



# PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD | PAIS

Una propuesta para (re) organizar  
la cobertura y transformar la forma  
de construir salud en Argentina

SEPTIEMBRE 2012

*Los abajo firmantes expresamos nuestro compromiso para colaborar en la realización de un amplio Pacto Argentino por la Inclusión en Salud (PAIS) que permita garantizar el derecho pleno de todos los ciudadanos a protecciones sanitarias adecuadas.*

## ¿Qué?

La Argentina necesita superar la inequidad y desarticulación que hoy tiene su sistema de salud y avanzar hacia un sistema de atención sanitario integrado y equitativo, que ponga al ciudadano en primer lugar. Esta es la visión que guía a la convocatoria para conformar un **PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD (PAIS)**. Priorizar al ciudadano implica, por un lado, tener en cuenta tanto sus expectativas, como las barreras y dificultades que encuentra al transitar por el sistema y, por el otro, defender su derecho a la salud garantizando el cumplimiento de las obligaciones de quienes integran el sistema. La falta de articulación no se superará con la mera participación de todos los actores: es necesario que se involucren, con roles definidos, desempeñando funciones precisas y en el marco de un sistema.

**El objetivo es conseguir más y mejor atención de la salud** para los habitantes del país a partir de la articulación, movilización y plena utilización de todos los recursos disponibles.

**EL PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD es el primer paso para una transformación institucional del sector**, que permita al Ministerio de Salud de la Nación, los ministerios provinciales y su herramienta de coordinación, el COFESA (Consejo Federal de Salud), trabajar en forma articulada, como un comando estratégico único, donde cada actor tenga un área de intervención y función determinada.

Solo se alcanzará una sólida rectoría cuando los ministerios de salud tengan injerencia efectiva y transparentada sobre las prestaciones que brindan la seguridad social (obras sociales nacionales, provinciales, PAMI y otros agentes), las empresas de medicina prepaga y los otros actores que proveen atenciones a los diferentes grupos poblacionales.

La estructura política y administrativa federal del país condiciona al funcionamiento del sistema de salud, pero no lo condena a la atomización y a la anarquía donde “cada cual atiende su juego”. Otros países federales lograron construir la rectoría en salud e implantar mecanismos de consenso y concertación estables. Argentina también puede y debe hacerlo.

**EL PACTO ARGENTINO POR LA INCLUSIÓN EN SALUD surge de la necesidad de incorporar cambios normativos que organicen las responsabilidades en el financiamiento y la gestión de la atención de la salud.**

El modelo de atención es un esquema de división del trabajo del sistema para construir salud. Definirlo, por lo tanto, significa establecer qué cuidados se deben brindar, quién los debe brindar, cuándo y cómo.

Construir salud es un objetivo complejo y no se parece a la producción de ningún otro bien. Su complejidad se manifiesta, por ejemplo, en los cuidados a aplicar. Menos cuidados de los necesarios pueden implicar un aumento de los riesgos de enfermar o morir; pero aplicar más de los requeridos, además de aumentar los costos, puede igualmente incrementar los riesgos.

Otro ejemplo lo constituyen los servicios del primer nivel de atención que se transforman en centros de emergencia y resultan tan disfuncionales para el sistema como aquellos servicios de

alta complejidad que asumen cuidados primarios. **Por eso, decidir qué modelo de atención pretende construir la Argentina es el primer paso para definir nuestro modelo de salud.**

**El Pacto Argentino por la Inclusión en Salud considera imprescindible aumentar la inversión del Estado en el sector y disminuir el gasto directo de las familias.** La inversión total en salud del país es una de las más altas de América Latina, tanto en términos de porcentaje del PBI como de gasto anual por habitante. Sin embargo, la salud que se logra resulta insuficiente. Los sistemas de otros países con niveles de gasto sanitario menores registran mejores resultados.

El problema no reside en el nivel de inversión sino en su composición: el componente gubernamental detenta una baja participación en la financiación sectorial. Además, la mayor parte del gasto público en salud corresponde a recursos provinciales y municipales, mientras que la participación del presupuesto nacional en la financiación sanitaria es residual.

**Incrementar el peso de la participación de los recursos nacionales en la financiación sanitaria es central para lograr un mejor rendimiento y una distribución más equitativa de los recursos.** En otras palabras, no es necesario aumentar el gasto total, sino la inversión pública. Si se pretende producir más y mejor salud es necesario que el gasto nacional aumente y que, al mismo tiempo, disminuya el aporte de las familias. Esto generaría mayor capacidad de rectoría por parte del Estado y también permitiría aumentar la equidad en el gasto.

