

Caracterización del Sistema de Salud Argentino.¹

Debate en el contexto Latinoamericano

Characterization of the Argentine Health Care System.

A debate under the Latin American context

Por Daniel Maceira*

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 15 de abril de 2020.

RESUMEN

La asociación entre la inversión sanitaria y sus frutos en el mantenimiento de la salud, la reducción de la enfermedad y el sostenimiento de un modelo de cuidado eficaz, equitativo y de calidad se enfrenta a menudo con realidades que superan el espacio estricto del sistema de salud. Los costos crecientes, la expansión de la cobertura y las perspectivas de universalización requie-

ren atender con especial atención los temas de diseño, financiamiento y gobernanza de los sistemas de salud. El objetivo del presente artículo de investigación es analizar los modos de financiamiento del sistema de salud argentino actual e identificar sus fortalezas y desafíos en el contexto de otros sistemas de salud latinoamericanos, proveyendo algunas herramientas para el diagnóstico y la discusión de alternativas de

* Ph.D. en Economía por la Boston University. Profesor de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires. Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Investigador Independiente de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Miembro del Executive Board, Health Systems Global. Correo electrónico: danielmaceira@cedes.org

1 Este documento es producto del convenio de cooperación entre el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Fundación Preservar Salud, y forma parte de la agenda de trabajo que el autor mantiene como Investigador Independiente del CONICET. Se agradece la colaboración de Valeria Iñarra y Natalia Espínola en la elaboración de este documento. Las opiniones vertidas son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente las de las instituciones mencionadas.

política. La metodología de estudio es descriptiva, basada en el análisis de información de fuentes oficiales y documentos de la Argentina y una serie de países latinoamericanos incorporados en el análisis. En el financiamiento del sistema de salud argentino intervienen fuentes diversas, desde impuestos y tasas recogidas por tesoros nacionales, provinciales y municipales, hasta una parte significativa alimentada por contribuciones de la seguridad social, a su vez que el sistema de seguros prepagos se nutre de pagos directos de los hogares. A pesar de los logros en términos de extensión de la cobertura, subsisten actualmente ineficiencias asignativas con consecuencias en la equidad global del sistema. La construcción de un modelo de cobertura universal implica tender hacia una homogenización de reglas que faciliten la mejor asignación de recursos, potenciando la calidad de los servicios brindados y la equidad en su acceso. La persistencia del modelo fragmentado requiere converger hacia una serie de consensos básicos, que hagan del enunciado de la garantía del acceso a la salud una realidad observable para cualquier habitante del país.

Palabras clave: Sistema de Salud Argentino, Financiación de la Atención de la Salud, Reformas en Sistemas de Salud.

ABSTRACT

The association between investment in health care and its results in terms of population's health maintenance and reduction of diseases while keeping an effective and equitable model of care, is frequently influenced by issues that exceed the health system itself. Increasing costs, coverage expansion requirements and the perspectives of universalization of care bring special attention to aspects related to the design, financing and governance of the system. The goal of the article is to analyze how financing mechanisms in the Argentine health care system currently work, identifying their strengths and challenges in the context of other Latin American health systems, providing tools for a diagnostic and the discussion of policy alternatives. Descriptive, based on

the analysis of existent official sources of information and academic production in Argentina and the Latin American region. In the financing of the Argentine health care system participates an array of sources, from direct and indirect taxes, collected by national, provincial and municipal treasures, as well as payroll tax contributions and direct out of pocket disbursements. Despite clear achievements in terms of coverage, allocative inefficiencies persist, affecting the equitable access to care. Building a consistent model of universal health coverage implies a plan of harmonization of rules directed to improve resource allocation, positively affecting equitable access and quality. A persistent fragmented system demands the convergence to a set of basic consensuses that facilitates that the formal announcement of "health for all" becomes a reality for every single inhabitant of the country.

Keywords: Argentine Health System, Healthcare Financing, Health System Reforms.

Introducción

Incorporar a la agenda de política pública la temática del financiamiento de la atención de la salud ha sido un objetivo desafiante desde la perspectiva sectorial. La correlación entre la inversión sanitaria y sus frutos en el mantenimiento de la salud, la reducción de la enfermedad y el sostenimiento de un modelo de cuidado eficaz, equitativo y de calidad se enfrenta con realidades que superan el espacio estricto del sistema de salud. Normalmente, la agenda de política pública no encuentra en la temática de la atención de la salud un objetivo prioritario. Ello es en parte debido al éxito de los espacios de protección financiera, que hacen que los gastos de bolsillo en salud sean percibidos como relativamente menores que en otras latitudes. También son producto de la poca "capacidad de voz" de los sectores más perjudicados con el estadio actual del sistema, y su limitada injerencia en la definición de prioridades y agendas de trabajo sectorial. Sin embargo, tres argumentos permiten vislumbrar una profundización del debate sanitario a futuro.

El primero de ellos es el incremento de los costos de operación del sistema, tanto debido a la tecnología y medicamentos utilizados —nuevos o en proceso de incorporación—, como a la mayor demanda de cuidados de una población con perfiles demográficos y epidemiológicos más avanzados. Como correlato de ello, la creciente judicialización de la medicina expone las limitaciones actuales del modelo sanitario argentino.

En segundo lugar, la identificación explícita de derechos ocurrida durante los últimos años tiene su correlato en un compromiso institucional por garantizar espacios de cobertura que no se encontraban formalmente incorporados. Esta identificación empodera a la población y también fomenta un debate acerca de cómo asignar los recursos sociales de un modo más eficaz. La presencia de fondos provenientes de los tesoros provinciales y el aporte desde el mundo del trabajo proveen la mayoría de los requerimientos de financiamiento del sector, los que se encuentran expuestos a las limitaciones de regulación y gestión de todos los actores, públicos y privados, que constituyen el sistema. La multiplicidad de estos actores participantes hace que la tradicional puja distributiva se potencie, requiriendo nuevos esfuerzos para la identificación y acuerdo de objetivos de largo plazo. Un sistema de salud fragmentado y procíclico, convalida la división social y tiende a perpetuarla. Una parte de él provee atención y confort, y puede, incluso, inducir la demanda por tratamientos y procedimientos no necesariamente eficaces y, aun así, cubrir la satisfacción de sus demandantes. Otra parte del sistema absorbe el riesgo sanitario y financiero, procurando, con menos recursos, atender necesidades, muchas veces no identificadas, de personas sin capacidad económica propia, con consecuencias más graves que las que se hubieran afrontado con diagnósticos y atención oportunos. La gobernanza de un sistema de salud exige conocer la existencia de ambas realidades, en el marco del derecho universal y socialmente aceptado a la protección de la salud, más allá de la capacidad de financiamiento no igualitaria.

La gobernanza también implica reconocer que se debe garantizar una gestión adecuada de los recursos, que permita converger a una cobertura para todas las personas. Dicho de otro modo, la gestión de la salud y de la enfermedad implica una estrategia de financiamiento, gestión y prestación de recursos basada en un esquema de aseguramiento social, con un marco regulatorio que la respalde y un marco de gobernabilidad que posibilite el seguimiento y el consenso.

