

# **SEMINARIOS CLINICA MEDICA 4ª AÑO.**

## **Cátedra de Medicina Preventiva y Social**

### **A- SISTEMA/S DE SALUD EN LA ARGENTINA.**

#### **FICHA RESUMEN.**

**Prof. Adjunto. Eduardo Rondelli. Cátedra de Medicina Preventiva y Social**

Sistema de salud, es el que específicamente acepta y afronta la responsabilidad de mantener o mejorar la situación de salud de la población. El sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. En esta ficha, nos referiremos más específicamente a este último aspecto.

Hablar del Sistema de Salud en la Argentina, es complejo. Son múltiples las miradas y las vías para abordar su análisis.

Por ejemplo, Camilo Marracino describe criterios trazadores que condicionan la organización de sistemas en atención de la salud:

#### **IDEOLÓGICOS.**

#### **EPIDEMIOLOGÍCOS.**

#### **TECNOLÓGICOS.**

##### **IDEOLÓGICOS**

- Del Derecho a la Salud
- De la Solidaridad
- De la Economía de Mercado

##### **EPIDEMIOLOGÍCOS**

- Atención de la demanda
- Atención de las necesidades

##### **TECNOLÓGICOS**

- Atención de las Patologías
- Atención de los Problemas

Hay amplio consenso que en Argentina no existe un único sistema de salud. Está fragmentado en múltiples subsistemas.

## **SISTEMAS DE ATENCIÓN MÉDICA**

Se pueden identificar a nivel mundial tres sistemas básicos de Atención Médica. (lo común es la combinación de sistemas)

- **ASISTENCIA PÚBLICA:** Presente en países empobrecidos, subdesarrollados. La mayoría de la población está cubierta por hospitales y centros de salud que brindan esencialmente medicina curativa: atendiendo la demanda espontánea, abocándose a la atención de las patologías. Admiten sobre todo en los grupos de población más favorecidos otras alternativas como seguros, medicina privada.
- **SEGUROS DE SALUD:** Implementados en naciones industrializadas. Los Seguros pueden ser Obligatorios o Voluntarios. Gubernamentales/ no gubernamentales. Existiendo también agencias administrativas relacionadas con regímenes de Seguridad Social. Grupos no insertos en la economía formal son atendidos del modo de la Asistencia Pública.
- **SERVICIOS DE SALUD.** Vigentes en países con regímenes socialistas. El Servicio cubriría a toda la población y su administración y prestación está monopolizada por el Estado. Habría mayor tendencia a la programación de las acciones y la prevención y la promoción.

En la Argentina existen distintas formas de clasificarlos, una de ellas es conforme al origen de la fuente de financiamiento.

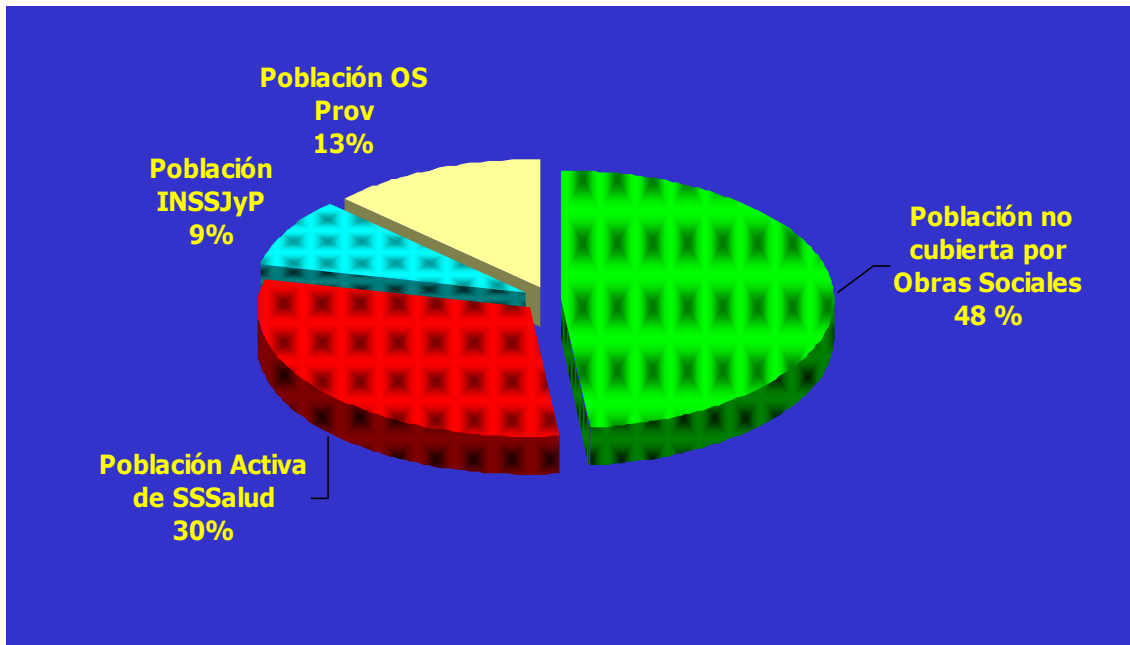
Sector Público integrado por:

- Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- Ministerio de Salud Pública de las Provincias.
- Municipalidades.

Sector Obras Sociales.

Sector Privado

- Con fines de lucro
- Filantrópicas.
- Prepagas.
- Particulares.



### **SECTOR PÚBLICO O SUBSECTOR ESTATAL.**

Se financia con las rentas generales. Cubre especialmente a la población que no tiene cobertura por obra social o pre pago. Pero da atención en ciertas prestaciones teóricamente a toda la población: Promoción y prevención; emergencias, trastornos mentales, algunas enfermedades crónicas complejas (Ej. en el país, el 80 % de los enfermos oncológicos infantiles es atendido en hospitales públicos), y cuando a pesar de tener otro tipo de cobertura, por motivos económicos, geográficos, administrativos, etc. no pueden acceder a la misma.

No solo financia, también presta, lo hace a través de una red de Hospitales y centros de salud que dependen esencialmente de los Estados Provinciales (Incluido la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Algunas pocas ciudades como la de Rosario, la red de efectores Municipales es importante; las camas hospitalarias y los centros de salud se reparten en forma similar entre el Sistema Provincial y el Municipal. Más del 60% de la cantidad de camas del país pertenecen al sector público. Concentra poca complejidad. Entre sus principios está explicitado el trabajo en red.

### **SECTOR PRIVADO.**

Se financia a través de los contratos que realizan con las obras Sociales y los prepagos, poco significativo es el pago directo de las personas.

Están constituida por un conjunto de efectores (Privados con servicios de internación y ambulatorios, propiedad de personas jurídicas//Efectores privados con servicios ambulatorios propiedad de personas jurídicas// Clínicas de profesionales propiedad de personas físicas//Particulares //Servicios de Laboratorios y Análisis Clínicos.//Servicios de Diagnóstico por Imágenes //Servicios odontológicos//Atención domiciliaria de urgencia/emergencia, etc.). Se dedica a la atención

de las enfermedades, los rige la economía de mercado. No está en su sustento ideológico el trabajo en red. Concentran la alta complejidad, y algo menos del 40% de las camas de internación.

La medicina Prepaga. Tiene las características de los seguros, **voluntarios**. Hay un aporte mensual, que es independiente del poder adquisitivo del individuo o del grupo familiar; dependiendo del monto de la cuota, tendrán distinto grado de cobertura (cubre por lo tanto a la población con capacidad de pago). Tienen **carencia y período de excedencia**, es decir que una vez que se empieza a pagar no tiene todas las prestaciones, las cuales se irán incrementando a medida que transcurren el tiempo, hasta un tope que fija el plan. Suele tener trabas para su ingreso, por ejemplo edad, enfermedades preexistentes. Todo esto está cada vez más tensionado, son muy frecuentes los fallos judiciales a favor de particulares que demandan por limitaciones en la cobertura, o las interpretaciones a aquellas enfermedades preexistentes. Es de destacar que desde la década del 90 la medicina prepaga puede “competir” con las obras sociales. En las reglas de juego está como requisito, a igual que las obras sociales el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio.