## ¿Por qué?

**Es necesaria una transformación del sistema de salud.** Hasta hace algunas décadas, la Argentina detentaba los mejores indicadores epidemiológicos de la región. Hoy, se han perdido posiciones en términos de esperanza de vida al nacer y de tasas de la mortalidad infantil, de la de menores de cinco años y de la materna; y la posición empeora cuando se examinan causas específicas como la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la Argentina continúa siendo el país con mayor gasto en salud per cápita de la región. **En síntesis, el sistema resulta cada vez más caro y genera menores resultados en términos de indicadores sanitarios.**

Esta situación no se soluciona solo invirtiendo más dinero en el sistema. Para superarla es necesario redefinir el modelo de atención y de gestión de la salud, lo que permitiría:

- Conquistar más salud, reduciendo la morbi-mortalidad.
- Mejorar la distribución de la salud, mediante la reducción de las brechas en los indicadores entre grupos poblacionales.
- Superar la desarticulación del sistema de salud y avanzar hacia su integración, logrando un uso racional, eficiente y sostenible de todos los recursos de la sociedad y del Estado.

## ¿Cómo?

**Con una propuesta factible por su consistencia técnica, y viable a través de una construcción política consensuada para el largo plazo.**

Para concretar los objetivos de este Pacto es necesario superar obstáculos y construir alianzas sustentadas en argumentos sólidos para convencer a todos los involucrados en ese proceso. En suma, implica elaborar y proyectar un futuro deseable y, sobre todo, compartido.

**Para sincronizar acciones y voluntades, primero hay que compartir una bandera (valores y compromisos).** La bandera es el fin último, y sus fundamentos el horizonte hacia el cual avanzar. Un Plan de esta naturaleza no es viable sin una imagen compartida del mañana por la que vale la pena asumir el compromiso de enfrentar los potenciales conflictos venideros (que aparecen en cualquier sociedad democrática cuando se impulsan cambios que afectan intereses particulares o, simplemente, rutinas instaladas de larga data). Posicionarse y marcar este horizonte compartido implica también establecer las alianzas necesarias, sobre la base de cesiones que prioricen la esencia del objetivo final.

**El camino para sumar voluntades comienza desde el consenso como arena sanitaria.** Nuestro objetivo inmediato es presentar esta propuesta a los grupos de opinión involucrados en el sistema de salud. Es deseable que los diferentes actores de la sociedad —ciudadanos, académicos, ONGs, financiadores, prestadores, administradores, funcionarios y políticos— se integren en la construcción de un canal de comunicación que permita construir las bases de un mejor sistema de atención de la salud.

**¿Por qué iniciar este proceso?** En primer lugar, porque es una responsabilidad del Estado garantizar el derecho de los habitantes a protecciones de salud, equitativas y adecuadas.

La Constitución nacional manifiesta que la organización de un sistema de salud en la Argentina debe realizarse sobre bases federales, considerando la responsabilidad de las provincias en esa materia. Las provincias han retenido las funciones asociadas a los cuidados de salud, sin delegarlas en la Nación.

La Carta Magna también incorpora todas las convenciones y tratados de derechos humanos internacionales que consideran a la salud como un derecho humano, que debe garantizarse a través de un sistema que efectivice estos principios y valores para todos los habitantes del país. Dos personas con las mismas necesidades sanitarias deben recibir cuidados idénticos en calidad y oportunidad. Si no es posible lograr esto en forma inmediata, es fundamental asumir este criterio como meta hacia la que deben dirigirse las transformaciones progresivas del sistema.

En segundo lugar, porque este camino de convocatoria y construcción permitirá que los argentinos generen un ámbito adecuado para la discusión y el logro de un acuerdo indispensable. Este Pacto plasma un núcleo de coincidencias básicas respecto de lo que deberían ser una futura organización, legislación y modelo prestacional de la salud.

En esta dirección, el Pacto se inspira en la posibilidad de construir un movimiento político integrado por individuos, organizaciones, funcionarios y legisladores de diferentes partidos que compartan ese núcleo respecto de lo que debería ser un proceso de reforma, organización y financiamiento del sistema de salud.

## **¿Para Qué?**

**El fin último es alcanzar un modelo ciudadano de salud.** Concretar derechos es más que combatir enfermedades y ganar años de vida. Además de evitar las muertes, tanto como sea posible, hace falta darle calidad de vida a los años ganados. El sector sanitario no garantiza esto, pero contribuye a reducir las enfermedades y sus secuelas. En otras palabras, este Pacto busca aumentar la cantidad y calidad de vida para que los habitantes del país se realicen y concreten sus derechos.

La construcción del sistema de salud se debería sustentar en principios y valores éticos fundamentales, derivados de la aplicación de los principios normativos de la bioética a la atención de la salud: a) justicia, b) beneficencia y c) autonomía.

a) El principio de **justicia** se basa en el derecho individual y social de los habitantes a la atención de la salud, y por lo tanto exige que el sistema de salud se sustente en los siguientes valores:

- **Universalidad:** El sistema de salud debe asegurar la cobertura de toda la población. Esto implica garantizar la accesibilidad oportuna a la atención de salud con independencia de la condición económica, social, cultural o de salud de los habitantes. Solo mediante la reducción de las barreras geográficas, económicas, legales, administrativas y culturales a los servicios de salud puede lograrse una cobertura universal y equitativa.
- **Solidaridad:** La base financiera del sistema debe sustentarse en el aporte proporcional al nivel de ingresos e inversamente proporcional al estado de necesidad. Asimismo, en la preeminencia del interés colectivo sobre el particular, cuando ambos entran en conflicto.
- **Equidad:** La distribución de los recursos y de los servicios de salud debe realizarse de acuerdo con las necesidades de la población, otorgando prioridad a los miembros más vulnerables por razones biológicas, económicas, sociales o culturales. La Argentina no puede continuar con un sistema de salud que en base a una cobertura universal teórica, registra profundas desigualdades en la cantidad y calidad de los servicios que se prestan a diferentes grupos de población.