En relación al tercer argumento, el debate internacional sobre acceso universal, renovado con fuerza desde foros globales y multilaterales desde hace aproximadamente una década, se traduce en el país en la posibilidad de converger a un modelo de cobertura universal en salud. En cualquier caso, el modo de implementar este espacio de cobertura social colectiva aun no cuenta con un formato definido y, por tanto, requiere de una hoja de ruta que permita establecer objetivos estratégicos y metas de mediano plazo.

Las tendencias generales muestran que, si bien el país ha avanzado en reducir sus indicadores de morbi-mortalidad tradicionales y ha aumentado su esperanza de vida, las brechas entre grupos sociales aun no se han reducido sensiblemente. Ello coloca el desempeño sectorial por debajo de las expectativas, en comparación con otros países de ingresos similares.

El objetivo del presente artículo de investigación es analizar los modos de financiamiento del sistema del sistema de salud argentino actual, e identificar sus fortalezas y desafíos. A su vez, el análisis comparado de otros sistemas de salud de la región de América Latina y el Caribe y algunos procesos de reforma recientes pretende echar luz sobre los “cuellos de botella” existentes y las herramientas exitosas utilizadas, colocando el debate de la situación argentina en el contexto regional. Se espera, partir de los resultados de este estudio, brindar algunas herramientas para el diagnóstico y el diálogo de alternativas de política.

Marco Teórico

El sistema de salud argentino tiene una estructura mixta, descentralizada, apoyada en mecanismos de protección financiera solventados fuertemente desde el mundo del trabajo, y donde la prestación de sus servicios descansa en prestadores públicos y privados, segmentados en cuanto a su población natural de atención. La literatura internacional sobre protección financiera en salud establece la necesidad de identificar los mecanismos desplegados por un sistema nacional para alcanzar la cobertura eficaz de las necesidades sanitarias sin exponer a las familias a *shocks* financieramente catastróficos o empobrecedores (Wagstaff *et al.*, 2002, Xu *et al.*, 2003). El planteo inicial considera que los mecanismos de protección financiera pueden estar vinculados a conductas sanitarias preventivas, ahorradoras de exposición a la enfermedad y su consecuente impacto sobre el gasto en salud, a través de espacios de ahorro individual (auto aseguramiento) o descansando en esquemas de protección institucional (Lustig, 2001). Sus correlatos en el análisis regional pueden encontrarse en Baeza y Packard (2006) y posteriormente en Knaul *et al.* (2012).

Dentro de este último grupo —protección social institucional—, los países han desarrollado variantes, ya sea descansando en espacios públicos de cobertura universal financiados por impuestos, o a través de estructuras de seguro social, organizadas mediante retenciones al trabajador/a y su empleador/a. Estos sistemas son particularmente frecuentes en América Latina, con menor o mayor nivel de incidencia en su cobertura, dependiendo del peso del empleo formal en el país.

En este espacio de análisis, se presume que los sistemas de salud deben contar con un marco regulatorio único y robusto, que facilite el control de sus acciones, y fuentes de financiamiento variadas que permitan una estrategia sostenible de acción. Por otra parte, la función de aseguramiento debiera ser única o coordinada, con el objeto de minimizar los riesgos de cobertura de derechos diferenciales por

grupo social, típico de esquemas segmentados de atención. Más allá de ello, se promueve la multiplicidad de instituciones administradoras de recursos, a fin de favorecer la competencia, y brindar oportunidades de gestión de programas específicos por grupos sociales².

La solidaridad y la equidad del sistema no descansa en quién provee el servicio —más allá de las obvias necesidades de control regulatorio—. Son las fuentes de financiamiento las que remiten a la cobertura universal como sinónimo de equidad, promoviendo la menor participación del gasto directo de bolsillo, y a lo cual la función de gestión le brinda el contexto de eficiencia asignativa.

Son estos parámetros de análisis los que guían el desarrollo de las próximas secciones, a fin de abordar el tratamiento del modelo de salud argentino, sus fortalezas y limitaciones. La metodología de estudio es descriptiva, con una búsqueda exhaustiva de información en varias fuentes oficiales de datos, entre las que se encuentran los Ministerios de Salud y de Economía, la Superintendencia de Servicios de Salud, la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) y la Administración Nacional de la Seguridad Social (Anses). Complementariamente, se utilizó información censal, provista por el INDEC, y otras reparticiones provinciales para ajustar valores de gasto a precios constantes a lo largo del tiempo. Para el resto de los países de América Latina y el Caribe presentados en este informe, se han revisado los datos provistos por los organismos equivalentes en cada caso, junto a la bibliografía de otros estudios previos sobre el tema.

2 Para una discusión en detalle de cada función y su interacción dentro de un modelo de un sistema de salud, ver Maceira (2001).

1. Características generales del sistema de salud en la Argentina

En el financiamiento del sistema intervienen fuentes variadas de alimentación del plan de salud nacional, que se extienden desde impuestos y tasas recogidas por los tesoros nacionales, provinciales y municipales, hasta una parte significativa asociada con contribuciones de la seguridad social (beneficiarios/as y sus empleadores/as). El sistema de seguros prepagos, por su parte, se nutre de pagos directos o compensaciones de los hogares, más allá de los abonos de bolsillo en consultas, copagos, etcétera.

Las características del sistema de aseguramiento hacen del caso argentino un esquema particularmente complejo en comparación con otros modelos, con incidencia en la generación de ineficiencias asignativas y con consecuencias en la equidad global del conjunto. A diferencia de otras naciones, el modelo federal nacional brinda gran autonomía a las provincias (y en algunos casos, incluso a los municipios), para establecer la estrategia de cuidados de la salud de sus habitantes. Ello implica que las profundas diferencias en la distribución del ingreso se trasladan directamente al cuidado de la salud, a través de la atención de los grupos de por sí más expuestos, que son aquellos que recurren a la cobertura pública como fuente principal de cuidado (Maceira, 2018b).

En la medida que ello sucede, las posibilidades de implementar un diseño de protección financiera homogéneo a lo largo del país se reducen a las transferencias, eventuales o planificadas, de recursos desde el Estado Nacional. Los planes de cobertura pública así diseñados se implementan a través de gestiones ministeriales descentralizadas por provincia (y por secretarías de salud municipal en Buenos Aires y Córdoba, fundamentalmente), dando lugar a la atención de la población en establecimientos de propiedad subnacional. El Consejo Federal de Salud (COFESA), bajo la órbita del Ministerio Nacional, tiene bajo su responsabilidad coordinar las agendas provinciales.

En paralelo, opera un esquema de protección financiera dependiente de las instituciones de seguridad social. Estas se encuentran, a su vez, abiertas en tres grupos: el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), dependiente del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP); las veinticuatro Obras Sociales Provinciales (OSPr) dependientes del empleo público de las burocracias de cada provincia, y las aproximadamente trescientas Obras Sociales Nacionales (OSN), dependientes normativamente de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que define el contenido y precio del Programa Médico Obligatorio (PMO), organizadas originariamente por rama de actividad económica y actualmente en continuo proceso de cambio a partir de la libertad de opción de sus beneficiarios.

