

El sistema de salud como construcción colectiva

Daniel Maceira

Para una reforma integral del sistema de salud argentino es necesaria una estrategia secuencial de cambios incrementales de mediano plazo diseñada desde el Estado. Por la naturaleza mixta del sistema, la reforma debe ser una construcción colectiva, consensuada con los actores políticos y sectoriales, que permita que cada uno de ellos se adapte y contribuya en la construcción de un modelo más equitativo y eficaz.

En la Argentina persisten brechas de acceso entre provincias y grupos sociales que hacen que el sistema de salud sea en ocasiones inequitativo e ineficiente en el uso de recursos disponibles. Cualquier cambio debe consolidar los grandes logros con los que sí cuenta el sector: amplia cobertura, solidaridad entre grupos sociales, acceso a medicamentos y tratamientos de alto costo en todos los subsistemas. Hay un consenso básico en la sociedad, imprescindible para avanzar: la Salud como bien social es considerada un derecho fundamental y un instrumento clave para la formación y mantenimiento de capital humano, a pesar de que la capacidad de financiamiento no sea igualitaria.

MENSAJES CLAVE

- La Argentina muestra una **dispar distribución del ingreso**, que se traduce en brechas de cobertura, calidad y financiamiento sectorial: la política sanitaria debe ser un espacio de **compensación de derechos, no de cristalización de desigualdades**.
- Mas allá de las **restricciones financieras**, existen fuertes **restricciones institucionales** asociadas con las condiciones de **segmentación y fragmentación del sistema**, que afectan la **eficacia** y equidad del financiamiento, aseguramiento, gestión, prestación y regulación de servicios.
- El fuerte **vínculo entre el mundo del trabajo y el mundo de la salud** —62% de la población cuenta con obras sociales— abre **oportunidades en el funcionamiento sectorial**, generando en ocasiones **rigideces** en la dinámica del sistema.
- En la Argentina la convergencia hacia un modelo más equitativo y eficaz en la asignación de recursos implica un esfuerzo de coordinación mayor que en otros países de la región. Sin embargo, y a diferencia de la mayoría de ellos, **el país parte de un piso elevado de recursos y garantías**, que supera en algunos casos las pautas establecidas en naciones desarrolladas.
- Una reforma sanitaria se implementa mientras el sistema se hace cargo de la atención de la salud y de la enfermedad de la población, y por lo tanto no puede generar incertidumbre sobre la cobertura presente, sino **certezas sobre el tránsito ordenado** a un modelo más eficaz y equitativo.

Aportes para el debate sobre la reforma del sistema de salud

1. **Fortalecer los sistemas provinciales de salud**, promoviendo la articulación entre los Ministerios de Salud y las obras sociales provinciales al interior de cada provincia, como paso fundamental en la construcción de un modelo superador.
2. **A nivel prestacional, fortalecer las redes sanitarias por línea de cuidado** y diseñar una carrera sanitaria que oriente la profesión médica; estas líneas de acción facilitarán el espacio necesario para la implementación de políticas dirigidas a un cuidado más eficaz y equitativo.
3. **Consolidar el papel regulador del Ministerio de Salud de la Nación**: instituciones como el COFESA, el PAMI y la Superintendencia de Servicios de Salud requieren ser aprovechadas como herramientas en la definición de una estrategia de reforma. **El Ministerio debe actuar como amalgama del modelo en su conjunto, funcionar como apoyatura técnica**, promoviendo la construcción de sistemas provinciales sustentables.
4. **Establecer un mecanismo de convergencia** entre los derechos garantizados por el Plan Médico Obligatorio (PMO) en el eje de gestión-prestación de las Obras Sociales Nacionales, clínicas y sanatorios privados, con la cobertura brindada por las estructuras del subsistema público, de modo de avanzar hacia un modelo más consistente y coordinado.
5. **Revisar la capacidad técnica y de gestión de las distintas Obras Sociales Nacionales**, incorporando los aprendizajes de aquellas que son eficaces y trasladarlas al resto del subsistema, promoviendo fusiones y cooperativas en los casos que sea necesario, manteniendo la capacidad de promoción de las estructuras gremiales.
6. **Crear un fondo de cobertura** de enfermedades catastróficas de alcance nacional, así como de una agencia de evaluación de tecnología sanitaria y un **sistema unificado de información sanitaria**.

Para seguir leyendo

Este informe de políticas públicas se desprende del documento [El sistema de salud como construcción colectiva: notas para un debate](#), elaborado por Daniel Maceira, Director del Área de Salud de Fundar.

Knauth, F., Wong, R. & Arreola-Ornelas, H., Eds. (2012). Financing health in Latin America. Vol. 1. *Household spending and impoverishment*. Global Equity Initiative, Harvard University. Massachusetts, Harvard University Press.

Lustig, N. C. (Ed.). (2010). *Shielding the poor: Social protection in the developing world*. Washington D.C., Brookings Institution Press.

Maceira, D. (2020) Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, FLACSO. Núm. 14, Año 8, Mayo 2020.

Acerca del autor

Daniel Maceira. Director del Área de Salud de Fundar.

Doctor en Economía por Boston University. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Económicas (UBA) e investigador independiente del CONICET. Es miembro del Consejo Ejecutivo de HealthSystems Global e investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).