b) El principio de **beneficencia**, entendido como el imperativo moral de hacer el bien y también de no hacer mal (no maleficencia), exige que el sistema de salud se sustente en los siguientes valores:

- **Calidad:** La atención de la salud debe garantizar el mejoramiento constante de los servicios sustentados en el conocimiento científico actualizado y en procesos de calidad técnica probada, en base a su **eficacia** (capacidad para resolver el problema), **eficiencia** (con uso racional de los recursos) y **efectividad** (impacto real en la salud de la comunidad). Para ello debe promover la evaluación y acreditación de los servicios, reducir los efectos adversos, y procurar la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población sobre la base del trato digno, respetuoso y con sensibilidad humana por parte del equipo de salud.
- **Integridad:** Conjunción armónica y efectiva para la satisfacción de las necesidades de la población en términos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud. Esto requiere un modelo de atención integral que asegure el cuidado de la salud con un enfoque holístico y ecológico, que contemple no solo la dimensión biológica, sino también los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la condición humana.
- **Continuidad:** El cuidado de la salud debe brindarse a las personas en forma continua, desde antes del nacimiento hasta la muerte. De esta manera se facilita la intervención oportuna sobre determinantes, factores de riesgo, enfermedades y otros problemas de salud, así como el cuidado permanente frente a enfermedades crónicas e invalidez.

- c) El principio ético de **autonomía**, como expresión del derecho de las personas a que se respete su voluntad en un asunto tan importante como la vida y la salud, impone que el sistema de salud garantice la vigencia de los siguientes valores:
- **Humanización:** La atención de la salud debe considerar, comprender y respetar los sentimientos, modos de vida, pautas culturales, valores y creencias de las personas y las comunidades. La personalización en el cuidado de la salud constituye el valor básico de una medicina humanizada, basada en el reconocimiento del paciente como protagonista principal del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.
  - **Participación:** Los ciudadanos y los diversos actores sociales que componen el sistema de salud tienen derecho a ser protagonistas en las decisiones sobre planificación y control de los servicios y en el uso de los recursos, mediante espacios de participación social y concertación sectorial en las organizaciones e instituciones públicas de nivel nacional, provincial, municipal o social.
  - **Responsabilidad:** Los actores sociales y políticos que componen el sistema de atención de la salud deben asumir su responsabilidad en el cumplimiento de los principios y valores mencionados. La atención de la salud es un bien público, con independencia de la propiedad (estatal o privada) de los proveedores de servicios, y las instituciones y actores del sistema deben rendir cuentas y responder con transparencia ante la población por las acciones que se realizan.

## Propuestas para un Modelo Argentino de Salud

A continuación se reseñan **13 propuestas** concretas para transformar el modelo de atención y constituir un sistema de salud que promueva un federalismo apropiado para la Argentina.

<p><b>Eje 1:</b> La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Configurar una nueva relación Nación-Provincias, que fortalezca la rectoría de la Nación y al Consejo Federal de Salud (COFESA) como espacio principal de coordinación.</li> <li>2. Consolidar una agencia regulatoria de salud integrada.</li> </ol>
<p><b>Eje 2:</b> El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jerarquizar problemas de salud para cada etapa del ciclo de vida, mediante protecciones de salud expresadas en líneas de cuidados, y garantizadas a través de un nuevo Programa Médico Obligatorio (PMO).</li> <li>4. Crear un seguro universal para la cobertura de enfermedades catastróficas.</li> <li>5. Construir redes de complejidad creciente y con responsabilidad nominada sobre población a cargo.</li> <li>6. Comprometer al paciente: La salud involucra derechos y deberes.</li> <li>7. Procurar una apropiada participación de los beneficiarios en el sistema de salud.</li> </ol>
<p><b>Eje 3:</b> La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Corregir desigualdades en la infraestructura y los recursos humanos.</li> <li>9. Establecer un programa integrado de recursos humanos en salud que guarde pertinencia con el perfil epidemiológico del país.</li> <li>10. Evaluar el desempeño de los financiadores en función de los resultados de salud obtenidos sobre la población a su cargo y vincular la asignación de recursos a compromisos de gestión.</li> <li>11. Brindar mayor autonomía a los efectores públicos.</li> </ol>
<p><b>Eje 4:</b> La transformación del sector tiene como condición fundamental lograr un sistema de salud más integrado, que respete la organización federal del país</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Conformar Sistemas Integrados de Salud Provinciales.</li> <li>13. Compensar desigualdades en un piso de atención mediante fondos nacionales.</li> </ol>

## **Eje 1: La salud es un derecho cuya satisfacción requiere de un protagonismo creciente del Estado**

La salud no es el resultado del libre juego de la oferta y la demanda, como cualquier otra mercancía. Es un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado, que tiene todos los medios necesarios para hacerlo (cuenta con recursos normativos, administrativos y financieros).