La SSS tiene a su cargo el Sistema Único de Reintegro (SUR) para el financiamiento de las intervenciones de alto costo del total de las OSN, constituyendo uno de los elementos de redistribución y equidad transversal entre instituciones. El SUR forma parte de un espacio de asignación de fondos más amplio, el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), que tiene como fin el subsidio de las OSN relativamente más pobres, asociadas con la capacidad contributiva de sus beneficiarias/os³. En la mayoría de los casos, la prestación de servicios de las Obras Sociales descansa en un abanico de profesionales, sanatorios y hospitales mayoritariamente privados, y en menor medida públicos, mediante convenios directos o gestionados por instituciones intermedias de cada provincia (Colegios Médicos, Asociaciones de Clínicas y Sanatorios, etcétera).

Aproximadamente un tercio de la población descansa en la cobertura pública, mientras un 10% aproximadamente contrata seguros privados. El 57% restante exhibe pertenencia a alguno de los bloques alternativos

3 Para un análisis en detalle del Sistema Único de Reintegro (SUR), ver Maceira (2018a).

de seguridad social, sobresaliendo las OSN, con más del 34% de la población, las OSPr con el 14%, y el PAMI, con proporciones entre el 7 y 8% del total, fundamentalmente personas mayores de 65 años.

La Tabla 1 brinda una fotografía del financiamiento sectorial al año 2015, a través de la participación de sus diferentes actores. De cada cien pesos invertidos en salud en la Argentina, casi 78,4% corresponde a contribuciones de sistemas solidarios, tanto públicos como de seguridad social, en tanto el 21,6% restante se atribuye al pago privado directo, ya sea mediante pagos de bolsillo (copagos, consultas directas, medicamentos, etcétera) o por desembolsos para costear seguros prepagos de salud, en proporciones muy similares (51,8% y 48,2%, respectivamente).

El gasto público o de seguridad social, a su vez, se divide en dos: la atención pública, con un 32,3% de los desembolsos, en tanto que Obras Sociales, el INSSJP y las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo (ART) —con características de aportes similares a las Obras Sociales, pero con objetivos específicos diferenciados— que representan en conjunto el 46,1% del total nacional.

Del total del gasto público, sólo un 20,5% corresponde a erogaciones del gobierno nacional, en tanto que las provincias, en su conjunto, asumen el 62,6%, dejando a municipios una carga relativa del 16,9%. Estos porcentajes se mantienen relativamente constantes si se los compara con el 2009, cuando el gobierno federal participaba con un 18%, en tanto los municipios lo hacían con el 14%.

Tabla 1
Financiamiento de la Salud en la Argentina por fuente - Año: 2015
(en pesos corrientes, dólares y %)

| Agente | Miliones de \$ (2015) | Millones de USD (2015) ^a | % del Total | Participación en el PBI |
|--|-----------------------|-------------------------------------|---------------|-------------------------|
| Gasto Total en Salud | 546.501 | 41.910 | 100,0% | 9,3% |
| Gasto Público y Seguridad Social en Salud | 428.492 | 32.860 | 78,4% | 7,3% |
| <i>Atención Pública de la Salud</i> | 176.313 | 13.521 | 32,3% | 3,0% |
| – Nacional | 36.210 | 2.777 | 20,5% | 0,6% |
| – Provincial | 110.390 | 8.465 | 62,6% | 1,9% |
| – Municipal | 29.713 | 2.279 | 16,9% | 0,5% |
| <i>Seguridad Social</i> | 252.179 | 19.339 | 46,1% | 4,3% |
| – OSN | 122.710 | 9.410 | 48,7% | 2,1% |
| – INSSJP | 61.450 | 4.712 | 24,4% | 1,0% |
| – OSPr | 54.618 | 4.188 | 21,7% | 0,9% |
| – ART ^b | 13.401 | 1.028 | 5,3% | 0,2% |
| <i>Gasto Privado de los Hogares en Salud</i> | 118.009 | 9.050 | 21,6% | 2,0% |
| – Gasto de bolsillo | 61.134 | 4.688 | 51,8% | 1,0% |

| | | | | |
|--|--------|-------|-------|------|
| - EMP ^c | 56.875 | 4.362 | 48,2% | 1,0% |
| a. Tipo de cambio oficial al 31/12/2015 en base al Banco Central de la República Argentina (BCRA). | | | | |
| b. Aseguradoras de Riesgos del Trabajo. | | | | |
| c. Empresas de Medicina Prepaga. | | | | |

Fuente: Elaboración propia en base a Sec. de Política Económica del Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas, Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo) 2012-2013, Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) y Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT).

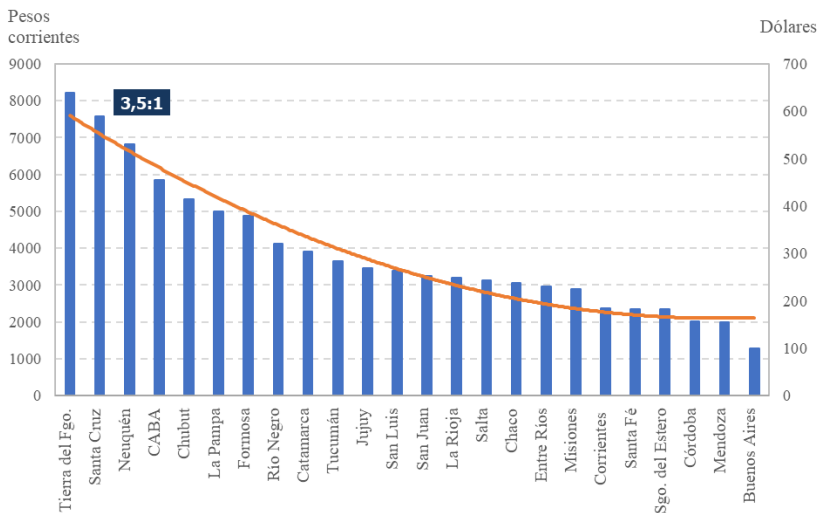
La seguridad social expone un contraste significativo: el PAMI detenta una contribución del 24,4%, exactamente la mitad que aquella de la totalidad de las trescientas OSN reunidas (48,7% del total de los fondos solidarios) y 2,7% por encima de las veinticuatro OSPr sumadas. Las ART contribuyen con 5,3%, correspondiente a la proporción del gasto del sector vinculado a la prestación de servicios de salud. En total, el 9,3% del producto bruto interno se destina a salud, con amplia incidencia de los sectores público y social, probablemente uno de los más altos de la región latinoamericana.

2. Subsistema Público

La presencia de un gasto público provincial elevado no remite a desembolsos homogéneos entre jurisdicciones (Figura 1). Se observó que el gasto *per cápita* en provincias patagónicas es

mayor al promedio nacional, y superior en tres veces y media al de aquellas de menor gasto relativo, comparando valores extremos (Tierra del Fuego y Santiago del Estero). Las provincias con espacios de descentralización explícita del gasto en salud a nivel municipal se encuentran en el extremo más bajo de la figura, en tanto debe agregarse el desembolso sub-provincial. Ello motiva que Buenos Aries, Córdoba, Santa Fe, y en alguna proporción Mendoza, fueran superadas por el resto de las estructuras políticas argentinas. Sin embargo, esta brecha se ha reducido sensiblemente en los últimos años. Información de 2009 mostraba que la dispersión en el gasto *per cápita* representaba una relación de 9,4:1 entre provincias extremas, mientras en 2015 fue de 3,5:1. Las diferencias pueden ser vistas como una mayor inversión relativa en salud de las provincias menos favorecidas económicamente.

