

12° Informe  
Noviembre 2021

HAY UNA INVERSIÓN  
RAZONABLE EN SALUD,  
PERO RESULTADOS  
DECADENTES POR FALTA  
DE GESTIÓN



**CEMAIS**  
Centro Mariano de  
Investigación Social

Hay una inversión razonable en salud, pero resultados decadentes por falta de gestión

El gasto que los argentinos hacemos en temas de salud no es poco –ronda el 10% de PBI-. No obstante, a partir de la lectura de los informes acerca del impacto en la vida cotidiana de los argentinos, aparece una persistente ineficiencia de esa inversión. Parte del problema son la superposición de gastos de las jurisdicciones estatales, la falta de medición de resultados, los altos costos de la innovación tecnológica, la falta de planificación y de estímulos, etc. Los peores resultados, por supuesto, son soportados por los sectores vulnerables y excluidos de los diversos sub-sistemas.

La importancia de la salud para la construcción de una “justicia demasiado largamente esperada”, por su directa relación con el bienestar integral de las personas, es la justificación para proponer una serie de reformas que apunten al planeamiento estratégico y coordinación de la inversión de los recursos con mirada federal y prioridades consensuadas.



[Ver | Datos](#)

El conjunto de acciones e intervenciones que favorecen una vida saludable se expresa en tres niveles: a) las *acciones de promoción*; b) las acciones de *prevención* y c) la *atención médica* propiamente dicha.

Las *acciones de promoción* son aquellas acciones no médicas destinadas a generar condiciones de bienestar integral: infraestructura básica de saneamiento, condiciones de salubridad de las ciudades y los estilos de vida, principalmente.

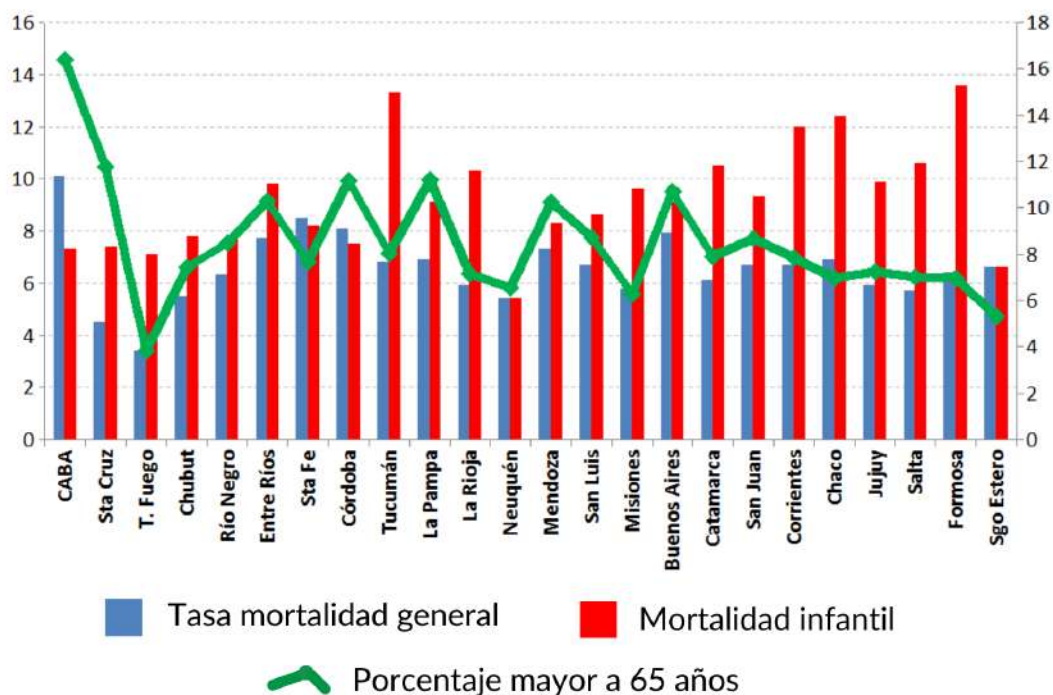
Las *acciones de prevención*, en cambio, ya son intervenciones médicas destinadas a evitar la enfermedad o a controlarla cuando es crónica. Aquí entran las consultas de control médico, las vacunas y los remedios para control de enfermedades crónicas.

La *atención médica* son las acciones para la recuperación de la salud o la cronificación de la enfermedad.

Las **acciones de promoción y prevención** dependen de las características poblacionales. En

sociedades menos desarrolladas se tiende a ver poblaciones más jóvenes con mayor tasa de mortalidad infantil que en sociedades más desarrolladas; en éstas aparecen poblaciones envejecidas y mayor tasa de mortalidad general. Esto responde a que con el desarrollo social las personas viven más, más saludablemente y, por lo tanto, tienden a morir más en la vejez que en la niñez o la adultez. En Argentina, este contraste es patente.