Proveer servicios públicos de salud de forma directa a la población no alcanza para garantizar la salud, ni tampoco es la única función del Estado. La promoción y la regulación constituyen también funciones esenciales de salud pública de igual o mayor importancia.

En esta propuesta se considera que si bien es importante establecer quién provee el servicio (provisión pública, privada o mixta), lo es más aún regular cómo lo hace en función de un modelo de atención basado en las necesidades de la población a la que debe servir, con el fin de que el bien “salud” sea accesible a todos los habitantes y brindado en forma eficiente.

### **1. Configurar una nueva relación Nación-Provincias, que fortalezca la rectoría de la Nación y al Consejo Federal de Salud (COFESA) como espacio principal de coordinación**

Un protagonismo creciente del Estado requiere refundar y resignificar la relación Nación-Provincias en el sector de la salud. Esto implica establecer las funciones, atribuciones y responsabilidades en salud propias de la Nación, las que corresponden a las provincias y las concurrentes de ambas. Para ello, se deben salvar las carencias u omisiones constitucionales, revisar y reflexionar detenidamente sobre la distribución de los compromisos y fijar claramente las responsabilidades.

En esta distribución de funciones, para que el sistema de salud funcione como tal, es imprescindible que la Nación desempeñe un papel rector. Solo un organismo rector firme y legítimo logrará a su vez coordinar y obtener un desarrollo homogéneo del sistema.

No obstante, para alcanzar esta homogeneidad, también resulta necesaria la creación de un fondo compensador que garantice niveles de equidad entre provincias pobres y ricas (ver propuesta 13).

El COFESA, conformado por todos los ministros de salud del país, debe ser el órgano de coordinación federal por excelencia y el lugar en el que se consensue la estrategia sanitaria nacional. Luego de la crisis de 2001, este espacio se potenció como instancia de análisis de la situación de salud, de generación de políticas y de construcción de compromisos entre las jurisdicciones. Es tiempo de mejorar su capacidad de análisis y, en especial, sus habilidades para coordinar la implementación de un modelo argentino de salud, para traducirlo operativamente y seguir los acuerdos alcanzados en su seno.

Para conseguir un papel más activo y resolutivo del COFESA es imprescindible dotarlo de una estructura operativa permanente, con capacidad ejecutiva y de un financiamiento específico, que provenga de recursos coparticipables, que permitan realizar investigaciones y estudios de manera similar al Consejo Federal de Inversiones (CFI).

## **2. Consolidar una agencia regulatoria de salud integrada**

La función de regulación es clave y requiere de un abordaje estratégico. Por ello se propone unificar y coordinar mejor las funciones regulatorias que ya se ejercen desde la Nación, así como coordinar y potenciar las acciones regulatorias no delegadas por provincias y municipios.

En esta dirección, y considerando la experiencia de otros países federales, se propone la creación de una poderosa agencia regulatoria vinculada al COFESA, que incluya a todos los factores involucrados dentro de la función de producción de salud: los recursos humanos; la tecnología (incluyendo los medicamentos); la infraestructura y oferta de servicios; y los financiadores que tienen competencia en el aseguramiento de la salud.

Además de incorporar nuevas funciones regulatorias, esta agencia debería absorber aquellas que actualmente desempeñan otros organismos del sector, entre ellas:

- a) Confeccionar y actualizar un mapa de la oferta, la demanda y las necesidades sanitarias.
- b) Acreditar competencias profesionales para desempeñarse dentro del sistema de salud.
- c) Categorizar prestadores.
- d) Evaluar tecnologías sanitarias.
- e) Revisar, costear y actualizar de forma permanente el Programa Medico Obligatorio (PMO).
- f) Monitorear el cumplimiento de políticas y líneas de cuidados en las diferentes jurisdicciones y entre los diferentes financiadores de salud.
- g) Diseñar, implantar y supervisar sistemas de información en salud, como una Historia Clínica Unificada Digital y la prescripción electrónica.
- h) Evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud (públicos, del seguro social y privados).

## **Eje 2: El sistema de salud debe garantizar el acceso a cuidados homogéneos de calidad a todos los habitantes del país**

La consolidación de la salud como un derecho universal tiene como condición necesaria un acceso equitativo a los cuidados. Es decir, el sistema de salud debe garantizar cuidados homogéneos de calidad a la población, independientemente de la capacidad de pago de cada uno y del lugar de residencia. No debe perpetuarse un modelo de atención con una salud pobre para pobres y de calidad para ricos. Para lograrlo es necesario definir un piso de calidad y fortalecer los mecanismos para alcanzarlo.