Figura 1
Gasto en salud *per cápita*, por provincia - 2015



Nota: 3,5; 1 Tasa Tierra del Fuego / Santiago del Estero. (Córdoba, Mendoza y Buenos Aires cuentan complementariamente con gasto municipal en Salud). Tipo de cambio oficial al 31/12/2015 en base al Banco Central de la República Argentina (BCRA).

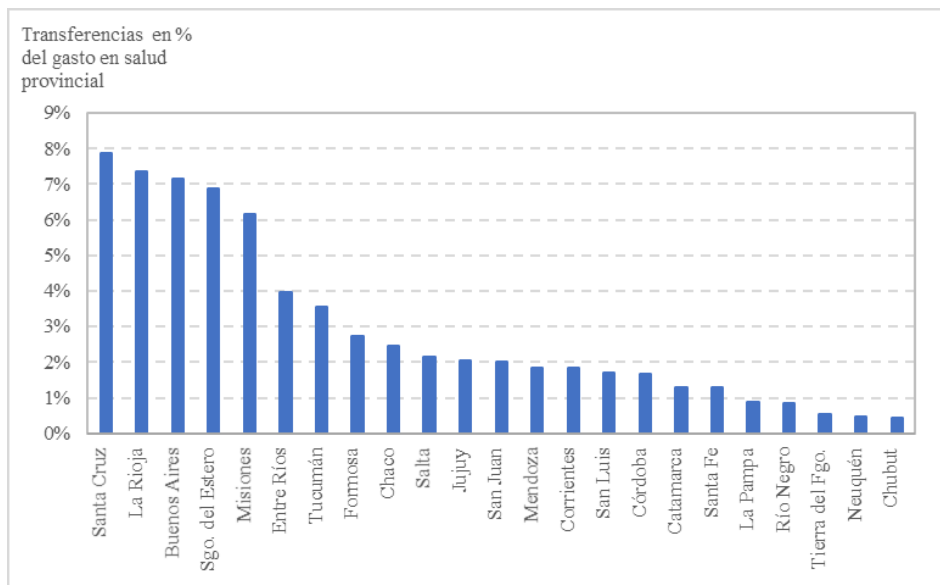
Fuente: Elaboración propia en base a Información Fiscal Provincial y Municipal del Ministerio de Economía y datos de población estimados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Dadas estas brechas entre provincias, se comprende que la construcción de equidad en salud requiere de un esfuerzo federal que nivele diferencias, a la vez que permita abrir un debate sobre las condiciones bajo las cuales se aplica la idea de descentralización como objetivo político en el contexto del espacio de administración pública.

La Figura 2 presenta un indicador que permite medir la capacidad del poder federal de

amortiguar tales brechas: el porcentaje de los recursos federales transferidos a los gobiernos provinciales, medido en términos del gasto público provincial en el sector. En 2015, Santa Cruz ha sido la mayor beneficiada, seguida por provincias de mayor necesidad relativa, ya sea por sus niveles de pobreza (La Rioja, Santiago del Estero, Misiones) o por factores de escala poblacional (Buenos Aires).

Figura 2
Transferencias nacionales en Salud, por provincia - 2015
(en % del Gasto en Salud Provincial)



Nota: Se excluye CABA ya que recibe como parte de las transferencias gastos administrativos correspondientes a los programas centralizados en su jurisdicción (personal, insumos, etcétera), a fin de evitar distorsiones.

Fuente: Elaboración propia en base a Secretaría de Política Económica y DNCFP – Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas.

Ello brinda dos consideraciones parciales: la independencia (y exposición) de los modelos provinciales de salud a sus capacidades de resolución y la caída de la participación federal,

en tanto los porcentajes de incidencia de nación se redujeron del 6% al 2,8% aproximadamente en los últimos seis años. Los contenidos de estas transferencias exhiben que el 60% co-

rresponde a recursos sin uso específico, lo que refiere a la discrecionalidad de los mecanismos de traspaso, seguido por fondos asociados con el cuidado de la madre y el niño (16,7%), y salud social y comunitaria (9,1%).

3. Subsistema de Seguridad Social

Dentro del subsistema de seguridad social, se propone brindar una mirada de las características generales de los tres grandes bloques de aseguramiento: PAMI, OSN y OSPr, identificando algunas de sus condiciones salientes y su tránsito en el tiempo.

La Tabla 2 ofrece la evolución por provincia de la población a cargo de los esquemas de cobertura social formal en conjunto con las empresas de medicina prepaga (EMP). Los valores se expresan en porcentaje del total de residentes, con fuente en los sucesivos censos nacionales (1991, 2001 y 2010) realizados por el INDEC. La última columna indica la evolución temporal de dicha cobertura formal entre los dos extremos de los veinte años expuestos. El ordenamiento de las provincias está dado por la columna de cobertura formal para el 2010.

Tabla 2:
Evolución de la población con cobertura de Salud, por provincia - Períodos 1991; 2001; 2010 (en % del total)

| Provincia | Población con cobertura de salud (%) | | | Variación intercensal (%) |
|------------------|--------------------------------------|-------|-------------------|---------------------------|
| | 1991 | 2001 | 2010 ^a | 1991-2010 |
| Santa Cruz | 76,95 | 70,77 | 83,06 | 7,94 |
| CABA | 80,31 | 73,82 | 82,34 | 2,52 |
| Tierra del Fuego | 69,20 | 69,93 | 78,50 | 13,44 |
| Chubut | 67,39 | 60,45 | 72,71 | 7,89 |
| Santa Fe | 70,97 | 58,03 | 68,30 | -3,77 |
| La Pampa | 64,79 | 54,52 | 67,72 | 4,52 |
| Córdoba | 62,22 | 54,24 | 67,11 | 7,86 |
| Río Negro | 61,17 | 50,05 | 65,58 | 7,20 |
| Neuquén | 59,74 | 51,26 | 65,27 | 9,26 |
| Buenos Aires | 63,28 | 51,21 | 64,63 | 2,14 |
| Entre Ríos | 61,48 | 51,34 | 64,28 | 4,55 |
| Tucumán | 64,66 | 51,78 | 63,55 | -1,72 |
| Mendoza | 57,83 | 49,42 | 63,03 | 8,99 |
| La Rioja | 66,01 | 59,17 | 61,87 | -6,27 |
| Catamarca | 63,21 | 54,95 | 60,88 | -3,68 |

| | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|--------|
| San Luis | 62,39 | 48,38 | 60,36 | -3,26 |
| Misiones | 50,18 | 42,17 | 56,39 | 12,37 |
| San Juan | 59,14 | 47,03 | 56,02 | -5,27 |
| Jujuy | 55,99 | 45,84 | 54,76 | -2,20 |
| Salta | 51,31 | 39,58 | 52,38 | 2,09 |
| Corrientes | 51,58 | 37,89 | 51,63 | 0,09 |
| Santiago del Estero | 44,64 | 36,34 | 44,06 | -1,30 |
| Formosa | 42,74 | 34,19 | 43,11 | 0,87 |
| Chaco | 47,84 | 34,49 | 42,07 | -12,06 |

Censo 2010 Incluye toda la población con cobertura de obras sociales, prepagas y programas o planes estatales de salud.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991; Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Claramente se observa un patrón geográfico prevalente: las provincias patagónicas y del área pampeana se ubican en la cima de la tabla, con Santa Cruz y CABA encabezando el nivel de cobertura formal, que supera el 80%. En el otro extremo, las provincias del Noreste (Corrientes, Misiones, Santiago del Estero, Chaco y Formosa) junto a Salta, ofrecen un escenario de menor protección formal, inferior en general al 50% de la población, aunque con un piso de 42%. Este análisis complementa la información previa: provincias relativamente más pobres cuentan con menores recursos públicos, al tiempo que un porcentaje mayor de su población depende de tales fondos para atender la salud. Por su parte, la concurrencia del gobierno nacional procura compensar diferencias de financiamiento, aunque la escala de esas contribuciones no involucra proporciones significativas de la brecha existente.