**Gráfico 1. Envejecimiento y mortalidad en Argentina**



Fuente: CEMAIS en base a INDEC

Obsérvese que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la más envejecida del país (16% de población mayor a 65) y es el único lugar donde la tasa de mortalidad general es netamente mayor que la infantil. El contraste son las provincias del norte, donde hay menor proporción de ancianos y la tasa de mortalidad infantil es mayor que la general y, sobre todo, con Tierra del Fuego, en que las proporciones son inversas a CABA, con una trágica tasa de mortalidad infantil. Los casos intermedios son Córdoba y Santa Fe, que presentan una tasa de envejecimiento promedio y en los que las tasas de mortalidad son similares para niños y ancianos (en otro Informe CEMAIS se abordará el doloroso tema de la mortalidad infantil).

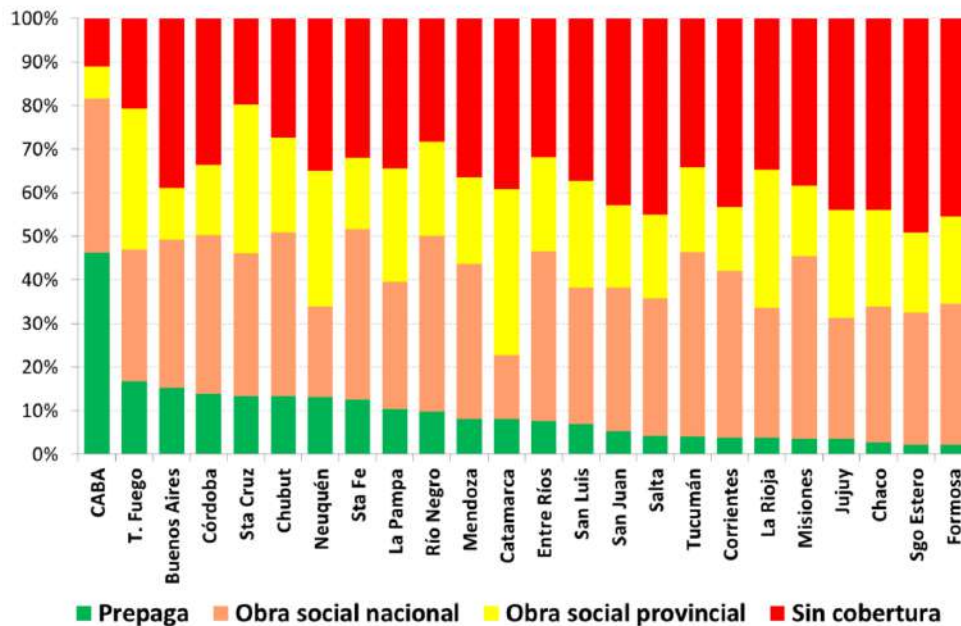
Esto significa que las necesidades en los planos de prevención y de atención médica son muy diferentes. En CABA, las demandas son por mayor cantidad de médicos especialistas y alta tecnología médica que van desde aparatos de diagnósticos de última generación, cirugías complejas, largas estancias en hospitalizaciones y medicamentos biológicos que son innovaciones médicas que están en la frontera de la innovación en medicina. En contraste, en el norte argentino las demandas de bienestar pasan por vivienda digna, agua potable de red, cloacas, recolección y tratamiento de residuos,

urbanismo, educación y buenos empleos. En los casos intermedios como Córdoba y Santa Fe, las demandas son de ambos perfiles, seguramente con matices regionales y geoeconómicos.

Por otro lado, el sistema de **atención médica** se conforma por los seguros de salud y por los prestadores médicos. Los primeros están constituidos por: a) las *obras sociales*, las cuales pueden ser *nacionales* (que son las obras sociales sindicales y de dirección) y *provinciales* (una por provincia que aglutina a los empleados públicos provinciales), y b) las *empresas de medicina prepaga*, que son planes privados de salud y de costos más altos. Las personas no alcanzadas por la cobertura de obra social o que no compra un plan de salud en la medicina prepaga no tienen cobertura de salud. En este sentido, ellas recurren directamente a los prestadores médicos públicos (centros de salud y hospitales públicos) que atienden gratuitamente.

En el sistema de atención médica también se observan los mismos contrastes que en el sistema de promoción y prevención. Una realidad es CABA, otra las provincias del norte y otra las provincias intermedias.

## Gráfico 2. Cobertura de salud en Argentina



Fuente: CEMAIS en base a INDEC

En CABA, la mitad de la población tiene cobertura de medicina prepaga (la más costosa de todas), mientras que en el norte el alcance de las prepagas es marginal. Lo que predomina en el norte son las personas sin cobertura (hospital público). En las provincias del centro y sur, que podrían considerarse intermedias, un protagonismo saliente lo tiene la obra social provincial.