## **3. Jerarquizar problemas de salud para cada etapa del ciclo de vida, mediante protecciones de salud expresadas en líneas de cuidados, y garantizadas a través de un nuevo Programa Médico Obligatorio (PMO)**

Bajo la conducción del Ministerio de Salud de la Nación y en el ámbito del COFESA, se debe definir un conjunto acotado de enfermedades y desafíos de salud a priorizar. El objetivo no es racionar sino realizar una discriminación positiva que jerarquice la respuesta frente a protecciones básicas. Esta involucra algunos cuidados de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que deben convertirse en prioridad porque representan protecciones sociales en salud que los argentinos asumimos como un mínimo de ciudadanía no negociable, conquistas

que no pueden perderse ante ninguna coyuntura (ni por ciclos macroeconómicos, ni por cambios de gestión, etc.).

A modo de ejemplo, los argentinos deberíamos comprometernos a garantizar, en todos los casos, tanto los cuidados gestacionales y de la primera infancia como la correcta asistencia de enfermedades de altísima prevalencia, como es el caso de las cardiovasculares que constituyen la primera causa de muerte en el país.

Para concretar estas prioridades, hace falta superar el estado declarativo y avanzar hacia metas concretas, establecidas para todos los responsables de brindar salud (sector público, empresas de medicina prepaga, obras sociales, etc.). Por ejemplo, no es lo mismo afirmar que se cubrirá la diabetes que realizar los exámenes a toda la población, evaluar sus riesgos, garantizar el acceso a insulina e hipoglucemiantes bucales a quienes lo requieren y concretar un examen de hemoglobina glicosilada semestralmente.

En otras palabras, para lograr un modelo de atención adecuado es necesario transformar las protecciones en protocolos (para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento) y desagregarlos por niveles de atención. Todos los subsistemas deben ajustarse a estos protocolos y su aplicación debe ser evaluada. Los protocolos deben ser discutidos y validados por el Ministerio de la Nación con la participación de sectores académicos y científicos.

La construcción de protecciones sanitarias por líneas de cuidados implica asumir dos objetivos intermedios para lograr un objetivo final. El primer objetivo apunta a reducir la variabilidad de la práctica clínica, avanzando patología por patología y priorizando los problemas de salud prevalentes en cada fase del ciclo de vida. El segundo, consiste en orientar los subsistemas hacia la aplicación de esos protocolos, monitoreando el proceso y evaluando su respuesta frente a los problemas priorizados y asumidos como líneas de cuidados e, inclusive, incentivando los logros. El objetivo final es que todos los habitantes —independientemente de donde vivan, dónde trabajen y cuánto ganen— tengan idénticas respuestas del sistema frente a sus necesidades de salud.

La definición de líneas de cuidados para las protecciones jerarquizadas se podría concretar mediante la actualización y redefinición del PMO. Es fundamental que la nueva versión del programa no se limite a enunciar un elenco de prestaciones sino que avance en la definición de protocolos de atención. De este modo, se dejará de ofrecer un mero *paquete de servicios*, para comenzar a brindar un verdadero *programa de cuidados* a ser garantizado a toda la población.

A diferencia del actual, el renovado PMO debería contar con mecanismos de actualización previamente establecidos y consensuados. Asimismo, debería tener vigencia universal, tanto para beneficiarios de obras sociales y prepagas (PAMI, obras sociales nacionales y provinciales, mutuales, etc.) como para aquellos cuya cobertura es responsabilidad del subsector público.

#### **4. Crear un seguro universal para la cobertura de enfermedades catastróficas**

Hay un conjunto limitado de enfermedades, que demanda un volumen creciente de recursos. Muchas de ellas son de baja prevalencia, aunque de alto costo. Se las denomina enfermedades catastróficas por su alto impacto económico sobre quienes las padecen y las financian.

La cobertura frente a estos riesgos es baja y muy heterogénea. No fue definida con precisión dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO). A su vez, los Ministerios provinciales intentan

responder de forma aislada a las demandas de pacientes catastróficos. En todos los casos, los financiadores padecen el impacto vinculado al tratamiento de estas enfermedades.

La reciente disolución de la Administración de Programas Especiales (APE), puede constituir una oportunidad para implementar nuevas protecciones sociales frente a las enfermedades catastróficas. Un seguro nacional permitiría consolidar el derecho universal al cuidado de las estas enfermedades, con independencia del nivel de ingreso y lugar de residencia de las personas. Para su creación se requiere establecer qué enfermedades se cubrirían y diseñar un esquema de inclusión progresivo según la carga de morbilidad y las tasas de incidencia y prevalencia. Su financiamiento podría surgir de aportes capitados de cada financiador: obras sociales provinciales, nacionales (incluyendo al PAMI) y prepagas. Para conquistar la universalidad, el tesoro nacional completaría el aporte correspondiente a la cobertura de los habitantes no afiliados a ningún seguro de salud.

#### **5. Construir redes de complejidad creciente y con responsabilidad nominada sobre población a cargo**

Para construir un sistema integrado es indispensable definir una puerta de entrada, pero también es fundamental pautar la circulación del paciente en su interior, maximizando la resolutivez y evitando tanto la falta como la duplicación de ofertas.