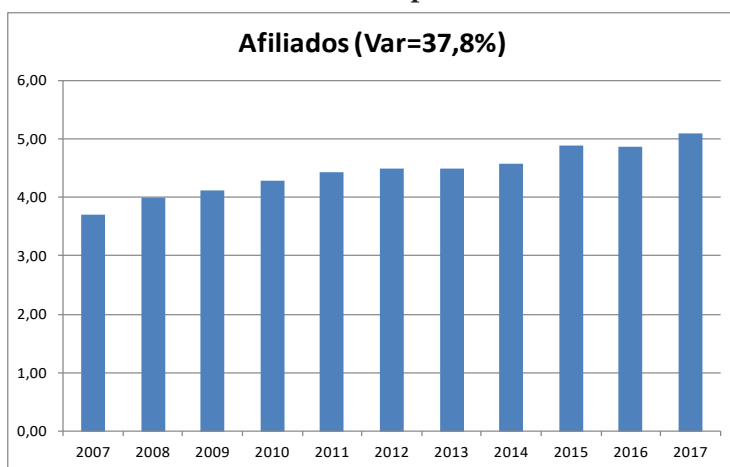
4. El Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI)

El 80% de los beneficiarios del PAMI supera los 65 años. Su población se constituye originalmente por todas aquellas personas que, habiendo trabajado en relación de dependencia,

deben —o deciden— abandonar su Obra Social de origen al momento jubilatorio. Se agregan a ellos, los menores y dependientes de este grupo, y los ex combatientes de Malvinas sin cobertura alternativa.

La evolución de la cobertura del PAMI refleja los cambios en el reconocimiento de derechos sociales dentro del sistema sanitario y de la sociedad argentina en su conjunto. La Figura 3 permite mostrar el incremento en su escala de atención, atribuible a la incorporación de nuevos contingentes al espacio de garantía de cobertura de salud, particularmente mujeres sin empleo formal y con trayectoria de trabajo en el hogar, como también de los/as trabajadoras/es informales receptores/as de planes sociales que alcanzan la edad jubilatoria.

Figura 3
Evolución de afiliados a PAMI - 2007-2017
(en millones de personas)



Fuente: Maceira (2018d).

Este movimiento hacia un aun mayor protagonismo del PAMI en el sistema de salud se vio acompañado parcialmente por un crecimiento de recursos de la Administración Federal de Ingresos Públicos (vía aportes de los trabajadores activos) correspondientes al 78% de sus ingresos, complementado por transferencias de la ANSES —correspondientes a las contribuciones de los mismos pasivos—, en un 18%.

Un desafío de origen del PAMI es la falta de oportunidades para desplegar programas de prevención eficaces para la tercera edad. Ello ocurre en tanto parte de su población beneficiaria no dependía institucionalmente de su influencia en años previos, al tiempo que muchas OSN no cuentan con incentivos para desarrollar acciones preventivas utilizando recursos propios, en la medida que, al tiempo de recuperar la inversión de estos esfuerzos, sus beneficiarios/as constituyen parte del padrón del PAMI (Maceira y Olaviaga, 2011).

5. Las Obras Sociales Nacionales

La cobertura de las OSNs se distribuye en unas trescientas instituciones, con escala, ingreso promedio y capacidad de resolución diferenciada. En ocasiones, sus servicios se realizan mediante prestadores propios, pero en su mayoría utilizan estructuras de redes de prestadores (clínicas, sanatorios y profesionales de la salud) a lo largo del país. Su papel dentro del sistema sanitario argentino es el de gestionar los recursos provenientes de aportes patronales y contribuciones salariales, definiendo estrategias para lograr la cobertura del PMO, identificando redes de servicios, ejerciendo la coordinación entre prestadores, diseñando mecanismos de pago y reembolso.

Los montos de ingreso promedio y la escala poblacional hacen de este subsector un caso paradigmático de protección financiera. En él conviven obras sociales de gran escala poblacional, salarios promedio relativamente altos y gran capacidad de cobertura, con otras de

pequeña escala, niveles reducidos de contribución por cápita, que descansan en los mecanismos de subsidio gestionados por la SSS.

La Tabla 3 refleja las brechas de escala y recursos disponibles para el período 2016. La

matriz organiza a las obras sociales en el eje horizontal en función de su monto distribuido por persona y por tamaño. Cada celda, por tanto, resume el número de OSN localizadas en ese contexto de tamaño e ingreso promedio.

Tabla 3
Matriz de OSN por cantidad de beneficiarios e ingreso por afiliado de la OSN - 2016

| | | Monto distribuido por afiliado a las OSN, año 2016 (miles de pesos) | | | |
|----------------|---|--|---|---|--|
| | | Bajo Hasta 4.6 | Medio bajo 4.6 hasta 9.3 | Medio alto 9.3 hasta 25.6 | Alto Mas de 25.6 |
| Obras sociales | Minúsculas Hasta 1000 beneficiarios | Cant. OS: 2 Beneficiarios: 914 Monto/cotizante prom.: 3.2 | Cant. OS: 4 Beneficiarios: 1874 Monto/cotizante prom.: 6.6 | Cant. OS: 5 Beneficiarios: 2095 Monto/cotizante prom.: 9.3 | Cant. OS: 16 Beneficiarios: 8312 Monto/cotizante prom.: 17.6 |
| | Pequeñas 1001 hasta 10000 beneficiarios | Cant. OS: 15 Beneficiarios: 76020 Monto/cotizante prom.: 2.01 | Cant. OS: 39 Beneficiarios: 220256 Monto/cotizante prom.: 5.9 | Cant. OS: 24 Beneficiarios: 110471 Monto/cotizante prom.: 9 | Cant. OS: 28 Beneficiarios: 114774 Monto/cotizante prom.: 20.7 |
| | Intermedias 10001 hasta 100000 beneficiarios | Cant. OS: 6 Beneficiarios: 144177 Monto/cotizante prom.: 2.8 | Cant. OS: 57 Beneficiarios: 1997703 Monto/cotizante prom.: 5.7 | Cant. OS: 35 Beneficiarios: 1184557 Monto/cotizante prom.: 8.97 | Cant. OS: 19 Beneficiarios: 672159 Monto/cotizante prom.: 14.6 |
| | Grandes Más de 100000 beneficiarios | Cant. OS: 1 Beneficiarios: 1048537 Monto/cotizante prom.: 2.8 | Cant. OS: 21 Beneficiarios: 6394483 Monto/cotizante prom.: 6.07 | Cant. OS: 8 Beneficiarios: 1691784 Monto/cotizante prom.: 9.7 | Cant. OS: 7 Beneficiarios: 1790970 Monto/cotizante prom.: 16.6 |

Nota: PAMI tiene 5081359 de beneficiarios y un monto por beneficiario de 12.81

Monto por cotizante promedio en miles de pesos corrientes.

