



17° Informe

Mayo 2022

**AUNQUE EL FINANCIAMIENTO
GLOBAL DEL SISTEMA DE SALUD
ES SUFICIENTE,
LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN
ES INEQUITATIVA**



CEMAIS
Centro Mariano de
Investigación Social

**Aunque el financiamiento global del sistema de salud es suficiente,
la atención a la población es inequitativa**

El financiamiento para la atención médica en Argentina es virtualmente suficiente. Pero los recursos per cápita están distribuidos muy heterogéneamente, dejando segmentos de la población sub-financiados. Este mecanismo impacta en una prestación desigual a los diversos sectores socio-económicos.

La clave está en rediseñar la distribución de los fondos destinados a salud, para que todos y todas tengan acceso a una nómina básica y suficiente de servicios. El presente informe analiza la cuestión y propone algunas reformas de fondo para lograr un acceso equitativo y eficaz al sistema de salud.



Ver | Datos

La cobertura de atención médica en Argentina

El presente informe del CEMAIS trata sobre la atención médica en Argentina. Se mostrará cómo se estructura la cobertura de salud para la atención médica, los recursos per cápita con que cuenta cada canal de cobertura y un análisis de por qué el sistema de atención médica de Argentina está fallando desde el punto de vista de la equidad.

El primer dato de relevancia es el de la cobertura de salud para la atención médica.

Cuadro 1. Cobertura de atención médica de la población argentina

En millones de personas - Año 2021

	Afiliados directos	Medicina prepaga		TOTAL
		Derivación de aportes	Compra directa	
Obras sociales nacionales	13,2	4,0		17,2
PAMI	4,7			5,0
Obras sociales provinciales	6,7		2,0	7,2
Hospitales públicos	15,3			16,4
TOTAL	39,8	4,0	2,0	45,8

Fuente: CEMAIS en base a INDEC y Ministerio de Economía

El Cuadro 1 ayuda a observar la complejidad con que se estructura la cobertura de salud en Argentina. El cuadro a doble entrada permite ver que en Argentina la cobertura de salud es *primariamente por la vía de la seguridad social* (obras sociales nacionales, provinciales y PAMI) o *por la vía del sistema público* (hospitales públicos). Sin embargo, hay una tercera vía que entra de manera transversal conformada por las empresas de medicina prepaga. Esto es, la gente con capacidad de pago –teniendo la cobertura de la seguridad social o del sistema público– opta por comprar un seguro de salud privado.

Así entonces, las obras sociales nacionales (que son las conocidas obras sociales sindicales y de personal de dirección) aglutinan mayoritariamente a los trabajadores en relación de dependencia en empresas privadas y del sector público nacional, junto a sus grupos familiares¹, alcanzando a 17,2 millones de personas (38% del total de la población). De estas personas, 4,0 millones (9% de la población) hacen lo que se conoce como la *derivación de aportes*, esto es, derivan su aporte de obra social hacia una empresa de medicina prepaga en consideración a que tienen alto ingreso y demandan un servicio médico de mayor calidad y/o confort.

Luego está el PAMI, que es la obra social de los jubilados nacionales, que aglutina a 5,0 millones de personas (10% de la población) y las obras sociales provinciales que cubren a los empleados públicos de provincias y municipios, en actividad y jubilados, que atienden a 7,2 millones de personas (16% de la población).

De esta forma, hay 29,4 millones de argentinos (64% de la población) cubiertos por las obras sociales, aunque en un esquema que está lejos de ser homogéneo.

El resto de la población argentina (16,4 millones de personas o 36% de la población) tiene como vía de acceso a la atención médica en el hospital público. Esta población se entiende como “sin cobertura” en el sentido de que no cuenta con un plan de salud que corresponda a un listado explícito de prestaciones médicas a la cual tiene derecho.

Estas personas asisten al hospital público y reciben lo que la institución tiene disponible para dar, sin que exista un listado predeterminado de prestaciones que el hospital esté obligado a brindar. Por ejemplo, los planes médicos de la seguridad social tienen explicitada la cobertura de medicamentos ambulatorios en farmacias, mientras que la gente que asiste al hospital público recibe medicamentos ambulatorios en la medida en que el hospital los tenga disponibles; si no, debe pagarlo enteramente de su bolsillo. Esto es extensivo a cualquier otro tipo de prestación médica (consultas con especialistas, estudios diagnósticos, cirugías especializadas, etc.). **Primer punto a tener en cuenta: los accesos explícitos no son iguales tanto para personas con cobertura de seguridad social como para gente con cobertura de hospital público.**

Inequidad en la distribución del financiamiento (la cápita)

Es en el financiamiento donde se presenta el mayor obstáculo para el acceso a una atención médica oportuna y de calidad para toda la población. Para entender esta limitación se presenta el Cuadro 2.

