. La cantidad de camas de hospital por 1000 habitantes varía significativamente. Asimismo, la distribución entre las camas de hospital públicas y privadas también es diferente. Las provincias con el menor número de camas de hospital considerando la población total son La Pampa, San Luis y Tierra del Fuego. Sin embargo, al considerar sólo las camas de los hospitales públicos y la población con cobertura exclusiva del sector público, las provincias del NOA y el NEA son las que tienen las cifras más bajas (Figura 14).

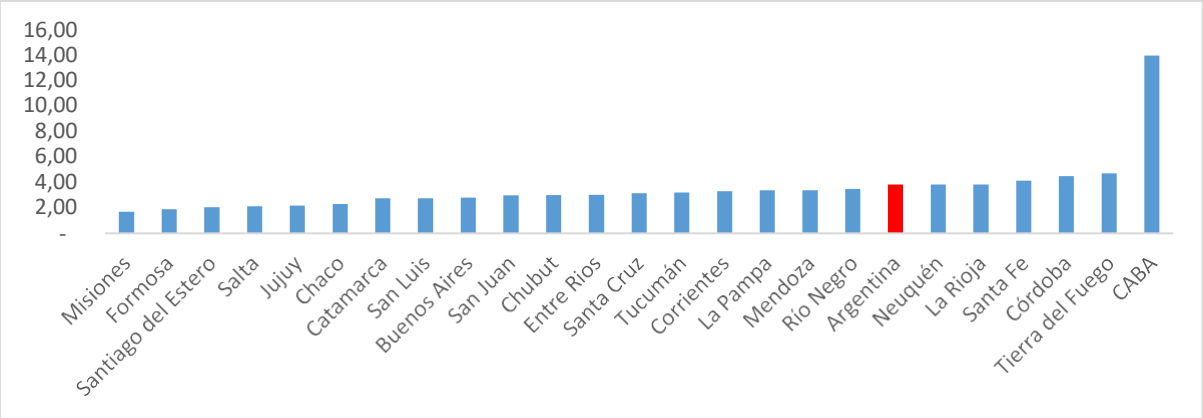
Figura 14: Camas de Hospitales Públicos y Privados por 1.000 Habitantes por Provincia - 2016



Fuente: Elaboración propia basada en datos de SISA

51. Del mismo modo, existen diferencias sustanciales en el número de médicos por cada 1.000 habitantes en las provincias, siendo las provincias del NOA y el NEA las que presentan las cifras más bajas. Hay 14 médicos por cada 1.000 habitantes, siete veces más que en Misiones, que es la provincia con el número más bajo (Figura 15).

Figura 15: Médicos por 1.000 Habitantes por Provincia



Fuente: REFES SISA 2016

52. **Gasto provincial en salud.** Estas diferencias en la cobertura, la calidad y en la oferta de servicios se deben en parte a las diferencias en el gasto público en salud en las provincias. Como se puede ver en la Figura 16 y en la Figura 17, las provincias del NOA y el NEA tienen gastos en salud per cápita similares al promedio del país. Sin embargo, puesto que estas provincias tienen más personas sin cobertura de la seguridad social, tienden a ser las provincias con el menor gasto por beneficiarios del sector público.

Figura 16: Gastos en Salud Consolidados Per Cápita en AR$ Pesos de 2014

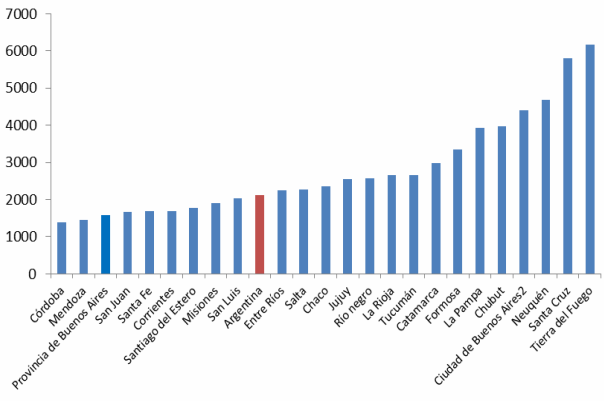
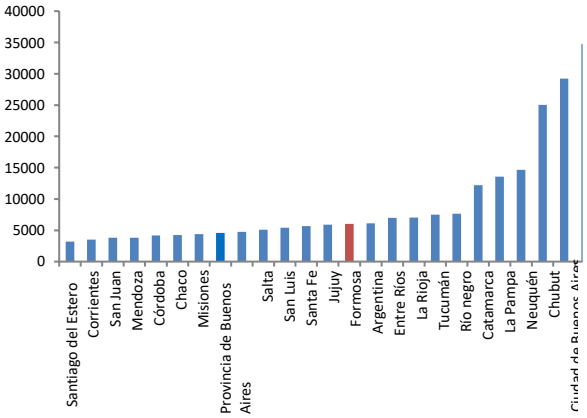


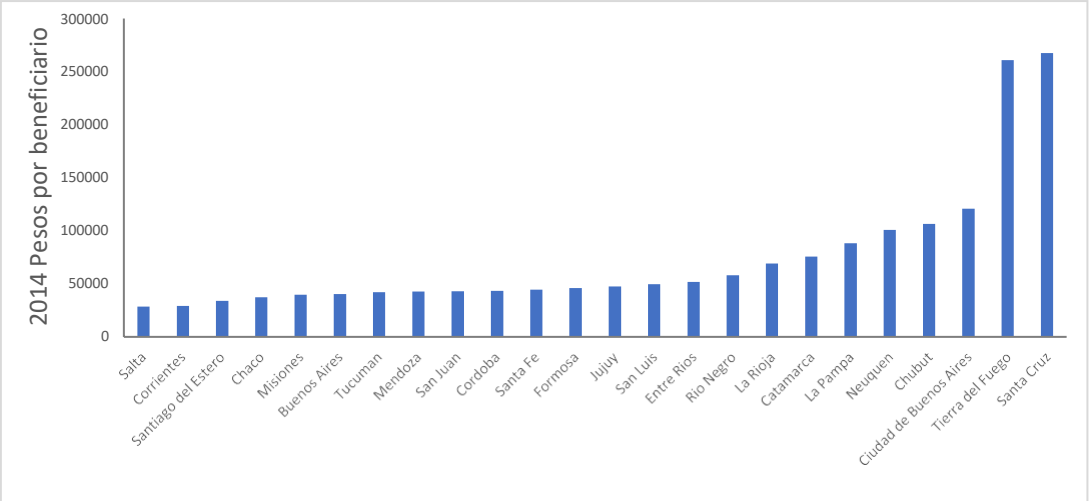
Figura 17: Gastos en Salud Consolidados por Población Cubierta Exclusivamente por el Sector Público en AR$ Pesos de 2014



Fuente: Buenos Aires PER. Análisis de la información del Ministerio de Hacienda y de la Provincia de Buenos Aires, entre las proyecciones del Censo de 2010

53. La asignación provincial de recursos a la salud depende de las transferencias del gobierno central a la provincia, parte de la Ley de Coparticipación Federal de Recursos Fiscales, y de sus propios recursos; por lo tanto, depende de su capacidad de recaudación de ingresos, su producto geográfico bruto, y su compromiso con el sector, como se refleja en el porcentaje del gasto total de las provincias destinado a la salud. La Figura 18 muestra la gran variación en el espacio fiscal para la salud en las provincias, en este caso representada por el gasto público total en 2014 por población con cobertura exclusiva del sector de salud provincial. Esta variación en el potencial espacio fiscal tiene como consecuencia grandes desigualdades en el gasto de las provincias en números absolutos, así como el porcentaje de gasto del gobierno provincial. Un caso particular es el de la Provincia de Buenos Aires; aunque es la provincia con uno de los productos geográficos brutos más altos y un nivel muy alto de recaudación de ingresos, es la provincia con el menor gasto público total per cápita (no sólo en salud), esto como consecuencia de la relativamente baja cantidad de transferencias del gobierno central como parte de la "Ley de Coparticipación Federal de Recursos Fiscales (Buenos Aires PER).

Figura 18: Gasto Público Total por Población Exclusivamente Cubierta por el Sistema Público en 2014 AR$ Pesos



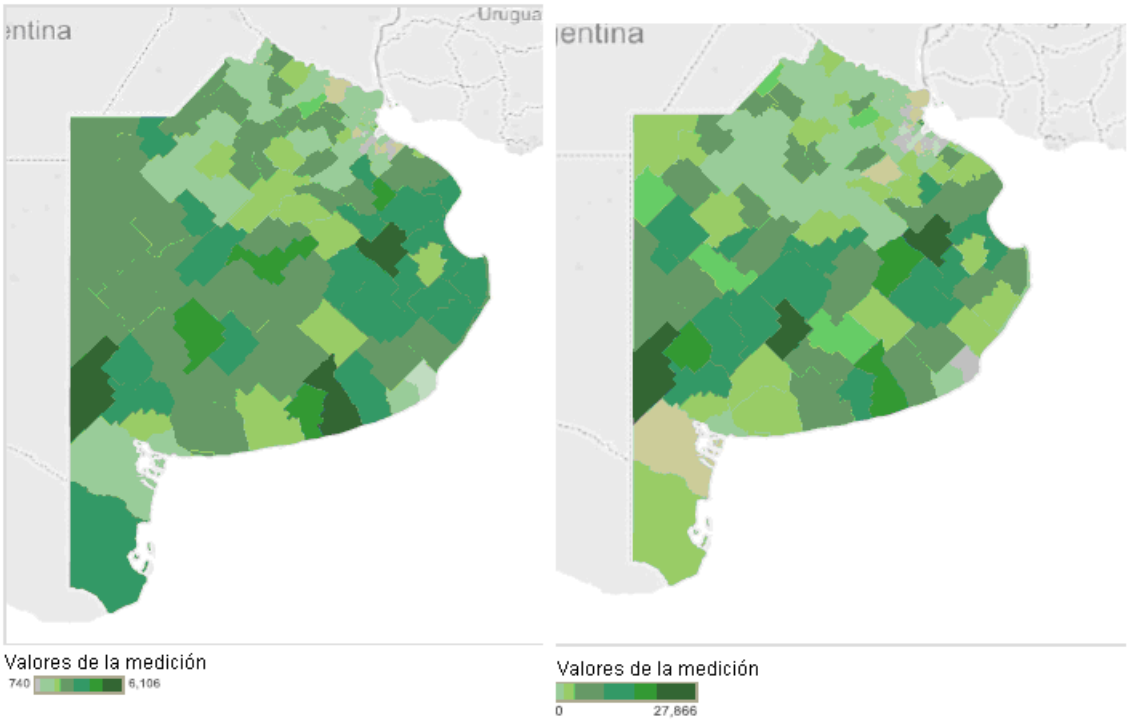
Fuente: Datos del Ministerio de Economía de la Nación y proyecciones del Censo 2010.

54. También hay grandes desigualdades en las provincias. Un caso particular es el de las provincias en donde los servicios de salud están descentralizados a los municipios: Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Algunas de estas provincias tienen una fragmentación aún mayor de los fondos mancomunados que no se compensan con mecanismos redistributivos. Por ejemplo, en la provincia de Buenos Aires, los municipios son responsables de financiar y brindar atención primaria y hospitalaria. Sin embargo, los recursos totales per cápita disponibles para la salud en cada municipio varía en gran medida y, por lo tanto, el gasto en salud también lo hace. Estas desigualdades son en perjuicio de los municipios del conurbano que tienden a tener una mayor proporción de la población por debajo de la línea de pobreza y un menor porcentaje de personas cubiertas por la seguridad social (Figura 19 y Figura 20). Dado que no hay portabilidad

formal de los derechos entre los municipios y no hay pagos entre ellos por los servicios prestados a los no residentes, esto ha generado fricciones, particularmente en aquellos municipios que son receptores netos de pacientes, así como la interrupción de la atención de los pacientes.