Fuente: Elaboración propia en base a SSS y AFIP.

En el extremo sudeste de la matriz se ubican las siete obras sociales de mayor escala y contribución promedio, reuniendo entre ellas aproximadamente 1,8 millones de personas y 16,6 mil pesos de aportes promedio por año. En el otro extremo, se ubican dos OSN con 914 personas cubiertas entre ambas, y 3,2 mil pesos anuales de aporte por cada una de ellas. Claramente, la posibilidad de brindar satisfacción al mismo PMO es limitada, lo que desafía la posibilidad de proponer un espacio equitativo de protección financiera. La con-

vivencia de tan variado nivel de instituciones refleja la necesidad de una discusión sobre los alcances de cada una y la necesidad de aprendizaje cruzado.

Desde esta perspectiva, las OSN de mayor envergadura y/o más eficaces en el cumplimiento de la atención de la salud establecida por el PMO debieran liderar, en conjunto con la Superintendencia de Servicios de Salud, un mecanismo de construcción de consensos para la mejora colectiva de este subsector, y su con-

vergencia a un modelo de salud más integrado (Maceira, 2018c).

Los principios de protección financiera en salud proponen alternativas de mejoras en eficiencia a través del logro escalas poblacionales relevantes para el sostenimiento y la ampliación de cobertura. Una agenda viable para el sector debe mantener la solidaridad existente del modelo actual, con mayor inversión en la gestión de escala poblacional, dentro de una construcción generada por la articulación del mundo del trabajo y de la salud.

En la actualidad, las primeras veinte OSN nuclean el 56% de la cobertura total del subsistema, en tanto que las siguientes 280 contribuyen con el 44% restante. El listado lo encabeza la Obra Social de Empleados de Comercio, con el 12,8% de los beneficiarios, manteniendo su liderazgo desde antes de 1997, cuando esta primera medición fue realizada. Lo escolta la Obra Social de los Peones Rurales, con el 6,8%, manteniendo también su incidencia relativa en el sector a lo largo del tiempo. Dentro de este *ranking* de las primeras veinte OSN, conviven instituciones tradicionales, con otras cuya evolución ha sido particularmente rápida durante la última década. Dentro de este segundo bloque se destacan la presencia de las Obras Sociales de Petroleros y Trabajadores de Casas Particulares, junto con aquellas de Trabajadores de la Actividad del turf y comisarios navales. Su presencia en esta grilla responde a realidades diferentes: el crecimiento de la actividad económica potenció el mayor alcance de la primera, en tanto que la dignificación del trabajo doméstico facilitó el surgimiento de la segunda. Las instituciones relacionadas con el personal del turf y comisarios navales reflejan un fenómeno asociado con la libre elección de obras sociales, iniciado en la década de los '90: el descontento con la atención de la institución de origen dio lugar al traspaso a otras, en ocasiones sostenidas con convenios de gestión con empresas de medicina prepaga.

6. Las Obras Sociales Provinciales

Estas instituciones reflejan la relevancia del empleo público en cada jurisdicción, tanto en términos de población total beneficiaria, como particularmente, en el peso porcentual de su cobertura sobre los/as habitantes totales para cada caso. A diferencia de las OSN, el PAMI y las empresas prepagas, las OSPr no se encuentran sujetas a la regulación de la SSS, y no tienen obligación, por tanto, de cumplir con el Programa Médico Obligatorio. En la medida que sus aportes y contribuciones se encuentran atados a las rentas de la provincia, en ocasiones su operatoria también se ve influida por la capacidad de gestión de la burocracia pública de cada caso. Es frecuente encontrar, sin embargo, OSPr que toman el PMO y otras regulaciones de la SSS como parámetros para su funcionamiento, incluso superando las exigencias de cobertura que se desprenden de esta normativa.

Las OSPr se nuclean en la Confederación de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), institución intermedia con creciente influencia para la coordinación de políticas.

La Tabla 4 presenta la cobertura de cada OSPr para el período 2014 y su peso en la población total, estimada por INDEC para 2015 en función del Censo Nacional del 2010. Las provincias fueron ordenadas a partir de la segunda columna, que indica el total de beneficiarios de cada institución, quedando registrada en la última columna su participación en el total provincial.

Tabla 4
Cobertura obras sociales, provinciales, y participación porcentual, por jurisdicción

| Provincia | Beneficiarios OSP 2014 | Población estimada 2015 | Afiliados a OSP/Pob. Total |
|---------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------|
| Buenos Aires | 1.934.467 | 16.659.931 | 11,6% |
| Mendoza | 770.048 | 1.885.551 | 40,8% |
| Córdoba | 550.572 | 3.567.654 | 15,4% |
| Santa Fé | 536.061 | 3.397.532 | 15,8% |
| Tucumán | 310.801 | 1.592.878 | 19,5% |
| Entre Ríos | 266.331 | 1.321.415 | 20,2% |
| Salta | 260.615 | 1.333.365 | 19,5% |
| CABA | 260.000 | 3.054.267 | 8,5% |
| Chaco | 242.518 | 1.143.201 | 21,2% |
| Neuquén | 201.500 | 619.745 | 32,5% |
| Misiones | 177.851 | 1.189.446 | 15,0% |
| Jujuy | 172.390 | 727.780 | 23,7% |
| Santiago del Estero | 166.144 | 928.097 | 17,9% |
| Catamarca | 163.104 | 396.895 | 41,1% |
| San Juan | 134.326 | 738.959 | 18,2% |
| Corrientes | 132.871 | 1.070.283 | 12,4% |
| Río Negro | 127.814 | 698.874 | 18,3% |
| La Rioja | 125.700 | 367.728 | 34,2% |
| Chubut | 123.487 | 566.922 | 21,8% |
| Santa Cruz | 115.000 | 320.469 | 35,9% |
| Formosa | 110.761 | 579.250 | 19,1% |
| La Pampa | 84.057 | 343.056 | 24,5% |
| San Luis | 79.840 | 476.351 | 16,8% |
| Tierra del Fuego | 49.412 | 152.317 | 32,4% |
| Total | 7.095.670 | 43.131.966 | 16,5% |

Fuente: elaboración propia en base a Canale, S. et al. (2016)

La población total que descansa en estas instituciones supera los siete millones de personas, aproximadamente un 16,5% del total nacional en ese período. La provincia de Buenos Aires encabeza con el IOMA la lista de jurisdicciones, con 1,94 millones de beneficiarios/as, lo que representa 11,6% de los bonaerenses. La OSEP de Mendoza se ubica en segundo lugar, con 770 mil afiliados/as, en tanto que Córdoba se encuentra en el tercer lugar con 536 mil personas. La escala poblacional de cada provincia incide en este ordenamiento, por lo que se han resaltado los casos provinciales de mayor incidencia de su OSPr en el total. Desde esta perspectiva, Catamarca en-

cabeza la lista con 41,1% de su población dependiente de su OS, seguida por Mendoza. En tercer y cuarto lugar se ubican Santa Cruz y La Rioja, con 35,9% y 34,2%, respectivamente.