¹ Cabe aclarar que dentro de los afiliados a estas obras sociales hay 1,6 millones de Monotributistas, es decir, no son asalariados, y 400 mil trabajadoras de casas particulares que, si bien son asalariadas, la cobertura –al igual que con los Monotributistas– no es extensiva a los grupos familiares.

Cuadro 2. Recursos per cápita para atención médica de la población argentina

Pesos por mes - Año 2021

	Afiliados directos	Medicina prepaga		TOTAL
		Derivación de aportes	Compra directa	
Obras sociales nacionales	\$ 3.500	\$ 6.000		
PAMI	\$ 10.000			\$ 5.300
Obras sociales provinciales	\$ 4.500		\$ 4.300	
Hospitales públicos	\$ 5.500			

Fuente: CEMAIS en base a Ministerio de Economía

No existe una base centralizada de datos que registre los recursos que Argentina destina a la atención médica. Sin embargo, con diferentes fuentes alternativas y algunas estimaciones ad hoc se puede trazar una aproximación.

A grandes rasgos se puede decir que el total de recursos para la atención médica en la Argentina en el año 2021 fue de \$5.300 por persona por mes. Este monto es más que suficiente para dar una cobertura de atención médica de calidad razonable. Así lo sugieren los datos elaborados por la Universidad Isalud; esta institución realiza un costeo del paquete de prestaciones médicas que tiene derecho a recibir un beneficiario de obra social nacional²; es lo que se conoce como el Programa Médico Obligatorio (PMO). El costo para cubrir el PMO se estima para el 2021 en \$3.562. Teóricamente el dinero destinado es más que suficiente, pero hay mucha diversidad en el financiamiento entre los distintos canales de cobertura, lo cual multiplica las diferencias de accesos.

Tomamos el caso de las obras sociales nacionales. Los 4 millones de personas que derivan su aporte a la medicina prepaga cuentan con \$6.000 por persona por mes, mientras que los 13,2 millones restantes que no derivan aportes cuentan con sólo \$3.500. Esto significa que las personas de mayores ingresos tienen mejores accesos en cantidad, calidad médica y confort que las personas de menores ingresos.

Otra comparación útil es entre las personas que hacen derivación de aportes -\$6.000 por mes por afiliado - y el PAMI -\$10.000-. Si bien hay una diferencia positiva para el PAMI, el hecho de que más de dos tercios de los afiliados a PAMI son mayores de 60 años hace que su necesidad de financiamiento sea de entre 3 y 4 veces mayor en comparación con la población que deriva aportes -porque en su mayoría son menores de 60 años-. Esto implica que PAMI tiene un desfinanciamiento estructural por la conformación etaria de su población (adultos mayores). A esto lo sienten particularmente las personas que derivan aportes cuando trabajan y se jubilan; perciben que la accesibilidad, calidad y confort que les puede dar el PAMI es muy inferior al que venían recibiendo de la empresa de medicina prepaga. Si quieren mantenerse en la prepaga como jubilados, la cuota mensual se les triplica por el mayor costo de dar atención médica a personas de más de 60 años.

Otra diferencia flagrante de acceso es al interior de la población de obras sociales nacionales que no deriva aportes. Ya vimos que, según la Universidad Isalud, el Programa Médico Obligatorio (PMO) se estimó para el 2021 en \$3.562, o sea, un número muy consistente con los \$3.500 de recursos per cápita que se destina

² “Programa Médico Obligatorio: Estimación del Gasto Necesario para Garantizar la Cobertura”. Universidad Isalud y Prosanity Consulting.

a esta población. El punto es que ese mismo estudio de la Universidad Isalud señala que la mitad de las obras sociales tiene recursos por debajo de los \$3.500 y la otra mitad por encima. Esto es natural dado que las obras sociales se financian con aportes de salarios los cuales son muy heterogéneos dependiendo del sector de actividad y la calificación de las ocupaciones. Así, **la mitad de las obras sociales nacionales están desfinanciadas y la otra mitad, en principio, se podría decir que sobrefinanciadas.**

De esta forma, la mala estructuración del financiamiento de la seguridad social genera poblaciones desfinanciadas -PAMI y obras sociales de bajos ingresos- y obliga a que gran parte de la población con seguridad social acuda al hospital público en busca de aquello que la seguridad social le niega por desfinanciamiento. Esto hace que utilice los recursos de atención médica de las personas sin cobertura.

Obsérvese en el Cuadro 2 que los recursos de los hospitales públicos ascienden a \$5.500 por persona por mes, muy similar al promedio del sistema. Pero este monto corresponde en la hipótesis de que el hospital público atiende solo a las personas sin cobertura. Como además debe atender a los segmentos sub-financiados de la seguridad social, los recursos per cápita de los hospitales públicos terminan siendo inferiores.