Figura 19: Gastos en Salud Provinciales y Municipales y Consolidados Per Cápita 2014.

Figura 20: Gastos en Salud Provinciales y Municipales Consolidados por Población Exclusivamente Cubierta por el Seguro No Contributivo 2014.



Fuente: Buenos Aires PER sobre la base de información sobre las proyecciones de población del Ministerio de Economía y el Censo.

55. **Mecanismos de redistribución y coordinación.** A diferencia del subsistema de OSN, no existen mecanismos integrales para reducir las grandes desigualdades de recursos para la salud en las provincias. No existe un mecanismo como el del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) a nivel federal o a nivel de las provincias descentralizadas a nivel municipal. Hasta ahora, este papel ha sido desempeñado por los programas nacionales (por ejemplo, Sumar, Proteger, CUS-Medicamentos, etc.). Sin embargo, dado que el gobierno federal sólo administra un pequeño porcentaje de los recursos públicos para la salud, el impacto de estos programas en la reducción de las grandes diferencias en los recursos también tiende a ser limitado. Dicho todo esto, el Plan Nacer/Programa Sumar ha asegurado que toda la población tenga acceso a un paquete básico de servicios de salud esenciales. El desafío en este momento es cómo aumentar y fortalecer este paquete y eliminar la gran brecha que sigue existiendo entre las provincias y subsistemas.

56. Sin embargo, existen mecanismos destinados a mancomunar fondos para financiar los gastos en enfermedades consideradas como catastróficas por su baja incidencia y alto costo. Dentro de los programas nacionales, Incluir Salud merece una mención especial. Se trata de un fondo federal que financia ciertos servicios para el tratamiento de enfermedades de baja incidencia y alto costo, así como la atención para discapacitados y ciertos grupos vulnerables, tales como madres con más de 7 hijos y la población mayor de 70 años de edad que reciben pensiones no contributivas. Este programa federal transfiere un pago por capitación a todas las provincias para financiar los servicios prestados a los beneficiarios del programa.[31] En 2014 Incluir Salud cubría a 1,05 millón de personas. Recientemente, se creó otro fondo nacional para servicios catastróficos dentro del Plan Nacer para financiar cirugías de cardiopatías congénitas. En este caso, cada provincia aporta a un fondo federal administrado por ese nivel para financiar estas cirugías en nombre de las provincias. En 2012, con la implementación del Programa Sumar, se modificó el alcance de este fondo y se convirtió en un Fondo de Solidaridad de Reaseguro para Enfermedades Catastróficas (FSREC), para garantizar la financiación de un conjunto de intervenciones sanitarias catastróficas, más allá de las cardiopatías congénitas. Además, se organizó una red pública nacional de atención de alta complejidad a fin de proveer atención a niños cubiertos por Sumar. El desafío en este momento es garantizar la armonización y la integración funcional de los mecanismos existentes (es decir, Incluir Salud, Sumar y SRF en las OSN), garantizando que al menos sigan los mismos estándares de servicio y finalmente brinden un paquete similar de servicios.

57. Por último, como en el caso del sector salud a nivel nacional, también existen desafíos en la coordinación e integración funcional dentro del subsistema público provincial. Un buen ejemplo de ello es la falta de armonización entre los sistemas de información utilizados a nivel nacional, provincial y de programas. Cada uno de ellos tiene sus propios sistemas de datos y de registro que operan en gran parte independientemente uno de otro. Por ejemplo, el sistema de información utilizado por el Programa SUMAR actualmente es diferente no sólo de los sistemas de información utilizados por la Seguridad Social y el programa Incluir Salud, sino también de los utilizados por otros programas verticales, como los de vacunación (NOMIVAC), cáncer (SISFAM) y partos (SIP).

58. Como resultado de esta fragmentación, los costos de transacción a nivel de los establecimientos de salud y los municipios son altos, debido a la necesidad de abordar necesidades de informes múltiples y con frecuencia superpuestas. Esta carga se ve exacerbada en muchos casos por la falta de digitalización y la necesidad de introducir de manera manual los datos. En la práctica, gran parte de la información necesaria y la captura de datos simplemente no ocurre. Adicionalmente, la fragmentación entre los diferentes sistemas de información da lugar a diferentes conjuntos de datos que se analizan por separado unos de otros, o no se analizan en absoluto.[32]

[31] La sección de discapacidades incluye enfermedades de bajo costo y baja incidencia como: insuficiencia renal; hemofílicos; enfermedad de Gaucher; VIH; enfermedad de Fabry; esclerosis múltiple; esclerosis lateral amiotrófica; fibrosis quística; y hepatitis C.

[32] Banco Mundial 2016. Evaluación de Impacto y Procesos de Argentina para el Proyecto de Desarrollo del Seguro de Salud Pública Provincial (P156790). Descripción de la tarea complementaria.

59. **Eficiencia en el uso de los recursos públicos.** El sector de la salud pública carece de mecanismos integrales y acordados para asignar los recursos en una manera eficiente. El Plan Nacer/Programa Sumar fue un primer intento de definir un paquete de servicios básicos (PSB) explícito para la población cubierta exclusivamente por el sistema público. Este paquete fue creado siguiendo criterios objetivos en cuanto a la carga de morbilidad y la costo-efectividad de las intervenciones. El PSB incluyó principalmente servicios de promoción y atención primaria de salud preventiva y servicios de tratamiento para abordar las principales causas de mortalidad materno-infantil. Posteriormente, se amplió para incluir tratamientos ambulatorios y servicios de salud de alta complejidad (por ejemplo, cirugía de cardiopatías congénitas y servicios de cuidados intensivos neonatales). Finalmente, cuando el Programa Sumar amplió su población objetivo a jóvenes y adultos menores de 65 años de edad, el PSB también fue ajustado para incluir servicios de prevención primaria de salud para estos nuevos grupos.[33] No obstante, no existe un proceso formal para revisar y actualizar este paquete.

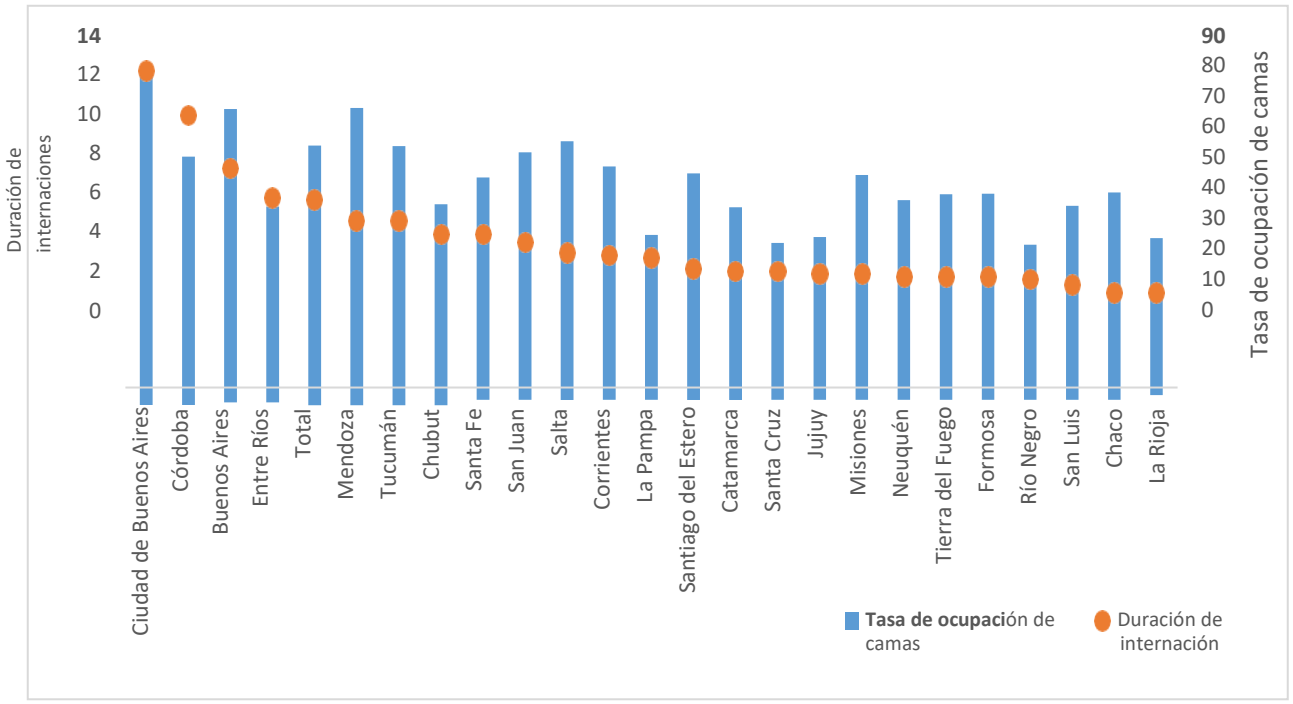
60. Este subsistema también enfrenta potenciales ineficiencias como consecuencia de un espacio muy limitado para compras estratégicas en el sector público. Con los años, y con el **apoyo** del Plan Nacer/Programa Sumar, el sector público provincial comenzó a desarrollar la función de compra. A nivel provincial, este programa paga tarifas por los servicios incluidos en su paquete de servicios. Estas tarifas no incluyen el costo total de los servicios, pero fueron concebidas como incentivo para los proveedores, las mismas se estimaron sobre la base de los recursos necesarios para reducir la brecha en la cobertura de los servicios. Esta reforma continúa siendo parcial y no ha sido institucionalizada. Recientemente, la Provincia de Buenos Aires, junto con el Programa Sumar, ha implementado un programa que está tratando de utilizar el mismo mecanismo para proporcionar el pago de incentivos a 34 hospitales provinciales si alcanzan los objetivos de 10 indicadores de desempeño (Programa Sumar y Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2016).

61. A pesar de estos esfuerzos por cambiar los pagos a los proveedores, la mayoría de los **proveedores** y en particular los proveedores de APS reciben el pago a través de líneas presupuestarias basadas en insumos y tienen una autonomía limitada para decidir cómo utilizar estos otros recursos. Los establecimientos de APS también reciben recursos adicionales de las tasas de Sumar y sólo por estos recursos tienen flexibilidad en su uso. A nivel de los hospitales los mecanismos de pago son mucho más complejos, Sumar representa una parte muy pequeña de los fondos de los hospitales, y en principio los hospitales también deben recibir pagos por los servicios prestados a los pacientes cubiertos por las OS. Sin embargo, sólo en algunas provincias, los hospitales logran recuperar los costos por estos servicios. Por lo tanto, la mayoría de los recursos que financian la atención hospitalaria provienen de los recursos públicos provinciales que son transferidos a los hospitales como parte de presupuestos históricos. Los salarios representan la mayor proporción del gasto hospitalario total, alrededor del 70 por ciento (Panadeiros, 2012); estos salarios son pagados directamente por los

[33] Cortez & Romero, 2013: Argentina: Aumento de la utilización de los servicios de atención de salud en la población no asegurada: Plan Nacer.
UNICO Studies Series 12. The World Bank, Washington DC.

presupuestos provinciales. De hecho, el personal sanitario del hospital son empleados públicos provinciales y por lo tanto están bajo el régimen público provincial que rige las contrataciones, despidos y salarios. La administración de los hospitales no tiene ningún control sobre el personal teniendo capacidad muy limitada para generar incentivos para el desempeño y limitando en gran medida la autonomía de los hospitales y su capacidad para generar un ambiente que podría ayudar a mejorar el desempeño. No obstante, los administradores de los hospitales tienen más flexibilidad con respecto a otros insumos: medicamentos, suministros, costos operativos, etc. Sin embargo, la asignación de fondos para estos artículos sigue las tendencias históricas.