La información disponible sobre gastos por beneficiario y por OSPr, presentada para un grupo de provincias seleccionadas se obtuvo de la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias y refleja las erogaciones en seguridad social, la que fue ponderada por la población de cada OSPr. Los mismos expresan elementos ya identificados en secciones anteriores: mayor capacidad de gasto de las provincias patagónicas y de la región centro, menor nivel de

gasto promedio de las jurisdicciones del norte y aquellas que descansan en ámbitos sub-provinciales de erogación de recursos, y una relación entre extremos de 5:1 aproximadamente. Esta tasa resulta inferior a la encontrada entre ministerios provinciales al tomar como denominador la población total, aunque es relativamente menos regresiva si se opta por la población sin cobertura en el denominador del cálculo.

7. Sistemas de salud de América Latina y el Caribe: tendencias de reformas

Para contextualizar la realidad del sistema argentino en el marco de otros sistemas regionales, se presenta a continuación, una caracterización de los mismos, así como una breve descripción de las reformas recientes en base a las discusiones y objetivos de las últimas décadas en torno al sector salud.

Analizando las reformas desde la perspectiva de los instrumentos utilizados, se observa un grupo de herramientas frecuentes en la implementación regional: la descentralización en la gestión, la nominalidad de usuarios, la definición explícita de intervenciones, la puesta en práctica de programas asociados a grupos priorizados, y la aplicación de pagos vinculados a desempeño. Estas herramientas tienen como trasfondo común la decisión de favorecer la gobernabilidad y la transparencia del sector por diferentes razones. La definición de paquetes de servicios explícitos y la nominalidad identifican obligatoriedad de cumplimiento de cobertura, lo que puede traducirse en un mecanismo de publicitar derechos, hacerlos homogéneos y generar mecanismos de control. La priorización de sectores específicos de la población, en todo o en parte, orienta las acciones clave en poblaciones materno-infantiles principalmente.

Por su parte, la descentralización promueve la distribución de recursos en niveles sub-nacionales, aspirando a democratizar el uso de recursos y lograr mayor *accountability*, aunque demandando mayor capacidad de gestión. El

tercer instrumento, el mecanismo de pago asociado a desempeño, genera incentivos a la separación de funciones y facilita la asociación entre desembolsos y prestaciones.

Los programas específicos en población materno-infantil forman parte de los modelos sanitarios regionales, en algunos casos bajo el paraguas de Seguros Nacionales, con metas explícitas para este grupo poblacional. Mientras tanto, la inclusión de paquetes definidos de intervenciones gana protagonismo, separando los modelos vinculados principalmente con subsidios a la oferta pública de aquellos mixtos.

En paralelo, los modelos de aseguramiento público o social se apoyan en pagos asociados a desempeño, diferenciados de los presupuestos fijos puros que sostienen a hospitales y centros de salud estatal.

Si bien los esfuerzos de nominalización con paquetes definidos sugieren mejoras en la cobertura (Uruguay, Bolivia) y en la reducción de la brecha de equidad (Nicaragua y México), tampoco pueden considerarse aisladamente de otros factores. Garantías insuficientes o desarticuladas de las necesidades prevalentes de la población priorizada pueden contribuir en ineficiencia en la asignación de recursos, con escaso impacto en la equidad.

Finalmente, la descentralización de los sistemas de salud, en ocasiones visto como una herramienta idónea para mejorar el impacto de los recursos invertidos en el sector, requiere de grandes desarrollos en capacidad local de gestión. La aplicación y profundización de medidas de cambio organizacional en los sistemas de salud de la región durante los últimos veinte años nos permite identificar tres modelos generales de gestión. El primero de ellos procura avanzar en un esquema de cobertura universal de salud desde esquemas de subsidios a la oferta, en los cuales un sistema público protagónico cubre las funciones de regulación, financiamiento y aseguramiento, estableciendo tácitamente las garantías de derechos que se traducen en prestaciones en establecimientos

dependientes de la esfera estatal. Ello se verifica en las naciones del Caribe inglés, que heredaron el modelo de atención desde su estructura colonial, pero también se encuentra en modelos como el de Brasil y el de Costa Rica.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) ofrece un modo de financiamiento basado en rentas generales y una definición estratégica de prioridades y tareas a nivel central, que descentraliza acciones a nivel estadual y departamental, utilizando para ello prestadores públicos propios y proveedores privados contratados. Si bien la cobertura alcanzada es significativa, las diferencias regionales conllevan a la presencia de seguros privados por fuera del SUS.

Costa Rica, por su parte, logra un modelo de cobertura universal mediante la combinación de esfuerzos del Ministerio de Salud, a cargo de la regulación del sistema, en tanto que una red de médicos de familia funciona como contención sanitaria con enfoque de geo-referenciamiento. La atención de segundo y tercer nivel descansa en los prestadores hospitalarios estatales dependientes funcionalmente de la Caja Costarricense de Seguridad Social. De este modo, y a diferencia de otras naciones de la región, los recursos impositivos y de retenciones salariales y patronales se asignan para que las dos instituciones (Ministerio y Seguridad Social) distribuyan tareas dentro del sistema para cubrir igualmente a toda la población.

Los modelos de subsidio a la oferta fueron desafiados durante los años noventa, aduciendo ineficiencias en la asignación de recursos, y proponiendo en su lugar esquemas de aseguramiento social que tuvieran como fin la cobertura de paquetes específicos de servicios. Estos mecanismos de subsidio a la demanda contaron con la incorporación del sector privado y de la seguridad social como prestadores del subsistema público.

En ocasiones, el objetivo fue determinar grupos sociales y prestaciones priorizadas, como sucedió con el primer seguro materno-infantil de Bolivia, o con los modelos de

complementación público-ONGs en algunas naciones de América Central, orientados a proveer cuidados preventivos y atención ambulatoria en zonas pobres y/o rurales.

Estos modelos debieron enfrentarse con grandes desafíos de sustentabilidad financiera: en la medida que sus fuentes de financiamiento descansaban en créditos externos, su implementación contaba con un período finito a partir del cual se volvía a la situación inicial. Asimismo, el subsidio puro a la demanda muestra incentivos a la selección adversa de pacientes con cuadros sanitarios más complejos, lo que redundaba en desprotección financiera a mediano plazo.