### **SECTOR OBRAS SOCIALES.**

Para la ley Nacional de Obras Sociales (Nº 23660) Son Beneficiarios de las mismas:

**Los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia**, sea en el ámbito privado o en el sector público de los poderes Ejecutivo y Judicial de la Nación, en las universidades nacionales o en sus organismos autárquicos y descentralizados; en empresas y sociedades del Estado, en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur;

**Los jubilados y pensionados nacionales** y los de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires; Los beneficiarios de prestaciones no contributivas nacionales.

-Quedan también incluidos en calidad de beneficiarios: **Los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior**. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años; no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional; comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años; los hijos del cónyuge; los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

Las personas que convivan con el afiliado titular y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que determine la reglamentación.

La Dirección Nacional de Obras Sociales podrá autorizar, con los requisitos que ella establezca, la inclusión como beneficiarios, de otros ascendientes o descendientes por consanguinidad del beneficiario titular y que se encuentren a su

*cargo, en cuyo caso se fija un aporte adicional del uno y medio por ciento (1,5 %) por cada una de las personas que se incluyan.*

Cada una de las obras sociales provinciales (Para los empleados provinciales y municipales como así también jubilados y pensionados) en **líneas generales** tiene la mismas características en cuanto a beneficiarios que describe la ley Nacional. (Al momento de dictarse la ley 23660 , hoy vigente, la *Ciudad de Buenos Aires era Municipalidad y no Ciudad Autónoma como hoy, y el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur hoy es Provincia*)

## **SEGURIDAD SOCIAL**

### **Definición**

- bienestar de la población trabajadora formal
- redistribución solidaria compulsiva
- aportes y contribuciones según ingreso
- beneficios económicos según capacidad redistributiva: mayores ingresos a menores ingresos
- desvinculación entre aportes y beneficios
- fondos con destino manifiesto

### **Incluye**

- Obras Sociales
  - prestaciones sanitarias
  - prestaciones sociales
- jubilaciones y pensiones
- subsidios familiares
- seguros de vida colectivos
- FO.NA.VI
- seguros de desempleo

### **Excluye**

- seguros comerciales de bienes
- medicina prepaga (salvo como “terceros”)
- fondos de pensión voluntarios
- planes circulares de ahorro
- cobertura de riesgos del trabajo (discutible)
- planes estatales de ayuda social

Las Obras sociales combinan las características de las mutualidades de grupos laborales con las instituciones del seguro social, y se orientan a remediar los efectos manifiestamente negativos de una estructura económica que presenta caracteres de distribución inequitativa de los bienes y los ingresos (INOS, 1974).

Es el conjunto de medidas destinadas a garantizar el bienestar de la población trabajadora, mediante la redistribución solidaria de los aportes y contribuciones, que cada uno realiza de acuerdo a sus ingresos, instrumentada bajo la forma de beneficios económicos y servicios sociales, que cada uno recibe según sus necesidades (Arce, 1993).

## POR LO TANTO LAS OBRAS SOCIALES SE FINANCIAN:

- Aportes del trabajador y contribuciones del empleador sobre un % del salario. (el aporte es obligatorio y el que más gana más aporta)
- beneficios sin plazos de carencia y período de excedencia (en Obras Sociales)

Las obras sociales tienen escasa capacidad instalada. Por lo que son esencialmente financiadoras, no prestadoras. Deben contratar al sector privado y en menor medida al público. Por lo que es necesario: Identificación de un triple conjunto de relaciones:

Entre financiadores y proveedores

Entre población y financiadores

Entre proveedores y pacientes

Diferentes instancias de regulación

Autoridad - Mercado - Profesión

## PROBLEMAS

- Capacidad del sistema político para agregar intereses particulares y reducir los niveles de conflicto
- Tensiones ubicadas en la actividad económica a partir de la reconversión productiva.
- Reforma del estado: redefinición de sus roles y funciones prioritarios
- Equilibrios difíciles en la distribución de recursos entre estado nacional y estados provinciales

## PROBLEMAS DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS

- Eficacia del estado para sostener sus decisiones sobre políticas
- Coherencia y capacitación técnica en los equipos de gobierno
- Compatibilización entre perspectivas técnicas y necesidades políticas.

El sistema de salud Argentino es inequitativo. Existe tantas ciudadanías en Salud como provincias hay; las políticas públicas de cada una de ellas, el PBI y el % que es destinado al Sector Salud son diferentes.

La cobertura de las O. Sociales, es sumamente heterogénea. En un lenguaje coloquial diremos que las hay ricas y pobres. Y al interior de las mismas la protección también es dispar (Es distinto pertenecer a una obra social y vivir en la ciudad de Rosario o en Santa Fe, que pertenecer a la misma y vivir la población rural de norte de la provincia. Ser jubilado en la ciudad de Rosario, donde hay 150.000 afiliados a PAMI, lo que implica un volumen de dinero que le da cierta capacidad de

negociación, que serlo en alguna Provincia del NOA. Se habla por lo tanto de una cobertura nominal y otra real).

La capacidad del Estado en regular el Sector Privado es limitada. Existen instituciones de ese sector, que brindan, dentro de la lógica de la reglas de juego, una excelente calidad de atención, otras por lo contrario tanto su estructura y sus procesos garantizan débilmente la atención. Gran parte de la población debe acudir a estas últimas porque económicamente no pueden elegir, por desconocimiento, porque es la única opción que la O. social le brinda, etc.

El acceso al medicamento, a la tecnología, a la atención médica oportuna, es disímil entre los argentinos. Al no ser “negocio”, la promoción y la prevención están relegada del sector privado y de gran parte de las O. sociales.

Pensar en un sistema único de salud (viable políticamente), que involucre a todos los actores, es un paso a los fines de acortar inequidades.

FUNCIONES ESENCIALES DE UN SISTEMA SERÍAN ENTRE OTRAS.:

- Monitoreo y análisis de la situación de salud
- Vigilancia de Salud Pública y control de riesgos y daños
- Promoción de la Salud
- Participación Social y empoderamiento ciudadano
- Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión
- Regulación y fiscalización
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población
- Desarrollo de Recursos Humanos y capacitación en salud pública
- Garantía de Calidad de los servicios individuales y colectivos
- Investigación y tecnologías innovadoras

<b>Más regresivos</b>	<b>Rasgos</b>	<b>Más</b>
Competencia	<b>Doctrina</b>	<b>solidarios</b>
Factor productivo	<b>Recursos Humanos</b>	Sujeto
Encuestada	<b>Población</b>	Participante
Asistencialista	<b>Modelo Prestador</b>	Autonomista
Mercado	<b>Tecnología</b>	Regulación
eficiencia	<b>Descentralización</b>	democratización
Archipiélago	<b>Configuración</b>	Red o red de redes
Subsidio a demanda	<b>Financiamiento</b>	Subsidio oferta
Seguridad al inversor	<b>Legislación</b>	Seg. al ciudadano
Complejidad	<b>Calidad</b>	Respuesta
<b>Más exclusión</b>	<b>Consecuencias</b>	Inclusión

## Medidas legislativas en Salud a partir de los '90

- Decreto 9/93 de Desregulación:
  - libre elección de Obra Social
  - categorización y acreditación
  - obligatoriedad de pagos a prestadores públicos
  - el MSAS definirá prestaciones básicas
  - contratación directa no regulada por Nomencladores
- Decreto 507/93

Asigna a la DGI la fiscalización y ejecución de los fondos que debe recaudar la ANSeS