Para lograrlo, es necesario desarrollar redes de cuidados organizadas por complejidad creciente, centradas en protocolos de atención desagregados por nivel de atención (líneas de cuidados definidas); recategorizar los servicios; instituir oficinas dedicadas a organizar la referencia y contrareferencia en los efectores; incorporar mecanismos para monitorear el funcionamiento en red; y capacitar e incentivar a los prestadores.

Estas redes deben ser integrales, es decir, abarcar todo el espectro de niveles de atención, pues cada espacio no cubierto se convierte en un foco de conflictos que conducen a la mala calidad de atención, insatisfacción y aumento del gasto.

El punto de partida es definir la responsabilidad nominada de las redes públicas y privadas sobre una población a cargo. Esto involucra la designación de los responsables de brindar los cuidados y la definición de las personas que formarán parte de cada red de atención. Se facilita así el conocimiento del acceso de las personas a los servicios y también permite premiar a los efectores por el cumplimiento de determinados estándares.

Un adecuado sistema de información clínica que incluya la historia única digitalizada permitiría la evaluación de los procesos de atención clínica, así como el *triage* de las personas al interior del sistema.

#### **6. Comprometer al paciente: La salud involucra derechos y deberes**

La salud se produce de forma colectiva y ningún argentino tiene la capacidad de garantizar un futuro saludable para sí mismo si el resto del país no lo tiene. Esto no solo requiere que profesionales y servicios ajusten su accionar a un modelo de atención definido y sigan, en forma progresiva, guías y esquemas terapéuticos. También exige el compromiso de las personas y de las familias.

Los cuidados de salud no son bienes de consumo que el paciente puede usufructuar a su criterio y entendimiento. Una mejor salud requiere que cada paciente siga un camino de cuidados progresivos, que ingrese por una puerta definida al sistema de salud, se comprometa con los cuidados y respete la adherencia a los tratamientos y a las acciones de promoción y prevención.

En este marco, el Estado no debe permanecer al margen ya que, en última instancia, es responsable y capaz de fomentar este compromiso mediante diversas estrategias a su alcance.

### **7. Procurar una apropiada participación de los beneficiarios en el sistema de salud**

Cambiar la forma de producir salud requiere de la participación de todos los actores. Por un lado, es imprescindible consagrar la salud como prioridad pública, demandando un creciente protagonismo del Estado. Por otro lado, este no sería suficiente sin una creciente participación de las personas e instituciones intermedias en su gestión directa.

Por ello, se propone ampliar, en forma sostenida y progresiva, los espacios de participación social en salud en sus múltiples formas: a) participación comunitaria (a través de consejos locales y en los servicios), b) gestión participativa (involucrando a los trabajadores de la salud en la toma de decisiones) y c) espacios de concertación y articulación con las organizaciones intermedias.

El único antídoto eficaz para evitar la discontinuidad de las políticas públicas consiste en permitir que los ciudadanos se involucren en las decisiones.

### **Eje 3: La asignación y distribución de los recursos al interior del sistema de salud debe garantizar el pleno desarrollo del modelo de atención definido**

Alcanzar protecciones homogéneas de calidad para toda la población demanda organizar el financiamiento en torno a los criterios de equidad y eficiencia.

Esto requiere, por un lado, sincerar las brechas existentes en la asignación de recursos entre subsistemas y jurisdicciones y, en consecuencia, comenzar a generar mecanismos de evaluación y compensación que permitan identificar y actuar sobre ellas.

Por el otro, reconocer que los recursos limitados y las necesidades crecientes demandan una asignación eficiente para lograr mayor calidad. En este sentido es necesario introducir mecanismos que permitan evaluar resultados y generar los incentivos adecuados para alcanzar los objetivos planteados.

### **8. Corregir desigualdades en la infraestructura y los recursos humanos**

En el Consejo Federal de Salud (COFESA) se debe generar un mapa sanitario que mida las necesidades y priorice las inversiones de salud en las provincias. Este sería una herramienta regulatoria fundamental para sustentar la definición de las inversiones públicas, y regular las privadas.

El subsistema público de salud es heterogéneo. Para abordar el desafío de brindar protecciones homogéneas —en tiempo y forma— hace falta garantizar una oferta efectiva de servicios. El

primer paso para lograrlo consiste en implementar una categorización de los servicios de salud que incluya a los recursos humanos profesionales, estableciendo estándares de calidad. Mientras todos hagan de todo, o peor aún, cada uno haga lo que pueda en lugar de lo que debe, no se logrará que la salud sea un derecho pleno para los habitantes del país.

Las evaluaciones de desempeño son una herramienta indispensable para comenzar a construir servicios que brinden los cuidados que efectivamente necesita la población que tienen a su cargo. Pero esa evaluación exige, necesariamente, sincerar los recursos disponibles. Es muy probable que en muchos casos se evidencie la necesidad de incrementar los recursos (personal, infraestructura y presupuesto operativo) y también de una reformulación en términos de competencias.