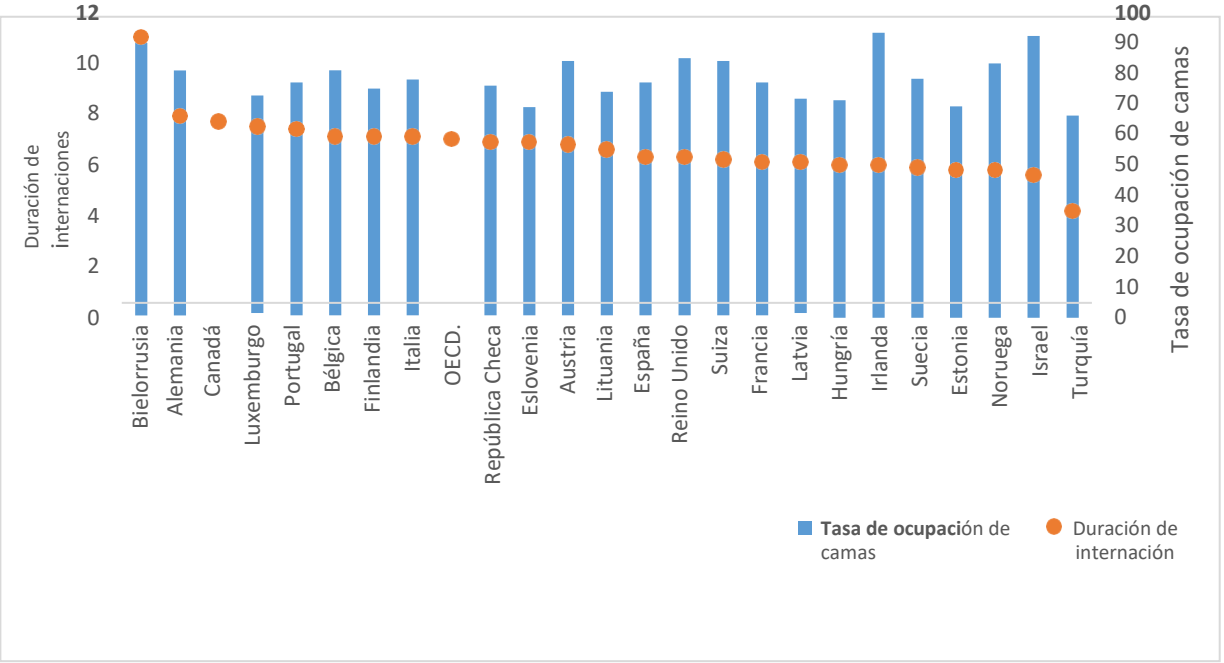
Figura 21: Tasas de Ocupación de Camas y Duración Media de las Internaciones Hospitalarias en las Provincias, 2012



Fuente: Panadeiros, 2012.

62. La **escasa** información disponible sobre eficiencia en la red de hospitales del sector público muestra grandes diferencias entre provincias y un peor desempeño en comparación con el sector privado. Hay grandes diferencias en las tasas de ocupación de camas en las provincias, así como la duración media de las internaciones en los hospitales (Figura 21). Sin embargo, como no es posible ajustar el perfil de casos ("case-mix"), no es posible saber qué proporción de la variación representa ineficiencias y qué proporción representa la diferencia en la casuística.

Figura 22: Tasas de Ocupación de Camas y Duración Media de Internaciones en Hospitales en Países de la OCDE, Europa y Asia, 2014 o Últimos Datos Disponibles



(*) 2014 o últimos datos disponibles en European Data Warehouse OMS
[1] Duración media de internación en 24 de los 36 países de la OCDE considerando la disponibilidad de datos. OCDE (2017), Length of hospital stay (indicator). doi: 10.1787/0191328e-en (Consultado el 21 de abril de 2017)

63. Una gran parte de la infraestructura hospitalaria sigue subutilizada. La tasa media de ocupación de camas es del 63 por ciento, que es mucho menor que la de los países de la OCDE, sólo comparable con la de Turquía, el país con la tasa más baja entre los países con información **disponible**; esto no es sorprendente dado el gran número de camas de hospital por población en el país. En cuanto a la duración de las internaciones, el desempeño de la Argentina también va a la zaga de los países de la OCDE, en los que la duración de las internaciones es de 6,7 días en promedio, así como en otros países europeos y asiáticos, incluidos aquellos con similares ingresos per cápita (Figura 22).

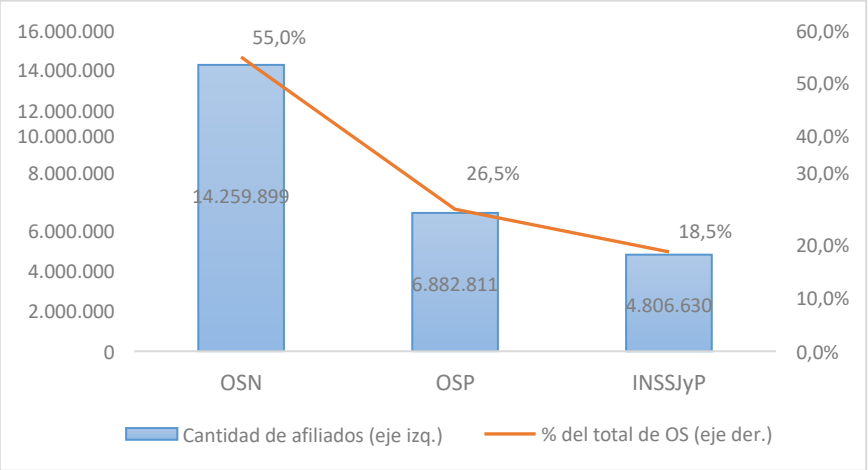
Desafíos en el Funcionamiento de las OS[34]

64. El sistema de seguridad social está igualmente muy fragmentado. Hay más de 300 OS en el país de tamaños muy diferentes y que cubren a diferentes grupos de la población. Las OS proporcionan seguro médico a los trabajadores del mercado laboral formal, tanto activos (incluidos los trabajadores bajo el régimen de monotributo)[35] como a los pasivos, y sus dependientes, cubriendo a más de 26 millones de personas o alrededor del 60 por

[34] Esta sección se basa en un documento de antecedentes preparado por Cetrángolo y Goldsmith, 2017.
[35] Se trata de un sistema fiscal simplificado para pequeños contribuyentes. En la Argentina incluye un pago para tener acceso a la cobertura de las OS.

ciento de la población. Actualmente, hay 292 OS nacionales que prestan servicios de salud a más de 14 millones de afiliados. También hay 24 OS provinciales que prestan servicios a los empleados provinciales y a veces a los empleados municipales, aproximadamente 7 millones de personas. El PAMI, actualmente cubre a unos 5 millones de personas (Figura 23). Además, hay OS para el personal de las fuerzas armadas, el sistema judicial y las universidades.

Figura 23: Número de Beneficiarios de OSN, OSP y el PAMI



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base de datos de SSS, COSSPRA y PAMI

65. No obstante, existe un importante nivel de concentración de beneficiarios en pocas OS dentro de este subsistema. Aproximadamente el 5 por ciento de las OSN cubre a más del 50 por ciento de los beneficiarios (Figura 24). Del mismo modo, el 5 por ciento de todas las OSN concentran alrededor del 48 por ciento de todos los recursos gastados por este subsistema. Hay un nivel similar de concentración de beneficiarios entre las OSP; el IOMA, las OSP de la Provincia de Buenos Aires cubre cerca de 2 millones de personas, mientras que la de Tierra del Fuego cubre menos de 50 mil. (Figura 25). Por último, el PAMI es la OS que concentra el mayor número de beneficiarios.

Figura 24: Número Acumulado de Beneficiarios de OSN, 2015

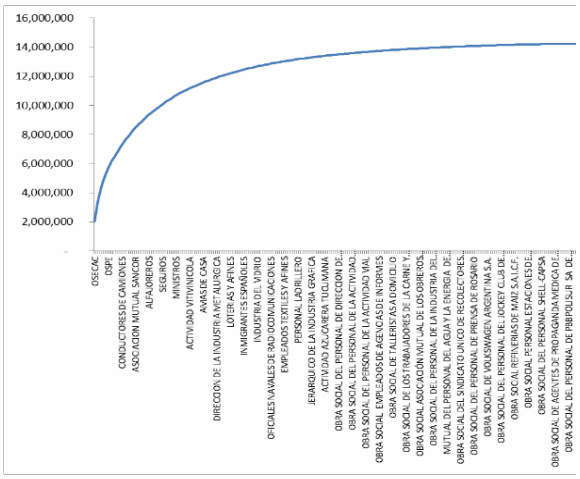
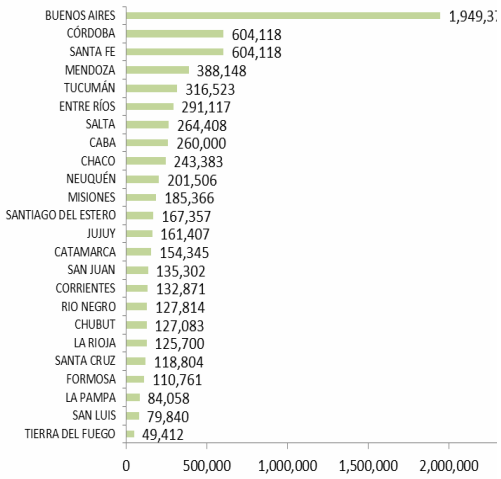


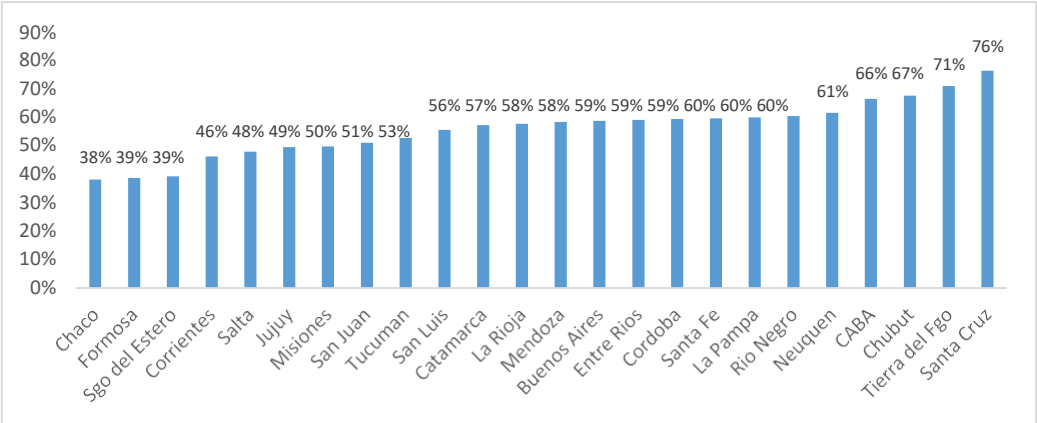
Figura 25: Número de Beneficiarios de OSP, 2015



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit con información de SSA y COSSPRA

66. Geográficamente, hay grandes diferencias en el porcentaje de población cubierta por el sistema **contributivo**. Mientras en Tierra del Fuego hasta tres cuartos de la población está cubierto por los planes de seguridad social, en Chaco menos del 40 por ciento lo está (Figura 26). En algunos casos, el nivel de cobertura de las OS depende principalmente del empleo público, mientras que en otros depende del empleo privado formal. En las provincias con población de edad avanzada, el PAMI desempeña un papel importante.