### Decreto 578/93 de Hospital Público de autogestión

- establece las condiciones para una mayor descentralización administrativa
- crea el Registro de HPA
- el Programa Nacional de Garantía de Calidad establecerá las condiciones a cumplir por los HPA
- compromete los pagos del Fondo Solidario de Redistribución de la ANSSal
- del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda

### Decreto 292/95 de reestructuración del sistema de Obras Sociales:

- distribución automática de subsidios de la ANSSal
  - eliminación de coberturas múltiples aportes a la Obra Social mayor
  - libre elección para afiliados del INSSJP
  - establece cápitas de cobertura:
    - > 60 años = \$ 36.-
    - 40 a 60 años = \$ 19.-
    - < 40 años = \$ 12.-
  - los beneficiarios de AFJP podrán elegir Obra Social
  - transfiere prestaciones sociales del PAMI y lo define como seguro de salud
  - iniciativa predominante del Ministerio de Economía
- Decreto 492/95 de reestructuración del Sistema de Obras Sociales:
- Programa Médico Obligatorio (PMO)
  - fusión de Obras Sociales
  - reduce la rebaja de contribuciones patronales
  - unificación de aportes con mínimo de \$ 40
  - remuneración mínima de 3 AMPO's para trabajadores a tiempo parcial
  - transforma institutos en Obras Sociales sindicales
  - iniciativa predominante de la ANSSal



- Resolución Ministerial 247/96 de Programa Médico Obligatorio (PMO):
  - cobertura amplia de lo existente y lo que se considere fundamental en el futuro
  - propone coseguros
    - consulta generalista: \$2
    - consulta especializada: \$3
    - consulta psiquiátrica: \$5
    - consulta domiciliaria: \$10
    - prácticas de diagnóstico: \$5
    - prácticas de alta complejidad: \$10
    - medicamentos: 40% ambulatorios
  - 100% en internación
  - establece la prioridad del primer nivel de atención
  - promueve a los *médicos generalistas* como puerta de acceso al sistema
- Decreto 1625/96 de Fiscalización del PMO:
  - a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)
  - obligatorio para las Obras Sociales nacionales
  - no establece el costo de las prestaciones *garantizadas*
  - promueve a los *médicos generalistas* como puerta de acceso al sistema
- Ley 24.754/96 de obligatoriedad del PMO para Medicina Prepaga
- Decreto 84/97 opción de elección de Obra Social una vez por año
- Decreto 638/97 opción de elección entre Obras Sociales de personal de dirección
- Decreto 939/00 de creación del régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD):
  - reemplaza al anterior de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)
  - Decreto 1400/00 establece indicadores económico-financieros para declarar a una Obra Social en situación de crisis
- Decreto 150/02 adopta la Denominación Común Internacional (DCI) para medicamentos genéricos:
  - establece una Canasta Básica de 243 drogas que resuelven el 80 % de las patologías
- Ley 25.649/02 de prescripción de medicamentos por denominación genérica:
  - obliga a los médicos a prescribir por la denominación genérica
  - habilita a los farmacéuticos a entregar otra marca de igual droga y concentración
  - facilitó el crecimiento de la producción de medicamentos genéricos
  - fue acompañado por leyes similares en las provincias

- Decreto 2724/02 establece el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOe):
  - rige mientras dure el estado de emergencia sanitaria
  - prioriza acciones de preservación de la salud y prevención,
  - respecto a las acciones de recuperación de la salud
- Plan Federal de Salud en 2004:
  - aprobado por el Consejo Federal de Salud (COFESA) fija metas 2004/2007 en:
    - Redes de Servicios
    - Fortalecimiento del Hospital Público
    - población bajo responsabilidad nominada
    - Calidad en servicios de Salud
    - Compromiso Federal de Cobertura y Acceso
    - jerarquización y acreditación de acciones de promoción y prevención
    - Seguros de Salud
    - accesibilidad de medicamentos
    - Programa Médicos Comunitarios