Problemas de gestión

Hay dos problemas de gestión en el sistema que no contribuyen a hacerlo funcionar con equilibrio y eficiencia. Uno es que muchos hospitales públicos son gestionados con deficiencias administrativas.

Los directores de hospitales, en general, tienden a ser médicos reconocidos dentro de la propia institución que, cuya formación en gestión no suele tener la misma altura que la de su valía profesional en medicina; a su vez, por ser nombramientos de carácter político no siempre pueden tomar decisiones difíciles, que el partidismo puede obturar. Carecen también de márgenes de acción porque la gestión de los hospitales está altamente centralizada. La gestión de los recursos humanos (pago de salarios, presentismo, sanciones, etc.), las compras de insumos y las inversiones de mantenimiento se deciden y gestionan desde las reparticiones sanitarias provinciales. Las fallas en la formación en administración de organizaciones más una gestión centralizada hacen que en los hospitales públicos no haya medición de resultados ni premios por la dedicación y/o logros. De esta manera, la calidad de la atención en los hospitales públicos puede fácilmente encaminarse al deterioro.

El segundo problema es que las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga están obligadas a brindar el PMO independientemente de los recursos con los que dispongan, con lo cual no siempre son suficientes. Lo peor es que es una práctica arraigada en el Congreso nacional y también en el Poder Ejecutivo sumar al PMO prestaciones que no corresponden a atención médica y, además, sin el financiamiento correspondiente. Aquí se destacan las prestaciones sociales para la atención de la discapacidad, para afectados con HIV, para niños con problemas de aprendizaje, para personas con problemas de adicciones, entre las más frecuentes.

La complejidad de estos fenómenos y los enfoques más exitosos para su tratamiento requieren que sean atendidos por áreas especializadas de cada disciplina, con recursos propios y vinculadas con la investigación científica. Como en Argentina estas áreas están dentro del Estado y no funcionan o lo hacen muy mal, las autoridades optan con cierta irresponsabilidad por obligar a darlas a las obras sociales

nacionales y las empresas de medicina prepaga, sin la correspondiente contraparte de recursos. Se produce así otra diferencia en el acceso a la salud, pues personas con cobertura acceden a estas prácticas no estrictamente sanitarias y las que carecen de aquella no las reciben tampoco del Estado.

En conclusión, el financiamiento para la atención médica en Argentina es virtualmente suficiente. Pero los recursos per cápita están distribuidos muy heterogéneamente, dejando segmentos de la población sub-financiados.

Estos grupos se vuelcan a utilizar los recursos de los hospitales públicos, los cuales deberían estar enfocados en la atención médica de las personas sin cobertura. En paralelo, la gestión de los hospitales públicos presenta déficits de gestión y organización y una muy centralizada definición de uso de recursos, en un contexto en que los órganos políticos declaran derechos a prestaciones no sanitarias sin respaldo presupuestario genuino, que generan desfinanciamiento en el sector salud.



Juzgar | Doctrina Social de la Iglesia

El “Ver” de este informe nos invita a abordar a la salud pública como un bien que, como tal, puede ser objeto de una distribución inequitativa. Y que, por ende, también puede ser reformulada por decisiones de orden político-administrativo correctamente orientadas.

La salud tiene un alcance universal; de allí que le corresponda un tipo de acción de la caridad igualmente amplio, permanente y expansivo. La Doctrina Social llama a estos actos de “amor imperado”, pues nos impulsa “...a crear instituciones más sanas, regulaciones más justas, estructuras más solidarias...” (Fratelli Tutti número 188).

El Papa Francisco, con una hermosa metáfora de la vida cotidiana, nos explica así a qué tipo de caridad se refiere: “... Si alguien ayuda a un anciano a cruzar un río, y eso es exquisita caridad, el político le construye un puente, y eso también es caridad. Si alguien ayuda a otro con comida, el político le crea una fuente de trabajo, y ejercita un modo altísimo de la caridad que ennoblece su acción política...”. En definitiva, nos invita a pensar en «una sana política, capaz de reformar las instituciones, coordinarlas y dotarlas de mejores prácticas, que permitan superar presiones e inercias viciosas» (Fratelli Tutti, 177).

Para poner en práctica esa política como ejercicio de la caridad, también en la encíclica Fratelli Tutti, el Papa Francisco nos propone, por un lado, lo que corresponde a las virtudes morales y sociales en libertad por parte de quienes ejercen funciones políticas. Por otro, el aprovechamiento de las ciencias y de los avances tecnológicos para el diseño de políticas de Estado que beneficien a la totalidad de los miembros de una sociedad organizada.