Figura 26: Porcentaje de la Población Cubierta por el Seguro de Salud Contributivo



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base del Censo 2010

67. Hay grandes diferencias en el acceso y la calidad de los servicios prestados por las OS, que dependen de las OS y la zona de residencia del beneficiario. Como se muestra en la **Tabla** 10, la calidad y la cobertura de los servicios relacionados con las ENT que recibe la población cubierta por el subsistema de OS varía enormemente entre regiones.

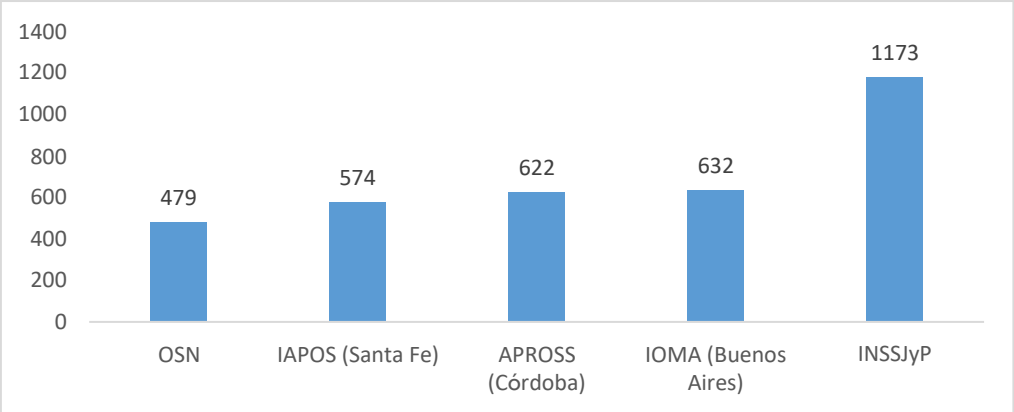
68. También hay desigualdades en los ingresos dentro de las OSN ya que los beneficiarios de ingresos más altos pueden optar por planes que ofrecen servicios considerados mejores o servicios prestados por diferentes redes. Desde 1993, los beneficiarios de las OSN pueden reasignar todos sus aportes a la OSN de su elección. Al **mismo** tiempo, las nuevas regulaciones obligaron a las OSN a proporcionar un paquete mínimo de servicios a todos los beneficiarios, el PMO. En consecuencia, se perdió el limitado mecanismo redistributivo que existía dentro de cada OSN, ya que ahora los beneficiarios de mayores ingresos pueden llevar sus aportes a cualquier OSN y muchas OSN han creado un número diverso de planes que ofrecen servicios más allá del PMO, pero a un costo mayor. Algunos de estos planes conocidos como "superadores" ofrecen servicios prestados por planes privados prepagos conocido como "prepagas". En algunos casos, esos planes privados que son dueños de sus redes de proveedores reciben indirectamente algunos subsidios y reembolsos por servicios de atención de costo elevado de los cuales se benefician las OSN. Del mismo modo, en el PAMI, los jubilados y pensionados también pueden optar y elegir otra OS; sin embargo, el aporte que el beneficiario puede transferir a otra OSN es fijo y establecido por la institución; por lo tanto, no varía con los ingresos del beneficiario.

69. El PMO fue promulgado en 1996 y tenía por objeto asegurar cierta armonización de los servicios prestados por las OSN y en principio también por el PAMI, ya que no se aplica a las OSP. Desde su creación, el PMO ha sido revisado varias veces y en el año 2000 hubo propuestas para establecer un proceso para revisar la lista de servicios sobre la base de evaluaciones formales de la rentabilidad de los servicios incluidos; sin embargo, por el momento, no existe un proceso formal de revisión (IECS, 2016).

70. Según Van der Koy et al. (2016), el costo del PMO en 2016 era de ARS$657 pesos. En el caso de los beneficiarios de bajos ingresos por los que la OSN recibe un Subsidio Automático Nominativo (SANO) del Fondo Solidario de Distribución (FSR), este subsidio sólo cubre el 45 por ciento del costo del PMO. Además, después de considerar la contribución del fondo SUR (parte de FSR, véase a continuación) que cubre las enfermedades de baja incidencia y alto costo, todavía habría más de una tercera parte del costo del PMO que no está cubierta por estos recursos. Los mismos autores compararon el costo del PMO con los ingresos recaudados por diferentes OSN y concluyeron que sólo el 67 por ciento de las OSN tienen ingresos por cápita que son iguales o superiores al costo del PMO.

71. **Gastos y situación financiera de las OS.** Existen grandes diferencias en los recursos y el gasto per cápita **entre** las OS. La Figura 27 muestra la gran disparidad en los ingresos mensuales per cápita entre las OS. El mayor ingreso per cápita es el del PAMI; esta es la OS que asegura a jubilados y pensionados y por tanto la que concentra los mayores riesgos. En consecuencia, también es la OS que recibe los mayores aportes, ya que recibe los aportes de los beneficiarios actuales (jubilados y pensionados) y de los trabajadores del sector formal, quienes por ley deben pagar un aporte al PAMI que es aproximadamente la mitad de su aporte a la OS. Sin embargo, la mayor disparidad en los ingresos existe dentro de las OSN. Como se mencionó antes, aproximadamente el 33 por ciento de las OSN reciben ingresos per cápita que son inferiores al PMO.

Figura 27: Ingresos Per Cápita Mensuales por Beneficiario de OS en Pesos a Valor de 2015



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base de datos de AFIP, OSP y PAMI

72. Toda la información financiera de las OSN muestra una situación financiera sólida de todo el subsistema. Como se muestra en la tabla, en general los activos son superiores a los pasivos, dando lugar a un patrimonio neto positivo. Los ingresos totales en promedio son más altos que los gastos. Estos ingresos son no sólo de los aportes de los salarios, sino también subsidios y reembolsos del FSR.

Tabla 11: Situación Financiera Consolidada de OSN 2013-2014

	2013	2014	Cambio
Activos	34.726	42.332	22%
Pasivo	18.297	21.914	20%
Patrimonio neto	16.429	20.418	24%
Ingresos	87.209	111.394	
Gastos	83.065	106.397	
Patrimonio neto	4.144	4.997	21%

Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base de datos de SSS

73. Esta situación financiera aparentemente buena no elimina la posibilidad de una OSN con dificultades financieras, ya que podría no tener la escala o los recursos necesarios para hacerse cargo de todos los pasivos. Como se ha indicado anteriormente, existe una gran diversidad de ingresos per cápita y de cantidad de beneficiarios en las OSN. Además, gran parte de las OSN recibe ingresos per cápita que son inferiores al costo estimado del PMO. Sin embargo, las OSN (así como las OSP y el PAMI) pueden ajustar la calidad o la cantidad de servicios prestados y también pueden enviar a sus beneficiarios al sector público y evitar incurrir en costos de esta manera.

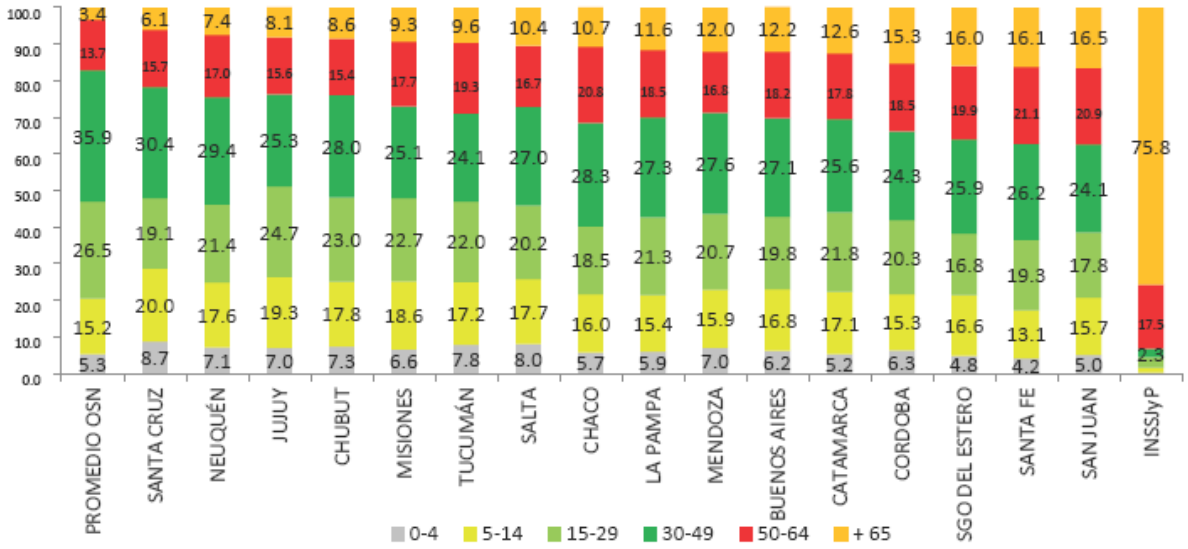
74. La situación particular de las personas bajo el régimen de monotributo y las personas que trabajan en casas particulares podría afectar la situación de alguna OSN. Estos

beneficiarios aportan una cantidad fija que en febrero de 2017 era de ARS 419 pesos, de los cuales el 10 por ciento va al FSR. En principio, las OSN con estos afiliados pueden recibir un subsidio del FSR conocido como SUMARTE. En los últimos años las OSN han visto un aumento de estos afiliados; en 2015 representaron alrededor del 12,1 por ciento del total de beneficiarios de las OSN.

75. La situación financiera de la OSP y el PAMI es diferente de la de las OSN. Esto, en parte, refleja las diferentes características de los beneficiarios de las primeras. Las OSP a menudo incluyen a los jubilados y pensionados de los fondos de pensiones provinciales en las provincias en las que estos fondos no fueron transferidos al gobierno federal (Figura 28). Adicionalmente, la situación financiera del PAMI recientemente se ha visto parcialmente afectada por la inclusión de nuevos beneficiarios, como consecuencia de las moratorias. El PAMI recibe por estos nuevos beneficiarios una fracción de los ingresos que recibe de los demás. A estos beneficiarios se les permitió comenzar a recibir los beneficios del Seguro Social (pensión y seguro de salud a través del PAMI) con la condición de aceptar un plan de pagos para completar los requisitos mínimos de aportes.

76. Las presiones del gasto que el PAMI enfrenta probablemente aumentarán a lo largo de los años. Los datos de los países de ingresos más altos muestran una proporción mucho mayor en gastos en salud entre la población adulta mayor y el resto. Por ejemplo, los datos de Estados Unidos muestran que los gastos en salud de los mayores de 65 años son de aproximadamente 3 veces superior al del resto de la población (Lassman et al. 2014); en cambio el gasto per cápita del PAMI es el doble del de otras OS. Además, existe espacio para mejorar la eficiencia en la organización y el funcionamiento de esta OS, debido por ejemplo a la alta dependencia de productos farmacéuticos de marca y la inclusión automática en su lista de medicamentos de productos farmacéuticos que reciban licencia para su distribución en el país. Por último, el país está envejeciendo rápidamente y, por lo tanto, el número de beneficiarios seguirá aumentando, así como las presiones sobre los gastos.

Figura 28: Estructura de Edad de la Población a Través de Diferentes OSP, Promedio OSN y el PAMI



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base de datos de COSSPRA, PAMI y SSS

77. A diferencia de las OSN, las OSP y el PAMI pueden beneficiarse de transferencias de los tesoros nacional o provinciales, que alivian su presión financiera pero que podrían generar subsidios regresivos de la **población** sin cobertura de OS para sus beneficiarios. Aunque en el caso del PAMI estas transferencias podrían estar subsidiando a nuevos beneficiarios de menor ingreso, sería importante transparentar este flujo de recursos para así diferenciarlo de transferencias que cubren posibles desequilibrios estructurales. Estas presiones financieras también podrían generar un tipo diferente de subsidios cruzados puesto que las OSP pueden tener deudas con los hospitales públicos como lo hacen las OSN. Cuando enfrentan situaciones financieras difíciles, las OSP también pueden ajustar la calidad y la cantidad de servicios prestados, ya que no están obligadas a proporcionar el PMO.