### **9. Establecer un programa integrado de recursos humanos en salud que guarde pertinencia con el perfil epidemiológico del país**

La Argentina tiene una oferta de profesionales de la salud desorganizada y mal distribuida, tanto geográficamente como en el peso relativo de cada especialidad. Por eso es clave poner en agenda e implementar políticas que busquen resolver las problemáticas relacionadas con la formación de recursos humanos en salud.

Con este fin, es necesario:

- Estimular la redefinición de la formación de grado de las profesiones de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria y una práctica que contemple el ciclo de vida, la transversalidad y la articulación entre conocimientos básicos, clínicos y sanitarios.
- Identificar profesiones y especialidades críticas y ancladas en las necesidades regionales, y estimular su formación.
- Favorecer la formación de profesionales de la salud generalistas o de familia, mediante incentivos de educación permanente y económicos que estimulen la permanencia en las regiones con vacancia.
- Definir políticas públicas respecto a ciertas especialidades críticas (anestesiología, terapia intensiva, neonatología, etc.)
- Establecer un programa de rotaciones e incluso asentamiento de profesionales en las áreas más necesarias.
- Construir una carrera sanitaria, que acompañe el fortalecimiento de las instituciones responsables.

### **10. Evaluar el desempeño de los financiadores en función de los resultados de salud obtenidos sobre la población a su cargo y vincular la asignación de recursos a compromisos de gestión**

Se trata de lograr que las obras sociales, las prepagas y las provincias no sean únicamente proveedoras de prestaciones cada vez que estas son demandadas y se conviertan en efectivas responsables por la salud de la población a su cargo.

De este modo, se busca promover la organización de un sistema que evalúe el nivel de cumplimiento de las líneas de cuidados priorizadas para cada etapa del ciclo de vida, y que incorpore incentivos para aquellos que obtengan los mejores resultados. Así se comienza a

superar el modelo de salud imperante, reactivo y curativo, por otro proactivo, centrado en la promoción y la prevención.

Es necesario reorientar el modelo de subsidio a la oferta (como ocurre en el sector público) y subsidio a la demanda (propio del sector de obras sociales y prepagas) hacia uno orientado a la eficacia y la efectividad de las acciones. Para ello se podrían utilizar de forma más intensa herramientas como los contratos por programa o compromisos de gestión. Se trata de establecer un vínculo contractual entre el proveedor y el financiador que involucre el cumplimiento de determinadas metas sanitarias (definidas por el Ministerio de Salud de la Nación).

En términos financieros, se trata de aplicar un modelo de presupuesto global prospectivo para financiar la implementación de un determinado programa de asistencia de salud. En el contrato se establecerían anualmente el tipo de servicios que se debe brindar, la asignación y transferencia de recursos y los indicadores de desempeño que deberán ser evaluados.

De este modo, los compromisos de gestión permitirían tanto definir mecanismos de delegación de autoridad y responsabilidades como también evaluar y supervisar lo delegado. Como consecuencia de estos contratos, los resultados e indicadores de la gestión se convierten en las variables determinantes de la asignación de los recursos. Entre estos indicadores pueden figurar índices de actividad, metas de crecimiento y/o evaluaciones de desempeño.

#### **11. Brindar mayor autonomía a los efectores públicos**

La renovada relación Nación-Provincias requerirá que los diferentes efectores recuperen su papel adecuado dentro de la política de salud. Los actores institucionales (hospitales y centros de salud) deben comenzar a planificar su acción y a tener cada vez mayor autonomía en la gestión de sus recursos. Pero para ello es imprescindible que elaboren su plan maestro de funcionamiento de acuerdo con la política provincial y nacional. A partir de entonces, funcionarán de forma progresiva como empresas sociales de salud, con un gobierno integrado por la comunidad.

A partir de estos planes se podrán celebrar, a la vez, compromisos de gestión entre el servicio y el sistema de salud provincial. De esta manera, la financiación surgirá de un presupuesto centrado en la oferta del sistema y de los compromisos de gestión.

#### **Eje 4: La transformación del sector tiene como condición fundamental lograr un sistema de salud más integrado, que respete la organización federal del país**

El sistema de salud argentino está profundamente atomizado (24 sistemas provinciales, más de 300 obras sociales, y otras tantas prepagas) y carece de mecanismos efectivos de coordinación y articulación. Aunque la multiplicidad de agentes no implique necesariamente fragmentación; cuando hay muchos responsables sin un esquema explícito y coordinado de división del trabajo, las responsabilidades se disuelven.

Si bien es posible que los subsistemas (público, obras sociales y prepagas) o sus agentes (profesionales e instituciones) consigan proveer servicios eficientes y de calidad, al no contar con una adecuada división del trabajo o con una asignación de los recursos basada en un claro modelo de salud, el sistema en su conjunto tenderá a funcionar cada vez peor.

La integración del sistema sobre la base de un modelo de salud definido es central para obtener una mayor efectividad de los recursos invertidos y lograr un mayor impacto en la salud de la población.