En lo que hace a las personas avocadas al servicio público, en el número 188 expresa: “... Los políticos están llamados a «preocuparse de la fragilidad, de la fragilidad de los pueblos y de las personas. [...] Significa hacerse cargo del presente en su situación más marginal y angustiante, y ser capaz de dotarlo de dignidad» [...] El político es un hacedor, un constructor con grandes objetivos, con mirada amplia, realista y

pragmática, aún más allá de su propio país. Debemos cuidar que nuestras instituciones sean realmente efectivas en la lucha contra todos estos flagelos". En el número 185 de Frattelli Tutti, expresa el Santo Padre que *"La caridad necesita la luz de la verdad que constantemente buscamos y «esta luz es simultáneamente la de la razón y la de la fe»*, sin relativismos. Esto supone también el desarrollo de las ciencias y su aporte insustituible para encontrar los caminos concretos y más seguros para obtener los resultados que se esperan. Porque cuando está en juego el bien de los demás no bastan las buenas intenciones, sino lograr efectivamente lo que ellos y sus naciones necesitan para realizarse..."

Por lo dicho, corresponde tener a la atención médica como una prioridad innegociable en la formulación de políticas públicas, con especial énfasis en garantizar las prestaciones básicas a cada habitante de la República.



ACTUAR | Posibilidades de acción

La teoría de la política sanitaria aconseja asignar a cada persona los recursos per cápita acordes con su riesgo epidemiológico. Esto es, ajustados por edad y por condiciones crónicas. Sin embargo, el sistema de salud argentino –por su historia– tiene asignados los recursos de seguridad social en función del ingreso de las personas.

Esto se produjo porque desde su nacimiento las obras sociales se financiaron con aportes salariales, los cuales son heterogéneos por definición. Hay países que avanzaron hacia la centralización de los recursos de salud a un fondo común y desde dicho fondo se distribuyen las cápitas ajustadas por riesgo a las instituciones de cobertura de salud. Este es el caso de Uruguay, que en el año 2005 avanzó en la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA). En Argentina, esta solución sería políticamente muy resistida, en particular, por los segmentos de mayores ingresos que hoy cuentan con cobertura de medicina prepaga (a la cual se fueron "escapando" de la mala cobertura de las obras sociales) y de los afiliados a las obras sociales provinciales.

Asimismo, a diferencia de Uruguay, en Argentina prevalece la desconfianza en el Estado y las obras sociales como gestores del sistema de salud; una redistribución compulsiva de recursos de salud podría carecer del respaldo necesario.

Hay que pensar en reinventar el pacto social, los criterios para garantizar una convivencia en el Estado de Derecho y bajo la vigencia de pautas equitativas. El punto de partida es respetar el principio básico de que no se puede prometer desde el Estado aquello que no está financiado.

En este sentido, hay que repensar el Programa Médico Obligatorio (PMO), que es el paquete de prestaciones médicas con el que deben cumplir las obras sociales y las empresas de medicina prepaga. Si bien este paquete no es legalmente aplicable al PAMI y a las obras sociales provinciales, genéricamente suele ser tomado como referencia por parte de estos canales de cobertura.

La revisión debe hacerse en tres ámbitos. El primer ámbito es no incluir prestaciones sociales no médicas dentro del PMO considerando que este último es un paquete médico. **Es el Estado el que debe financiar, por las vías que correspondan, los servicios sociales para la discapacidad, las adicciones, de educación, etc.**

El segundo es no incluir dentro del PMO los medicamentos de muy alto costo dado que en materia de política sanitaria lo aconsejable es que este tipo de intervenciones sean financiados a través de mecanismos de cobertura universal.

El tercer ámbito es priorizar las prestaciones médicas de mayor valor sanitario como son las de atención primaria y las de tratamiento complejos en enfermedades frecuentes (cardiológicas, vasculares, oncológicas, respiratorias, etc.) explicitando cupos de cantidad y límites en prestaciones no prioritarias. El objetivo es tender a que **el acceso a las prestaciones médicas prioritarias sea consistente con los recursos per cápita de la mayoría, en lugar de prometer un listado indefinido de prestaciones que luego solo pueden ser financiados por la minoría de individuos de mayores ingresos.**

Dentro de las prioridades está una mejora sustancial en la gestión de los recursos sanitarios para las personas sin cobertura. Hay que pasar del actual modelo de “hospital público abierto” hacia uno de “seguro público de salud” en donde los sectores sin cobertura tengan un seguro de salud que le garantice el paquete prioritario arriba definido.

El hospital público pasaría a ser un prestador médico del seguro público al cual le debería facturar los servicios médicos que le preste a quienes hoy no tienen cobertura pero que pasarían a ser los afiliados del seguro público. Esto tiene la doble ventaja que tendrá información sobre cantidad y calidad de prestaciones médicas consumidas por la gente hoy sin cobertura (que serán sus afiliados) y los hospitales públicos se verán exigidos a mejorar su gestión.





Contacto: +54 9 3517 68-0524
cemais@hombrenuevo.org.ar