78. La Tabla 12 muestra la situación financiera de las principales OSP del año 2015. Las OSP que se muestran representan aproximadamente el 70 por ciento de la población cubierta por estas OS. Ese año muchas OSP fueron deficitarias. Sin embargo, estos déficits fueron inferiores al 15 por ciento de sus ingresos totales. En cuatro provincias el presupuesto ya incluye transferencias para las OS provinciales (Formosa, Santa Fe y Tierra del Fuego); en otras, el **presupuesto** calcula un equilibrio en las cuentas fiscales de las OSP, aunque este no siempre es el caso (Entre Ríos, Misiones y Salta), y finalmente en la provincia de Buenos Aires la información de la ejecución presupuestaria incluye una transferencia del tesoro a la OSP para cubrir el déficit de las OS. En 2015, la provincia de Buenos Aires hizo una transferencia que cubrió la mayor parte del déficit del IOMA de ese año. En Santa Fe, el mismo año en que el tesoro provincial hizo una transferencia de aproximadamente el 36 por ciento del déficit de ese año.

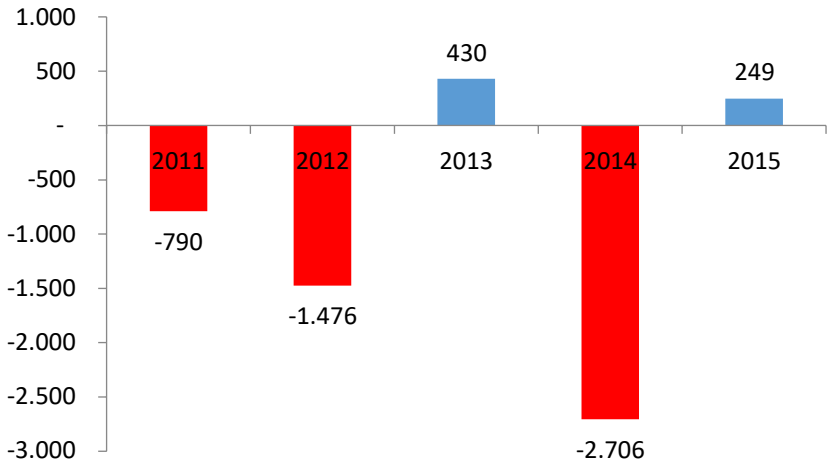
Tabla 12 Situación Financiera de los Planes Provinciales de Seguridad Social (OSN), 2015

	Total ingresos	Total gasto	Resultados	Sector público Transferencias a las OSP		Fuente
	En millones de ARS pesos			En millones de ARS pesos	En % de resultados econom.	
Buenos Aires (IOMA)	17.299	17.566	267	257	96,2%	*Ejecución 2015*
Catamarca (OSEP)	1.240	1.391	151	-		*Ejecución 2015*
Córdoba (APROSS)	4.078	4.478	400	s/d		*Presupuesto 2015*
Chubut (ISSyS)	2.525	2.358	167	-		*Ejecución 2014*
Entre Ríos (IOSPER)	2.393	2.393	-	-		*Presupuesto 2016*
Formosa (IASSEP)	588	588	-	22		*Presupuesto 2015*
La Rioja (APOS)	623	622	1	s/d		*Ejecución 2015*
Mendoza (OSEP)	3.167	3.296	129	s/d		*Ejecución 2015*
Misiones (IPS)	2.643	2.641	2	-		*Presupuesto 2015*
Salta (IPS)	1.198	1.198	-	-		*Presupuesto 2015*
Santa FE (IAPOS)	4.159	4.707	547	197	36,0%	*Presupuesto 2015*
Tierra del Fuego (IPAUSS)	1.035	925	109	52	-47,6%	Presupuesto 2015

Nota: los datos corresponden al Presupuesto o gasto de 2015 para todas las provincias, pero Chubut tiene datos de gastos de 2014 y Entre Ríos muestra los datos del Presupuesto de 2016.
Fuente: Cetrángolo y Goldschmit, 2017.

79. En el caso del PAMI, su **situación** financiera ha variado en los últimos años. Para el año 2017, según el mensaje para el Presupuesto de la Administración Pública, hay una transferencia de la tesorería al PAMI de aproximadamente el 0,38 por ciento del PBI. Gracias a esta transferencia se espera que este año el presupuesto para el PAMI esté equilibrado.

Figura 29: Tendencias en la Situación Financiera del PAMI (INSSJyP) 2011-2015 en Millones de Pesos Actuales



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

80. **Mecanismos de redistribución y coordinación.** A diferencia del sector público provincial, el subsistema de OS tiene un importante mecanismo de redistribución, el Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Sin embargo, este mecanismo sólo garantiza que todas las OS puedan tener acceso a un nivel mínimo de recursos por beneficiario y, por lo tanto, no elimina las **desigualdades** del sistema. Este fondo se compone de varios subfondos que se han creado a través de los años.

81. El FSR fue creado en 1980 para cubrir las contingencias financieras de las OSN con mayores deudas y para el desarrollo de infraestructura, planes y programas de carácter social. El fondo fue financiado inicialmente con un 10 por ciento de los aportes de las OSN. En 1989 el aporte de las Obras Sociales de Dirección fue aumentado al 15 por ciento. En 1995 fueron **reformados** algunos de los mecanismos redistributivos del FSR. Algunos recursos ahora se redistribuyen automáticamente a las OSN con beneficiarios de bajos ingresos para garantizar un valor mínimo de la prima mensual necesaria para financiar el PMO. En 2000, los aportes al fondo se aumentaron al 15 y, en el caso de las OS de Dirección, al 20 por ciento de los aportes. Los recursos se destinaban a financiar los gastos administrativos de la SSS, a los beneficiarios de ingresos más bajos subsidiados automáticamente, y a garantizar la prestación de servicios para el tratamiento de enfermedades de baja incidencia y alto costo y discapacidades. Este subsidio posterior llegó a ser conocido como Sistema Único de Reintegros (SUR). En 2006, se añadió algún ajuste del riesgo a la redistribución de los fondos recibidos por los beneficiarios de bajos ingresos (el subsidio automático nominativo (SAN)).

82. En los últimos años se incluyeron subsidios adicionales dentro del FSR. Uno de estos subsidios es el Subsidio de Mitigación de Asimetrías (SUMA), destinado a compensar a aquellas Obras Sociales que presentan un menor nivel de ingreso por afiliado y fortalecer a aquellas con menos de 100.000 afiliados. Este subsidio, que **corresponde** a aproximadamente el 6 por ciento del total del FSR, se distribuye automáticamente: i) 20 por ciento, distribuido por igual a todas las OSN con más de 5.000 afiliados; ii) el 80 por ciento se distribuye proporcionalmente al número de afiliados de cada OSN; y iii) aquellas que tienen menos de 5.000 afiliados, cuyo ingreso mensual promedio por afiliado es inferior al ingreso mensual promedio de todo el sistema, reciben una compensación económica mensual que les permita alcanzar el ingreso promedio mensual por afiliado de todo el sistema.

83. En 2013 se crearon otros dos subsidios, el Subsidio para la Mitigación de Asimetrías para Regímenes Laborales Especiales (SUMATE), destinado a financiar a las Obras **Sociales** por sus trabajadores/as de Casas Particulares y el Subsidio para Mayores de setenta años (SUMA70), destinado a financiar una cápita por los afiliados mayores de 70 años por cada Obra Social.

84. Como proporción del total de aportes y contribuciones, la tabla siguiente ofrece una **síntesis** de la distribución del FSR en el año 2015. Allí se constata que del promedio de 16% de aportes y contribuciones que se destinan al FSR, una elevada proporción (10,4%) se distribuye de manera automática.

Tabla 13: Distribución de Recursos del FSR y Porcentaje del Monto Total de Aportes y Contribuciones a Cada Fondo.

Componente	Descripción	Porcentaje de aportes
SUR	Reembolso para tratamientos de enfermedades de alto costo y baja incidencia y discapacidades	2,2
SUMA	Subsidio relacionado con el número de beneficiarios y su ingreso promedio	6
SUMATE	Subsidio para la población con regímenes laborales especiales	1,5
SUMA70	Subsidio para beneficiarios mayores de 70 años	0,7
SANO	Contribución de prima mensual mínima ajustada por riesgo	0,01

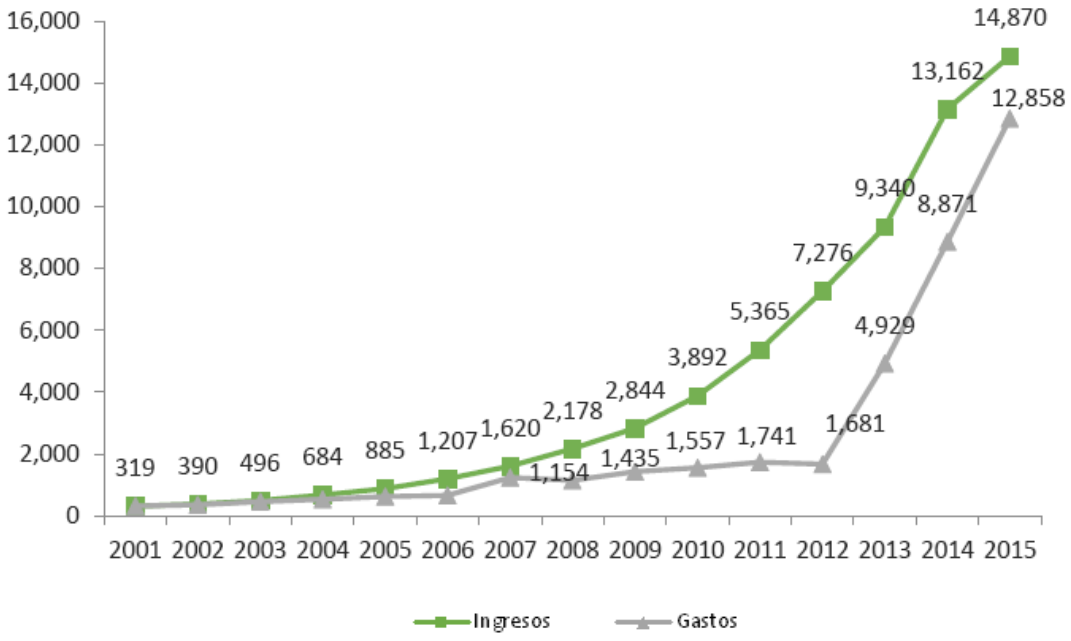
Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base de la normativa vigente y la SSS

85. Varios estudios han analizado el impacto distributivo del FSR en diferentes momentos y bajo diferentes marcos normativos. Estos estudios han concluido que el impacto de la redistribución del fondo ha mejorado con el tiempo, pero sigue siendo relativamente pequeño. Un estudio reciente (Lieuttier et al, 2013) evaluó el impacto del FSR estimando la diferencia entre el ingreso per cápita de las OS más rica y el de la OS con los ingresos

más bajos antes y después del efecto **distributivo** del FSR. Estos autores muestran una gran desigualdad inicial en los ingresos entre las OSN, debido a que la OSN con los mayores ingresos tiene un 70 por ciento más ingresos que la que tiene menores ingresos. Después de la transferencia del FSR, y particularmente la transferencia de SUMA (el efecto de SANO es muy pequeño porque sus valores no se actualizaron en mucho tiempo), esta diferencia se redujo.