Otra vez, esto significa que las necesidades son diferentes. En CABA las demandas sociales buscan expandir las prestaciones médicas incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), que es el

paquete de beneficios obligatorio de las obras sociales nacionales y las prepagas, a fin de incluir nuevas tecnologías e innovaciones médicas. Estas demandas se canalizan vía presión política en el Congreso y mediante amparos judiciales para forzar su incorporación. Es una demanda por tratamientos sofisticados para enfermedades complejas.

En las provincias del norte, en cambio, las demandas son por mejoras en la infraestructura y el funcionamiento de los hospitales públicos y en las provincias del centro y sur también se suma la demanda para que la obra social provincial funcione razonablemente.

En este marco se producen muchas ineficiencias e inequidades en salud. La Argentina asigna a gastos en promoción y prevención de la salud 1,5% del PBI (0,3% la nación, 0,7% las provincias y 0,5% los municipios) pero hay más de 2 millones de viviendas con déficits de habitabilidad<sup>1</sup> y también hay muchas asentamientos de emergencia que no tienen condiciones propicias para la promoción de la salud.

En el sistema de atención médica, Argentina asigna aproximadamente 10% del PBI (5% a las obras sociales; 2,5% gasto público en atención médica –de los cuales el 80% son recursos que ponen las provincias–; 2,5% gasto privado), sin embargo, los resultados no son satisfactorios. Por ejemplo, un relevamiento hecho por el Ministerio de Salud nacional en el 2018 en los hospitales públicos provinciales arroja que el 37% de los hospitales no tienen condiciones seguras para los partos, lo que equivale a que 23.600 de ellos se hacen bajo condiciones no seguras. Las malas condiciones de promoción de la salud sumadas a que hay muchos partos no seguros en los hospitales públicos, contribuyen a explicar en buena medida por qué Argentina tiene una tasa de mortalidad infantil de 9,2 x 1.000, mientras que en Chile y Uruguay es de 6,5 x 1.000. Esta diferencia de tasa señala que en Argentina se producen por año 2.000 muertes de niños menores de 1 año que podrían ser evitadas.

En lo que es prevención de enfermedades crónicas, la Encuesta de Factores de Riesgos 2019 del INDEC señala que, en hipertensión, por ejemplo, la tasa de detección preventiva en personas con obra social o prepaga es de 37%, mientras que entre las personas sin cobertura es de 29%. Luego, la gente con cobertura está bajo tratamiento en el 61% de los casos mientras que entre la sin cobertura sólo el 31% está tratado. Este mismo enfoque sobre la diabetes arroja que en la gente con cobertura el 14% es detectado, de los cuales 57% está bajo tratamiento mientras que entre la gente sin cobertura el 11% es detectado y sólo el 42% está tratado.

La Universidad ISALUD encontró en el año 2019 que el 70% de las mujeres tratadas por cáncer de mamas en el sistema público de salud interrumpió en algún momento su tratamiento, por falta de autorización o demora en la entrega de los medicamentos. Este mismo número entre gente con cobertura de obras social o prepaga es de 10% y se debe a demoras en la autorización.

El dato más contundente lo da un estudio publicado en la revista The Lancet<sup>2</sup> donde se hace un ranking de calidad de los sistemas de salud en el mundo basado en la mortalidad por enfermedades curables. El ranking va de 0 a 100 en donde los países desarrollados tienen puntajes superiores a 80 y los

---

<sup>1</sup> Véase el Informe CEMAIS N° 10 “Hay 2 millones de vivienda que no son habitables donde viven entre 6 y 8 millones de habitantes”. Setiembre 2021.

<sup>2</sup> Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015. Lancet 2017; 390: 231–66. May 18, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

subdesarrollados (como África) por debajo de 50. Los países de América Latina tienen alrededor de 65 de puntaje. El dato más revelador es el que mide las “muertes por efectos adversos de la medicina”<sup>3</sup>, que para Chile arroja un puntaje de 71, Brasil de 59, Uruguay 52 y Argentina 41. O sea en Argentina se estarían dando más muertes por efectos adversos de la medicina que en los otros países de la región. Argentina tiene un puntaje de nivel de país africano en el uso de la medicina con un nivel de inversión en salud de país de ingreso medio.



## Juzgar | Doctrina Social de la Iglesia

El VER de este informe nos invita a abordar una de las dimensiones más sensibles de la existencia, como es la salud. Siendo la enfermedad el quebranto de ese equilibrio de factores biológicos, espirituales, psicológicos y comunitarios, su cuidado es prioritario para todos los enfoques y tradiciones culturales. Su alcance es 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...” (Frattelli 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» (Frattelli Tutti, 177).