## **12. Conformar Sistemas Integrados de Salud Provinciales**

A través de la coordinación de Sistemas Integrados de Salud Provinciales, el sistema sanitario argentino alcanzará una cobertura universal y homogénea. Es por ello que le corresponde a la Nación alentar a las provincias en la conformación de estos sistemas, asistirles financiera y técnicamente, fortalecer su capacidad de gerenciar la autoridad sanitaria local y apoyar la concertación con las entidades prestadoras y otros actores locales, para asegurar la viabilidad política del proyecto.

En este marco, será competencia de los ministerios de salud provinciales:

- a) Implementar un Programa de Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) homogéneo y de cobertura universal.
- b) Garantizar la implementación del modelo de atención definido por el Ministerio de la Nación en el territorio provincial.
- c) Coordinar el funcionamiento de programas y servicios programando una oferta proactiva de servicios con base en necesidades de salud.
- d) Alcanzar protecciones de salud universales, homogéneas, y de calidad.
- e) Reducir inequidades en el acceso dentro del territorio provincial.

El primer paso para integrar el sistema provincial consiste en universalizar la cobertura. En cada provincia, el ministerio de salud conquistará dicha universalidad asumiendo las protecciones generales de quienes no tienen seguro de salud. En esta dirección, debe priorizarse el despliegue de un programa de A.P.S. centrado en cuidados esenciales de reconocido y evaluado impacto (como cuidados obstétricos y neonatales esenciales – CONE-, atención integral de enfermedades pediátricas – AIEPI-, etc.)

Un programa integral de A.P.S., encuadrado en los principios de Alma-Ata de "Prevención y Promoción de la Salud", con acciones donde viven y trabajan las personas, permite asegurar que la población de mayor riesgo sea permanentemente asistida. De este modo, mediante acciones de salud realizadas casa por casa, se facilita la detección de problemas básicos para la promoción y preservación de la salud en un sector de la población que actualmente no accede a esta información y que, en consecuencia, se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad.

El segundo paso implica promover la cooperación y no la competencia entre prestadores. La eficacia del modelo de atención propuesto descansa en una adecuada división de responsabilidades entre los servicios y en su despliegue territorial.

Finalmente, el tercer paso consiste en eliminar los subsidios cruzados en la financiación de servicios. Cuando se alcance la universalidad de la cobertura provincial y se pueda identificar quién es el asegurador de cada habitante, será posible eliminar las transferencias indirectas que se producen cada vez que un beneficiario de una obra social o un prepago utiliza un servicio público. Los gobiernos provinciales deberán instrumentar el cobro de tales prestaciones para que los recursos vuelvan a los servicios públicos.

La integración se concretará cuando se consigan coordinar, con eje en el sistema provincial, las acciones no solo de los servicios públicos, sino también de las obras sociales, el PAMI y las empresas de medicina prepaga y mutuales. Concebimos una imagen final del sistema en la que se reglamente la Ley 23661 del Sistema Nacional del Seguro de Salud, permitiendo la delegación de la administración del Seguro Nacional de Salud a las provincias y la incorporación de las mismas en la conducción del PAMI dentro de sus jurisdicciones.

En definitiva, la conformación de sistemas integrados de salud provinciales tiene por objeto integrar democráticamente a la población, y articular y organizar los recursos de prestadores, tanto estatales como privados, para que asistan a poblaciones definidas dentro del marco regulatorio común a ambos.

### **13. Compensar desigualdades en un piso de atención mediante fondos nacionales**

El mencionado esquema de articulación provincial requiere mecanismos que permitan compensar las brechas entre provincias. Para ello es imprescindible incrementar la participación de los recursos nacionales en la financiación sectorial, pero no como reemplazos de recursos provinciales. La intención es que el fondo nacional cumpla con dos objetivos:

- a.** Garantizar la equidad en la financiación y el acceso a la salud.
- b.** Estimular la adhesión de las provincias al modelo de atención propuesto por la Nación y consensado en el ámbito del COFESA (Consejo Federal de Salud). Las provincias recibirán recursos del fondo nacional sobre una base capitada en la que se distinguirán dos componentes. Por un lado, los incentivos por cumplimiento de líneas de cuidados y, por el otro, los incentivos por cumplimiento de metas de gestión en la conformación de sistemas provinciales integrados de salud.

**A continuación se listan en orden alfabético las personas que adhieren a este documento:**

**Ageitos María Luisa  
Arce Hugo  
Báscolo Ernesto  
Belmartino Susana  
Bordoni Noemí  
Busso Nélide  
Chuit Roberto  
Cid José  
Coronel Jorge  
Jatib Eduardo  
Lima Quintana Laura  
Lugones Mario  
Mammoni Gustavo  
Manterola Alberto  
Mastai Ricardo  
Mera Jorge  
Mercer Hugo**

**Moreno Elsa  
Neri Aldo  
Olaviaga Sofía  
Otero Ricardo  
Perrone Néstor  
Pracilio Horacio  
Reale Armando  
Regazzoni Carlos  
Sánchez de León Adolfo  
Segura Elsa  
Solano Romina  
Sonis Abraam  
Tanoni Enrique  
Tobar Federico  
Vassallo Carlos  
Vinocur Pablo**