86. Las recientes tendencias en ingresos y gastos del FSR muestran que los ingresos han aumentado rápidamente, debido a que el empleo formal también ha aumentado desde 2001, y debido a los aumentos salariales y las tendencias inflacionarias (Figura 30). Sin embargo, los gastos no han aumentado porque el valor per cápita se fijó en términos nominales y no se ajustaron por inflación (la matriz del SANO no se actualizó entre 2011 y 2016). Como consecuencia de ello, el número de beneficiarios del SANO se redujo significativamente hasta casi desaparecer. En 2016 la matriz del SANO se actualizó parcialmente eliminando este problema. Esto explica la gran acumulación de recursos del FSR que no fueron distribuidos en esos años. Acumulación que luego fue distribuida por decreto en agosto de 2016.

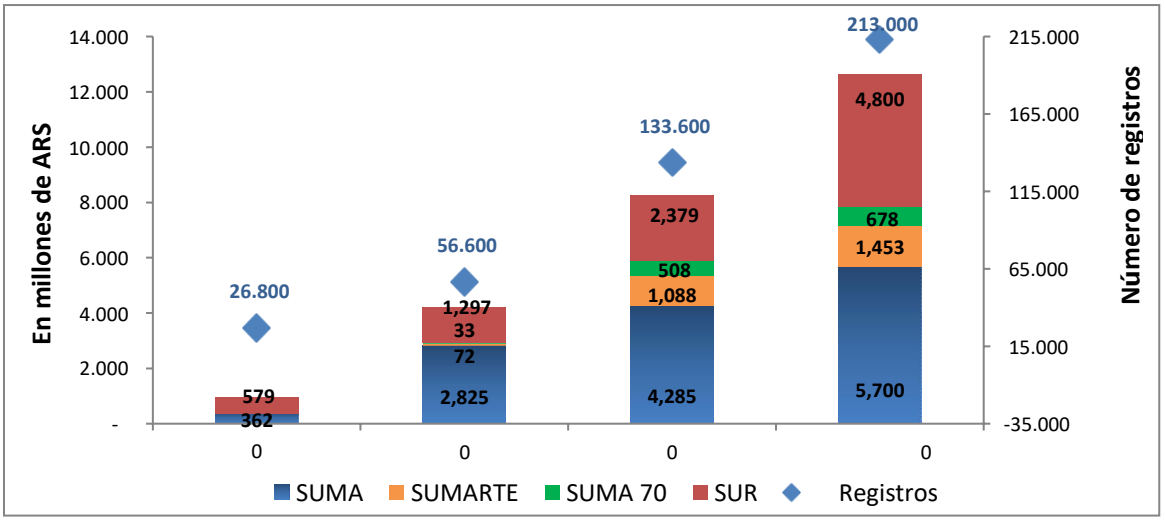
Figura 30: Ingresos y Gastos del FSR 2001-2015, Millones de Pesos Actuales



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base de datos de SSS

87. En los últimos años los componentes que más han aumentado en el FSR son SUR y SUMA. En otras palabras, los relacionadas con el reembolso por el tratamiento de enfermedades de alto costo y baja incidencia (por ejemplo, VIH/SIDA, hemofilia, cánceres, esclerosis múltiple, etc.) y discapacidad y el fondo utilizado para redistribuir los recursos para los beneficiarios de bajos ingresos. Las discapacidades representan el 44 por ciento del total de los reembolsos del SUR.

Figura 31: Distribución de Recursos del FSR 2012-2015, en Millones de Pesos Actuales



Fuente: Cetrángolo y Goldschmit sobre la base de datos de SSS

88. En el contexto de esta acumulación de fondos y como resultado de la presión de los sindicatos, en agosto de 2016 el gobierno distribuyó en forma excepcional parte de los fondos acumulados en el FSR. Un total de $26.770 millones se incluirán en un Fondo de Emergencia y Asistencia con $4.500 millones destinado a financiar diversas situaciones de epidemia, asistencia financiera, apoyo financiero y situaciones excepcionales, y una inversión financiera por $14.270 millones en BONAR 2020, cuyos intereses devengados trimestralmente se capitalizarán en la cuenta del FSR. Adicionalmente, se decide apoyar la implementación de la estrategia cobertura universal de salud (CUS) mediante la asignación, por única vez, de $8000 millones que se transfieren al sistema público.

89. Al igual que en el **subsistema** público, los mecanismos de coordinación son muy limitados. La mayor parte del papel de coordinación es desempeñado por la SSS.

Conclusiones y Recomendaciones de Políticas

1. Muchos de los desafíos en el sector salud en la Argentina son consecuencia de su estructura organizativa, caracterizada por una gran segmentación de la población y de fondos mancomunados de acuerdo con el estatus laboral y la ubicación geográfica de la población. Sin embargo, es poco probable que esta estructura desaparezca en un futuro inmediato por las siguientes dos razones: i) la Argentina tiene una estructura de gobierno federal, en la cual las provincias tienen plena responsabilidad por la prestación de servicios de salud; y ii) la fragmentación ligada a la segmentación de la población según su estatus en el mercado laboral es poco probable que desaparezca en un futuro próximo, dada la compleja economía política del sistema de obras sociales contributivo.

2. Aunque los países varían significativamente en la organización y el funcionamiento de sus sistemas de salud, existen ciertas características que son comunes entre los países que han progresado en gran medida hacia la CUS. Estas características son[36]: i) dependencia predominante de fuentes de ingresos obligatorias; ii) reducción de la fragmentación en la mancomunación de riesgos; y iii) aumento de la medida en la que se compran los servicios sobre la base de la información sobre las necesidades de salud de la población y el desempeño de los proveedores.

3. El sistema de salud argentino ya se basa predominantemente en fuentes de ingresos obligatorias, tanto de los impuestos generales como de los aportes laborales a las obras sociales. El país también ha visto algunos avances en la compra de servicios sobre la base de la información relativa a las necesidades de la población y al desempeño de los proveedores, tanto en el sistema no contributivo, a través del Programa Sumar, como en el contributivo.

4. No obstante, la fragmentación del sistema de salud se ha mantenido sin cambios a lo largo de los años. En este contexto, los esfuerzos previos hacia la CUS en el país, así como en otros países de América latina con desafíos similares, tuvieron como objetivo reducir las diferencias en la cobertura efectiva y la protección financiera entre los sistemas contributivos y no contributivos.[37] En este sentido, la Argentina ha diseñado e implementado varios programas dentro del sistema público no contributivo a fin de mejorar su desempeño y disminuir las brechas existentes con el sistema contributivo. Programas como el Plan Nacer/Programa Sumar, CUS-Medicamentos, Incluir Salud y Proteger son algunos ejemplos de ello. Aunque estos programas no disminuyen la fragmentación del sistema, al mejorar el desempeño del sector público provincial y al reducir las brechas existentes, podrían facilitar una posible integración entre subsistemas una vez que esto sea políticamente viable.

5. A pesar de los avances logrados hasta el momento, las diferencias entre los subsistemas siguen siendo significativas, mientras que el espacio para la integración real, es limitado. Por lo tanto, es muy probable que los nuevos avances hacia la CUS en la Argentina requieran: i) más esfuerzos hacia la integración funcional de sus subsistemas. Esto probablemente no sólo allane el camino para una futura integración, sino también

[36] Kutzin, 2012.
[37] Cotlear, et al. 2015.

reduzca algunas de las ineficiencias y desigualdades actuales en el sistema; ii) nuevos avances hacia la compra estratégica de servicios; y iii) mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios, en particular los que se prestan en el sistema no contributivo. Estos temas se explican más detalladamente a continuación.

6. Los avances hacia la *integración funcional* requerirían esfuerzos para fortalecer la eficacia de los instrumentos, mecanismos e instituciones existentes (o crear nuevos) para mejorar la coordinación de políticas y los mecanismos de armonización y redistribución entre subsistemas, para así contrarrestar los desafíos de la profunda naturaleza federal y descentralizada del país. A continuación, se analizan algunos de estos mecanismos, instrumentos e instituciones:

7. **Mejora de la capacidad de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación.** Dada la estructura federal del país y la escasa proporción de recursos para la salud administrada por el MSN, su papel en la mejora de la coordinación y armonización del sistema en su totalidad depende en gran medida de su capacidad para regular diferentes aspectos del sector, como: i) sistemas de información, incluida la presentación de informes y el uso de normas comunes y su interoperabilidad; ii) normas de calidad, lineamientos y protocolos; iii) el desarrollo de redes integradas para servicios de alta complejidad que van más allá del nivel provincial; y iv) la asignación efectiva de recursos nacionales limitados. De ahí, la importancia de seguir fortaleciendo la capacidad institucional del MSN para lograrlo.

8. Una de las principales áreas de regulación para asegurar una mejor coordinación y armonización del sector es la de sistemas de información. Por el momento, hay importantes brechas de información relacionadas a los gastos de salud, la cobertura de los servicios básicos salud [38], y la calidad y la eficiencia de la atención prestada; también hay brechas en la información de algunos subsistemas, como la relacionada a la atención prestada y a los resultados de esta atención en el caso de proveedores privados financiados por las obras sociales.

9. También sería importante seguir desarrollando la estrategia del gobierno federal denominada Cobertura Universal de Salud (CUS) en un Plan de Salud con objetivos, actividades y metas. Este plan podría servir como punto de partida para un debate nacional que podría finalmente sentar las bases para una Ley Nacional de Salud. Una ley que podría aclarar, entre otras cosas, la división de responsabilidades entre los gobiernos nacional y provinciales, entre organismos del gobierno federal (p. ej. el MSN, los SSS y el PAMI), y entre diferentes organismos y mecanismos de coordinación (por ejemplo, COFESA, COSSPRA, SSS, etc.); esto incluiría una aclaración sobre cuál organismo/instancia está a cargo de supervisar todo el sector de salud, una responsabilidad que sigue estando fragmentada y es poco clara.

[38] Actualmente la única información disponible sobre cobertura de servicios básicos proviene del Plan Nacer/Programa Sumar. Estos datos tienden a ser confiables porque son auditados. Sin embargo, hay problemas en la notificación de esta información en algunas provincias, en particular en aquellas que tienen problemas para facturar los servicios prestados en el marco del programa. Este es particularmente el caso de la CABA, Buenos Aires y otras provincias. La información sobre ciertos servicios relacionados con las ENT está disponible en encuestas de factores de riesgo que se llevan a cabo cada cuatro años. La información sobre la cobertura de servicios para la población cubierta por las OS y los subsistemas privados no está disponible públicamente. Por último, la última información disponible sobre la utilización total de atención de salud proviene de la última encuesta de gastos y utilización de la salud de los hogares, la última se llevó a cabo en 2010.

10. El MSN también tiene la responsabilidad de asegurar el funcionamiento de un sistema nacional integrado de salud pública, que incluya la vigilancia de enfermedades y factores de riesgo a nivel nacional. Su capacidad no sólo para regular sino también para brindar apoyo a las provincias en este sentido sigue siendo muy relevante. Esta capacidad, así como la necesaria para asegurar la preparación para pandemias y para hacer frente a contingencias de urgencias y desastres, necesita ser fortalecida.

11. **Fortalecer las instancias de coordinación existentes o generar otras nuevas.** COFESA es uno de los posibles mecanismos para la coordinación entre el gobierno federal y los provinciales. Sin embargo, con algunas excepciones[39], no ha funcionado como un órgano con capacidad decisoria y no incluye a todas las partes interesadas pertinentes. Reformar el COFESA (o generar una nueva instancia) para incluir a otras partes interesadas y convertirlo en un órgano con capacidad decisoria podría apoyar una mejor coordinación del sistema. Una opción para fortalecer la capacidad del COFESA podría ser la creación de una Secretaría permanente para que no funcione de manera ad hoc. Esta Secretaría podría generar los insumos necesarios para que los miembros tomen acciones/decisiones sobre políticas.