Para poner en práctica esa política como ejercicio de la caridad, también en la encíclica Frattelli 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

<sup>3</sup> Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, drogas causantes de efectos adversos, incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica, dispositivos médicos asociados con incidentes adversos, cirugías y otros procedimientos médicos con reacción anormal del paciente o complicación posterior.

*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...”*

En suma, la atención de la salud, tanto en sus fases de prevención y promoción, como en la de su recuperación cuando se ha perdido, constituyen una dimensión prioritaria en el ejercicio de la acción política, que debe ser acompañada por la solicitud, creatividad y empeño de quienes tienen funciones públicas, usando todas las herramientas que la inteligencia y la tecnología ponen hoy a disposición de la vida social.



#### **ACTUAR | Posibilidades de acción**

Es difícil el abordaje del sistema de salud argentino debido al arreglo federal que fija la Constitución nacional. Ésta no le otorga ninguna función en salud al Estado nacional, mientras que todas las Constituciones provinciales se reservan dichas competencias. Por esta razón, el Ministerio de Salud nacional es una estructura administrativa superpuesta con los Ministerios de Salud provinciales. Esa dispersión federal puede recapitularse convirtiendo al Ministerio de Salud nacional en un organismo de planificación y de evaluación de la calidad, que preste el servicio de medir e informar a la sociedad sobre los resultados sanitarios provinciales que obtiene cada jurisdicción. El planeamiento estratégico y coordinación de la inversión en salud, para ser eficiente y de alta calidad debería, utilizando los recursos informativos disponibles, vincular información que exista sobre:

- Localización de centros asistenciales, públicos, privados y de obras sociales, de diferente complejidad.
- Tipos de coberturas existentes en las zonas.
- Población zonal: escalas etarias (edad), enfermedades endémicas y patologías más recurrentes, enfermedades crónicas, niveles de pobreza e indigencia, tasas de mortalidad y tasas de natalidad, actividad laboral predominante, niveles educativos.
- Ruta, transportes disponibles, para el acceso y derivación.
- Personal sanitario disponible en la zona: médicos en todas sus especialidades; auxiliares de la medicina; políticas de prevención utilizadas.
- Escalas salariales para profesionales de la salud, para determinar si es un factor que evita la radicación en las zonas más alejadas.
- Camas disponibles.

- Acceso a medicamentos.
- Recursos tecnológicos y aparatología disponible.
- Infraestructura sanitaria en cada zona: viviendas, agua potable, cloacas, recolección y tratamiento de residuos, etc.

Al vincular toda esta información, se determina un perfil sanitario, acorde a las necesidades poblacionales por zona.

De esta forma, los Estados provinciales deberán rendir cuentas ante su sociedad por los malos resultados sanitarios y tomar decisiones en orden a las acciones de promoción y prevención y a la atención en hospitales públicos y las obras sociales provinciales.

En cuanto al sistema de obras sociales sindicales, donde también operan las prepagas haciendo lo que se conoce como la derivación de aportes de las personas de mayores ingresos, se podría aumentar la solidaridad en la distribución de los recursos per cápita. Actualmente, existe un Fondo Solidario de Redistribución (FSR) que se nutre de entre el 10% y 20% de los aportes. Su finalidad debería ser aumentar el financiamiento per cápita de los trabajadores con menores salarios y mayores grupos familiares. Esta redistribución hoy se da, pero de manera muy marginal porque la Superintendencia de Servicios de Salud (ente rector) utiliza la mayor parte del FSR para pagar servicios sociales de la discapacidad y subsidiar a obras sociales deficitarias. Los servicios sociales a la discapacidad deben ser financiados desde un fondo específico para la discapacidad, pues no es una enfermedad. De esta forma, habría que destinar la totalidad de los subsidios del FSR a elevar el financiamiento per cápita de los afiliados de menores salarios y/o mayores grupos familiares.

En el caso del PAMI (la obra social de los jubilados nacionales) correspondería que los nuevos jubilados se mantengan en su obra social o prepaga de actividad. Por los jubilados existentes, se debería transferir sus valores capitados a los Ministerios de Salud provinciales dado que en los hechos ya están financiando la atención médica de los jubilados a través de los subsidios cruzados que se producen cuando los afiliados de PAMI usan el hospital público<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> En teoría, los hospitales públicos pueden recuperar facturando al PAMI los servicios prestados a sus afiliados. Sin embargo, en los hechos, el PAMI no abona dichas facturas. Por lo que se produce el subsidio cruzado de los hospitales públicos al PAMI.



# Centro Mariano de Investigación Social



Proyecto  
**CEMAIS**  
CORDOBA

HOMBRE  **NUEVO**

Contacto: +54 9 3517 68-0524