12. **Instrumentos para armonización y coordinación.** Algunos de los principales instrumentos para armonización y coordinación ya se mencionaron cuando se enumeraron las actividades que requerirían la regulación del Ministerio de Salud de la Nación. Uno de los mecanismos más importantes es el de intercambio de información para una mejor planificación y toma de decisiones en todos los niveles del sector de salud.

13. Recientemente se han realizado importantes esfuerzos para integrar datos y ponerlos a disposición de todos dentro del Ministerio de Salud de la Nación a través de la creación del SIISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria de Argentina). Sin embargo, su potencial uso para la coordinación, planificación y toma de decisiones es limitado porque los sistemas que lo alimentan no se comunican fácilmente entre sí; además, hasta ahora la información generada no se utiliza habitualmente para la planificación o la toma de decisiones.

14. No obstante, la información que actualmente se recopila en el SIISA podría utilizarse como aporte para el desarrollo de un Observatorio de Salud que podría ser utilizado por todos los subsistemas. Este observatorio podría recopilar y comparar los datos necesarios para la coordinación, planificación y toma de decisiones de políticas para todo el sistema de salud o al menos para el subsistema público provincial. La información recopilada y compartida debería incluir indicadores que midan no sólo los insumos y la cobertura de servicios, sino también la calidad de esos servicios y, si es posible, la eficiencia de los mismos. Este observatorio debe funcionar independientemente de cada pieza individual del sistema global. Una opción es crearlo dentro del COFESA; una segunda opción es crear una instancia separada como es el caso del Instituto Canadiense de Información sobre Salud, el cual es una organización sin fines de lucro, con

[39] Funcionó como órgano con capacidad de toma de decisiones en los años 2002-2007.

representación de todas las provincias y territorios, así como del gobierno federal en el Directorio. Este organismo proporciona datos e información comparables sobre atención de salud y desempeño del sistema de salud.

15. El PAMI podría potencialmente servir como instrumento para difundir y hacer cumplir normas de calidad armonizadas. La generación y aplicación de normas de calidad sanitaria para todo el sector y no sólo para el subsistema público provincial también es un instrumento importante para la armonización. Dado que la generación y aplicación de estas normas sería compleja y requeriría tiempo, una forma de iniciar y generar incentivos para su aplicación sería asegurar que todos los servicios financiados por el PAMI siguieran estas normas. El PAMI es la mayor aseguradora en el país, no enfrenta la misma economía política compleja de las OSN, aumentando así la factibilidad de dicha política, y contrata la prestación de servicios tanto con proveedores públicos como privados en todo el territorio.

16. Un mecanismo nacional para evaluar el costo-rendimiento de las nuevas tecnologías mejoraría la eficiencia de las asignaciones en todo el sector. Actualmente se está analizando la posibilidad de desarrollar una nueva Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud.

17. Vinculado al punto anterior, para mejorar la equidad y la eficiencia sería importante contar con un mecanismo transparente para revisar la lista de servicios incluidos en el PMO y en el paquete de servicios explícito que se suministra a las personas cubiertas exclusivamente por el sistema público provincial. Este mecanismo nacional podría asegurar la armonización en el paquete de servicios que se presta a la población; sin embargo, tendría que ser lo suficientemente flexible como para permitir algunos ajustes a las necesidades locales. En el proceso de priorización para revisar estos paquetes, este mecanismo debería tener en cuenta la factibilidad de prestar estos servicios, su costo-rendimiento y las preferencias sociales.

18. **Fortalecimiento de los mecanismos redistributivos existentes y mecanismos para reducir la fragmentación de los grupos de riesgos.** La mayoría de los mecanismos redistributivos con los que cuenta el gobierno federal son los programas nacionales que financian las actividades a nivel provincial. Con recursos limitados, estos mecanismos (por ejemplo, Plan Nacer/Sumar, CUS-Medicamentos y otros) han contribuido a la provisión de un paquete básico de servicios estándar para la población atendida por todos los sistemas provinciales no contributivos. Sin embargo, dado el tamaño relativamente pequeño del presupuesto del MSN, su capacidad para redistribuir recursos para la salud sigue siendo limitada.

19. Un área en la que sería importante asegurar un mayor número de recursos para lograr una mejor redistribución de los riesgos, es la del tratamiento de las enfermedades de baja incidencia y alto costo. Actualmente hay dos programas en el sector público no contributivo que hacen esto. Uno es el programa nacional Incluir Salud, que también financia otros servicios como los servicios para ciertas poblaciones vulnerables; el otro es el fondo catastrófico que se desarrolló bajo el Plan Nacer/Programa Sumar. Sólo en el segundo caso existe la intención de que todas las provincias aporten a un fondo único para financiar este tipo de gastos en todo el país. Sin embargo, los recursos que las

provincias aportan son recursos que provienen del Programa Sumar y no necesariamente de su presupuesto actual. Sin embargo, establece un precedente para la creación de dicho fondo en el sector público provincial.

20. También es necesario avanzar hacia la armonización de los mecanismos utilizados por estos diferentes sistemas y finalmente hacia la convergencia en los servicios que cubren; de hecho, en promedio, el gasto público per cápita es similar en todos los subsistemas. Actualmente los paquetes de servicios incluidos tanto en Incluir Salud como en el fondo para servicios de alta complejidad de Sumar son muy limitados, pero a medida que los recursos tanto de la nación como de cada provincia estén disponibles, estos paquetes podrían ser revisados y aumentados para reducir la brecha con los servicios incluidos en el SUR (Sistema Único de Reintegro), un fondo catastrófico similar que reembolsa estos servicios a las OSN. Además, sería importante armonizar las normas que rigen ambos mecanismos existentes en el sector no contributivo y finalmente integrarlos. Incluir Salud no sólo financia algunas enfermedades catastróficas sino también otros servicios para ciertos grupos de la población. Incluir Salud no ha funcionado hasta ahora como un seguro adecuado, sino sólo transfiere recursos a las provincias para los beneficiarios del programa; estos recursos no son utilizados para la compra estratégica de servicios para los beneficiarios o para generar incentivos para una mejor prestación como en el caso de Sumar. A corto plazo, podría no ser posible integrar plenamente ambos mecanismos, pero al menos sería importante armonizar su funcionamiento.

21. **Reducir la fragmentación en los fondos mancomunados en las provincias con servicios descentralizados a nivel municipal.** Algunas provincias han descentralizado la prestación de los servicios de salud a nivel municipal; sin embargo, como en el caso federal, existen muy pocos mecanismos de coordinación y redistribución, especialmente en el caso de la Provincia de Buenos Aires, lo que genera nuevos desafíos a los observados en otras provincias. En este caso particular, existe actualmente espacio político para una posible integración real del financiamiento a la salud. Se pueden prever diferentes opciones teniendo en cuenta este objetivo, se podría cambiar la fórmula de distribución de la transferencia de recursos de la provincia a los municipios y así aumentar la equidad y la eficiencia (ya que actualmente la fórmula beneficia a los municipios con menor porcentaje de pobres y a las personas con cobertura exclusiva del subsistema público), se podría crear un seguro provincial con un fondo de recursos único que sería financiado tanto por la provincia como por los municipios, y se podría igualmente generar un fondo de redistribución como el actualmente utilizado por las OSN, y otros.

22. **Mejorar la cobertura efectiva de los servicios esenciales para la población más vulnerable en las zonas más pobres, a la vez que se promueven reformas estructurales en el subsistema público provincial.** Desde el final de la crisis socioeconómica de 2001/2002 hubo una importante mejora en los resultados de la atención materno-infantil y en el acceso a servicios en todo el país y particularmente en las provincias más pobres del norte.

23. A pesar de estos importantes logros, todavía hay brechas en la cobertura efectiva de los servicios. Actualmente estas brechas se concentran principalmente en la cobertura efectiva de servicios esenciales para la prevención temprana y el control de las ENT,

donde las zonas más pobres tienen la cobertura más baja. Además, algunas de las reformas producidas con el apoyo de los programas financiados por el Banco Mundial para aumentar la cobertura y la calidad de los servicios, continúan limitadas a estos programas y no se extienden a la totalidad de los subsistemas sanitarios provinciales.

24. En este contexto, mejorar la cobertura y la calidad de los servicios y mejorar la eficiencia de la prestación requerirá el apoyo continuo para cerrar definitivamente la brecha de cobertura que afecta a la población pobre en las zonas más pobres, con un enfoque en la prevención y el control de las ENT mientras continúa el apoyo brindado a la atención materno-infantil. También requeriría la ampliación de las reformas logradas al resto del subsistema público provincial. Específicamente, esto requeriría:

    vii. La financiación en base a resultados de la prestación servicios básicos para cerrar las brechas existentes, con un régimen de financiación descendente, un apoyo que podría ser desarrollado dentro del actual programa Sumar, el que a su vez podría ser reformado y reforzado;
    viii. Asegurar la asignación y empadronamiento de la población a establecimientos de atención primaria de salud (APS), lo cual sería necesario para mejorar la eficacia de la atención prestada, particularmente para pacientes con enfermedades crónicas;
    ix. Fortalecer la capacidad del sector público provincial de salud para prestar servicios de calidad a la población sin cobertura de seguro social, con un esfuerzo enfocado en mejorar la cobertura efectiva de los servicios destinados a la prevención y el control de las ENT, continuando las mejoras logradas en la atención materno-infantil. Esto incluiría la capacidad de medir y supervisar continuamente la calidad de los servicios prestados;
    x. Revisar el paquete de servicios proporcionados a través del programa Sumar para asegurar la eficiencia de la asignación de los recursos para aumentar la cobertura de los servicios;
    xi. Ampliar el uso de los sistemas de información de Sumar a todo el sistema de prestación provincial;
    xii. Apoyar la integración de los mecanismos de compra en el sector público provincial y su integración funcional con otros subsistemas (por ejemplo, el uso de normas similares para la prestación de servicios, recopilación de datos, etc.).

25. **Reducir los subsidios cruzados regresivos entre los subsistemas públicos provinciales y las OS.** Muchos beneficiarios de las OS reciben servicios de hospitales públicos, servicios que a menudo no se cobran a las respectivas OS. Pero incluso cuando hay recuperación de costos aún existen subsidios cruzados, ya que la lista de aranceles no se actualiza con frecuencia y por lo tanto las tarifas a menudo no cubren el costo total de la prestación. Gracias al desarrollo de un registro único de beneficiarios, actualmente es posible identificar la situación de aseguramiento del paciente. Además, la capacidad de facturación de los proveedores también ha aumentado gracias al Plan Nacer/Programa Sumar. Sin embargo, la recuperación de los costos de las OS en la mayoría de las provincias sigue siendo relativamente pequeña. Cambiarlo requeriría armonizar los procesos de facturación, así como las normas únicas para el registro de datos, de otro modo los costos transaccionales de los hospitales públicos y de los establecimientos de APS son muy elevados dada la gran cantidad de OS en el país.

26. Pero la limitada recuperación de costos en los hospitales públicos y en los establecimientos de APS no es la única causa de los subsidios cruzados entre los dos subsistemas. El PAMI y varias OSP son deficitarias, y a menudo estos déficits se financian mediante transferencias del Tesoro Nacional o los tesoros provinciales, respectivamente. En el presupuesto para 2017 hay una transferencia al PAMI equivalente al 0.34 por ciento del PBI. Además, entre las OSP de las que se disponía de datos, en cuatro provincias el presupuesto para el año 2015 ya incluía transferencias para las OS provinciales (Formosa, Santa Fe y Tierra del Fuego); en otras el presupuesto estimó un equilibrio en las cuentas fiscales de las OSP, que no se realizaron (Entre Ríos, Misiones y Salta), y finalmente en la Provincia de Buenos Aires la información sobre la ejecución presupuestaria incluye una transferencia del tesoro a las OSP para cubrir los el déficit de IOMA. Es muy probable que se deban producir cambios estructurales en las OSP, pero estas reformas no se llevarán a cabo si el tesoro continúa rescatándolos, al mismo tiempo que reduce los recursos para las personas con cobertura de salud pública exclusiva.

27. **Mejora de la equidad y la eficiencia en el sistema de OS.** Las conclusiones y las recomendaciones de políticas presentadas en este informe se centran en las actividades necesarias para mejorar los resultados de salud de la población en situación de pobreza en las zonas de más bajo ingreso y por lo tanto se centran en mejorar el desempeño del subsistema provincial no contributivo. Sin embargo, hay algunos aspectos del desempeño del sistema de OS que afectan los servicios que se presta a la población vulnerable, porque dan lugar a subsidios cruzados del tesoro o porque afectan el desempeño en las OS que aseguran a los hogares de bajos ingresos. Por tanto, las opciones de políticas enumeradas a continuación no pretenden ser exhaustivas de todos los problemas de desempeño identificados en el diagnóstico.

28. Mejora de la eficiencia y la eficacia del PAMI. Los gastos del PAMI han ido aumentando rápidamente en los últimos años y actualmente es la aseguradora con mayor gasto per cápita en todo el sector salud. Al mismo tiempo, hay información limitada que indica ineficiencias en el desempeño del sistema, que si disminuyen podría generar ahorros. También sería importante evaluar si existe un desequilibrio estructural entre los ingresos y los gastos que necesitarían una reforma más profunda.

29. Mejora de la eficiencia y la eficacia de las OSP. Muchas OSP, incluidas las más grandes, IOMA en la PBA, IAPOS en Santa Fe, y otras, son deficitarias y algunos de estos déficits son financiados con transferencias de los tesoros provinciales. Serían necesarias evaluaciones detalladas para determinar si estos déficits se deben a una administración ineficiente o a desequilibrios estructurales entre los ingresos que reciben de los aportes y los beneficios que están obligadas a brindar.

30. Evaluación de si es posible integrar las OSP con los subsistemas públicos no contributivos provinciales. Como se comentó arriba, el gasto per cápita de las OSP es similar al del sistema no contributivo. Del mismo modo, gran parte de sus ingresos proviene de las contribuciones del empleador que el tesoro provincial provee para los empleados públicos beneficiarios. En este contexto, sería importante evaluar las medidas para una futura integración de estos dos subsistemas, comenzando por la armonización

de los estándares de servicio, los sistemas de información, etc.

31. También debe darse prioridad a la reforma del Fondo Solidario de Redistribución (FSR) debido a su impacto sobre la equidad dentro del sistema de las OS. El FSR fue creado para asegurar que todas las OSN tuvieran una cantidad mínima de fondos por beneficiario que les permitiera proveer el paquete de beneficios que todas las OSN deben entregar por ley. Esto no elimina las desigualdades entre las OSN; es probable que las OSN que aseguran a los beneficiarios de ingresos más bajos tengan, en promedio, menos recursos en total y en muchos casos menos recursos per cápita que los necesarios para financiar el paquete básico de servicios que las OSN deben proveer a sus beneficiarios.

Bibliografía

1. Barbieri, María Eugenia (2015). Health status analysis in Argentina: Trends 2003-2013. Achievements and Pending Challenges. Background report commissioned by the Health, Nutrition and Population Practice, Latin American and the Caribbean Region, World Bank, Washington, DC.
2. Boerma, T., P. Eozenou, D. Evans, T. Evans, M.-P. Kieny and A. Wagstaff (2014a). "Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels." PLoS Med 11(9): e1001731.
3. Boerma, T., P. H.-V. Eozenou, D. Evans, T. Evans, M.-P. Kieny and A. Wagstaff (2014b). Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: Framework, measures and targets. Geneva and Washington DC, WHO and the World Bank.
4. Cetrángolo, Oscar, and Goldschmit, Ariela. (2017). Social Security System Diagnosis in Argentina. Background report commissioned by the Health, Nutrition and Population Practice, Latin American and the Caribbean Region, The World Bank, Washington, DC.
5. Cortez, Rafael, and Romero, Daniela (2013). Argentina: Aumento de la utilización de los servicios de atención de salud en la población no asegurada: Plan Nacer. UNICO Studies Series 12. The World Bank, Washington DC.
6. Cotlear, D. et al. (2015). Overcoming social segregation in health care in Latin America. In Universal Health Coverage in Latin America 2. Lancet 2015; 385: 1248-59.
7. IECS (2016). Definición de Políticas de Cobertura en Argentina: PMO y Agencia de Evaluación de Tecnologías, Informe Técnico, Ciudad de Buenos Aires.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2016). Global Burden of Disease Study 2015. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Socio-Demographic Index (SDI) 1980–2015. Seattle, United States.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2016). Country Profiles: Argentina Seattle, United States. URL: http://www.healthdata.org/argentina
10. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. Bull World Health Organ. 2012;90(11):867-8.
11. Lieuttier, A. Aprile, M. Goldschmit, A. y M. Robba (2013). Estudio sobre el impacto distributivo del Fondo Solidario de Redistribución, Congreso Anual AEDA, Buenos Aires.
12. National Institute of Statistics and Census (INDEC). Permanent Household Survey 2015-2016.
13. National Ministry of Health, Directorate of Statistics and Health Information: Vital Statistics. Buenos Aires. Argentina
14. National Ministry of Health. National Risk Factor Surveys (2009-2013). National Institute of Statistics and Census Buenos Aires. Argentina
15. National Ministry of Health, Sumar Program (2013). Sumar Program Management Report - 2013. Buenos Aires. Argentina
16. National Ministry of Health. Health Information Integrated System (SIISA). (2016) Argentina.
17. National Ministry of Health (2017). Chagas National Program. Diagnosis. URL: http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/diagnostico
18. National Ministry of Health (2017). Integrated Bulletin of Surveillance - N° 345 – SE 04 i. January 2017.

19. OECD (2017), Hospital beds (indicator). doi: 10.1787/0191328e-en (Accessed on 21 April 2017)
20. OCDE (2017), Length of hospital stay (indicator). doi: 10.1787/8dda6b7a-en (Accessed on 20 January 20172017).
21. Panadeiros, Monica (2012). Health System Efficiency in Argentina. Working Document No. 115. Latin-American Economic Research Foundation (FIEL). October 2012. Argentina
22. Sanguinetti, Juan. (2012). Equidad, acceso y utilización de los servicios de salud en Argentina. ¿Qué dicen los datos más recientes? Paper commissioned by the World Bank, Human Development Department, Latin American and the Caribbean Region, Washington, DC.
23. Sanguinetti, Juan (2015). Health Coverage, Spending, Financing and Service Utilization Analysis in Argentina 2003-2014: Main trends. Background report commissioned by the Health, Nutrition and Population Practice, Latin American and the Caribbean Region, World Bank, Washington, DC.
24. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. ESA/P/WP.241. URL: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/
25. Van der Koy, E. Pezzella, H. Carril, A. Roldán R. Jorgensen, N. y M. Langsam (2016). Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO, Prosanity-ISALUD, Buenos Aires.
26. Wagstaff, A.; Cotlear, D.; Eozenou, P. Buismen, L. (2015). Measuring Progress Towards Universal Health Coverage: With an Application to 24 Developing Countries. Policy Research Working Paper No 7470. World Bank. Washington, DC.
27. World Bank. (2003). Argentina The Health Sector in Argentina Current Situation and Options for Improvement. Health Economic Sector Report (HESR). July 2003. Report No. 26144-AR. Washington, DC.
28. World Bank. (2003). Argentina: Provincial Maternal – Child Health Sector Adjustment Loan (PMCHSAL). Program Document. September 2003. Report No. 26527-AR. Washington, DC.
29. World Bank. (2004). Memorandum of the President of the IBRD and IFC to the Executive Directors on a Country Assistance Strategy of the World Bank Group for the Argentina Republic. January 2004. Washington, DC.
30. World Bank. (2004). Argentina Provincial Maternal-Child Health Investment Project in support of the First Phase of the Provincial Maternal-Child Health Program. Program Appraisal Document (PAD). March 2004. Report No. 27892-AR. Washington, DC.
31. World Bank. (2006). Argentina Essential Public Health Functions and Programs Project. Program Appraisal Document (PAD). October 2006. Report No. 372929-AR. Washington, DC.
32. World Bank. (2006). Argentina Provincial Maternal-Child Health Investment Project in support of the Second Phase of the Provincial Maternal-Child Health Program. Program Appraisal Document (PAD). October 2006. Report No. 37702-AR. Washington, DC.
33. World Bank. (2007). Argentina: Provincial Maternal – Child Health Sector Adjustment Loan (PMCHSAL). Implementation Completion Results Report (ICR). September 2007. Report No. ICR632. Washington, DC.
34. World Bank. (2010). Argentina Essential Public Health Functions and Programs II Project. Program Appraisal Document (PAD). November 2010. Report No. 56144-AR. Washington, DC.

35. World Bank. (2011). Argentina Provincial Maternal-Child Health Investment Project in support of the First Phase of the Provincial Maternal-Child Health Program. Implementation Completion Results Report (ICR). January 2011. Report No. ICR00001678. Washington, DC.
36. World Bank. (2011). Argentina Provincial Public Health Insurance Development Project. Program Appraisal Document (PAD). March 2011. Report No. 58504-AR. Washington, DC.
37. World Bank. (2013). Argentina Provincial Maternal-Child Health Investment Project in support of the Second Phase of the Provincial Maternal-Child Health Program. Implementation Completion Results Report (ICR). June 2013. Report No. ICR2618. Washington, DC.
38. World Bank. (2013). Argentina Essential Public Health Functions and Programs Project. Implementation Completion Results Report (ICR). June 2013. Report No. ICR2662. Washington, DC.
39. World Bank. (2014). Argentina Emergency Project for the Prevention and Management of Influenza-Type Illness and Strengthening of Argentina's Epidemiological System. Implementation Completion Results Report (ICR). June 2014. Report No. ICR89199. Washington, DC.
40. World Bank. (2015). Argentina Provincial Public Health Insurance Development Project Additional Financing. Program Appraisal Document (PAD). June 2015. Report No. PAD1397. Washington, DC.
41. World Bank. (2015). Argentina Protecting Vulnerable People against Non-communicable Diseases Project. Program Appraisal Document (PAD). April 2015. Report No: PAD535-AR. Washington, DC.
42. World Bank. (2016). Argentina Essential Public Health Functions and Programs II Project. Implementation Status & Results Report (ISR). December 2016. Washington, DC.
43. World Bank. (2016). Argentina Provincial Public Health Insurance Development Project. Implementation Status & Results Report (ISR). August 2016. Washington, DC.
44. World Bank. (2016). Argentina Protecting Vulnerable People against Non-communicable Diseases Project. Implementation Status & Results Report (ISR). September 2016. Washington, DC.
45. World Bank (2016). Evaluación de Impacto y Procesos de Argentina para el Proyecto de Desarrollo del Seguro de Salud Pública Provincial (P156790). Supplemental Task Description. Washington, DC.
46. World Bank (2017). Performance and Learning Review of the Country Partnership Strategy for the Argentine Republic for the Period FY15-FY18. Report No. 110546-AR. Washington, DC.
47. World Bank. World Development Indicators
48. Banco Mundial (en preparación) Revisión del Gasto Público, Buenos Aires Washington, DC.
49. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. 2015. Tracking Universal Health Coverage: the first global monitoring report.

GRUPO BANCO MUNDIAL