Del aprendizaje sobre las ventajas y desafíos de los modelos de subsidio a la oferta y a la demanda, se observan dos grandes líneas de reforma sectorial. La primera de ellas propuso mantener el modelo segmentado tradicional de los sistemas de salud latinoamericanos (en subsistemas públicos, privados y de seguridad social, para diferentes grupos de ingreso), mientras que otros propusieron avanzar en la construcción de Seguros Nacionales de Salud. Dentro del primer grupo se encuentran los casos de la Argentina y México, con el Plan Nacer (y el posterior Programa Sumar), y el Seguro Popular, respectivamente. En ambos casos el espacio de intervención fue el subsistema público, de modo de implementar sobre el financiamiento histórico de infraestructura estatal (hospitales y centros de atención primaria), mecanismos de premios por desempeño, asociado con metas o trazadoras de cumplimiento. La articulación entre estos programas y el sistema público se asienta en compromisos de gestión entre el ministerio central y los niveles subnacionales, orientados por la atención de la demanda en diversas líneas de cuidado y cumplimiento de funciones esenciales de salud pública.

Por su parte, la trayectoria de seguros nacionales de salud muestra los procesos de aprendizaje en términos de política sanitaria regional. En todos los casos, se procuró au-

mentar la cobertura e incorporar niveles de coordinación entre el esquema tradicional público con los espacios contributivos dependientes del mundo del trabajo, teniendo como meta implícita la convergencia a un modelo integrado de seguridad social.

El caso chileno fue pionero en combinar esquemas de subsidio a la oferta mediante la estructura pública tradicional, con subsidios a la demanda, organizados a partir de seguros sociales y privados. El Ministerio de Salud es la autoridad sanitaria, a cargo de la rectoría del sistema, y la fijación de políticas. Asimismo, la Superintendencia de Salud controla a las ISAPRES —seguros privados— y al FONASA —el Fondo Nacional de Salud—, y fiscaliza a los prestadores de servicios. El sistema público de salud se financia con aportes impositivos del tesoro nacional, tributos municipales y comunales. El sistema de seguridad social FONASA, y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), cuentan con la cotización obligatoria de la población trabajadora en relación de dependencia. Los/as trabajadores/as activos y pasivos que cotizan al sistema de salud lo hacen al Fondo Nacional de Salud (FONASA), en cuyo caso la atención se concentra en el sistema público, o tienen como destino una Institución de Salud Previsional. Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, mediante una contribución del Estado, que garantiza el piso común de atención (Gattini *et al.*, 2010). Durante la última década, el sistema de salud chileno ha incorporado legislación orientada a formalizar un Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y Calidad en un conjunto de 66 (originalmente 25) patologías priorizados de la salud, en un plan universal de Salud (ex AUGÉ), recibiendo incentivos por cumplimiento (Bitrán *et al.*, 2004).

La reforma inicial del sistema de salud de Colombia permitió la incorporación de conceptos clave para la discusión de las iniciativas de cambio en la organización sanitaria de Amé-

rica Latina, reforzando la creación de un modo de aseguramiento social en base a un paquete explícito de servicios, el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este modelo se coordina con una estructura de subsidio a la oferta, encabezada por un esquema tradicional público descentralizado (Guerrero *et al.*, 2011, Florez *et al.*, 2008). Financiado por contribuciones salariales y patronales de trabajadores formales, el esquema de seguridad social contaba con dos modalidades: el régimen contributivo y el subsidiado, este último receptor de una canasta reducida (POS-S) de servicios. Las contribuciones previsionales son recibidas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades privadas que administran los fondos de los contribuyentes que las eligen, depositando en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) las diferencias entre los aportes y las primas que financian el POS-contributivo de los aportantes (Castaño Tamayo *et al.*, 2001). El régimen subsidiado, orientado a la población de menores recursos, opera con base en un subsidio cruzado del régimen contributivo a lo que se suman fondos fiscales procedentes de impuestos generales. Fallas en el diseño de los incentivos entre el ente asegurador, las gerencadoras privadas y los prestadores públicos y privados, como también en las limitaciones del POS llevaron a una profunda judicialización del sistema, desencadenando un proceso de reajustes aun no concluido, dirigido a mancomunar recursos de la seguridad social.

Del mismo modo que el caso colombiano refleja un aprendizaje sobre la reforma chilena original, en 2008 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay, que incluye enseñanzas de los dos anteriores. Basado en el Seguro Nacional de Salud (SNS) como resultado de un proceso iniciado en el año 2005, el objetivo estratégico de la reforma fue reducir la segmentación del modelo, que impedía la coordinación eficiente de recursos. En la actualidad, el SNS es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), con un

Directorio de trabajadores, usuarios y prestadores. El SNS se conforma a partir del Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social (ex Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad, DISSE), con financiamiento del Fondo Nacional de Salud (FONASA), originados en aportes salariales y patronales. Quedan incluidos en el FONASA los trabajadores privados y públicos del sector formal, y sus dependientes hasta los 18 años. Los contribuyentes eligen una institución administradora y reciben prestaciones contratadas por las mismas en la red del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Estas instituciones administradoras son la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) para el caso de servicios públicos, o alguna de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), como prestadores integrales. Las IAMCs son mutuales sin fines de lucro, con capacidad prestacional propia o contratando clínicas, sanatorios o profesionales del sector privado. La JUNASA como administrador del SNS, establece contratos de gestión con los prestadores integrales, abonando una “cuota salud” por beneficiario a la institución pública o privada elegida por el aportante. Dicha cuota se encuentra compuesta por dos componentes: una capita común, fijada por el JUNASA, corregida por sexo y edad de los beneficiarios, y un premio por cumplimiento de metas asistenciales (Aran *et al.*, 2011, OPS, 2009). Los aportes públicos impositivos y surgidos de contribuciones obligatorias, financian también el Fondo Nacional de Recursos (FNR), institución encargada de regular y administrar los recursos para los tratamientos de alta complejidad de la totalidad del sistema de salud uruguayo. La prestación de estos se efectúa en instituciones de medicina altamente especializadas (IMAE), públicas o privadas

8. Marco de Análisis sobre Políticas, Conductas e Incentivos

Pensar una estrategia de cambio sectorial en un contexto como el que brinda el sistema de salud argentino requiere generar espacios

de construcción de consensos en base a un plan de acción de mediano plazo. Como fuera mencionado en párrafos previos, la estructura de descentralización del subsistema público nacional no cuenta con paralelismos en los modelos regionales, incluso con aquellos con estructuras federales de gobierno.

La descentralización de fondos para su gestión subnacional, como ocurre en Brasil, México, Chile o Colombia (los dos primeros, de estructura federativa; los segundos, con modelos unitarios) no son replicables en el modelo local. A diferencia de ellos, en la Argentina la independencia provincial para regular, financiar y establecer pautas de aseguramiento excede lo observado en otros países. Por ello, el diseño de un plan federal necesita de un Consejo Federal de Salud activo, con una hoja de ruta clara sobre los roles a ser desempeñados por el Ministerio federal hacia futuro.

Por su parte, el esquema de garantías de derechos a ser respetados por los seguros sociales en la Argentina es extremadamente amplia y en ocasiones pobremente reglamentada para su aplicación. Estas características separan al caso argentino de otros con paquetes de servicios más reducidos (Colombia, Chile), o reglamentaciones más estrictas para su implementación (Chile, Uruguay). Con la única excepción de Uruguay, no existe en la región latinoamericana un sistema solidario tan extendido basado en el empleo formal, aunque también fuertemente desconcentrado entre instituciones. Ello requiere de una autoridad supervisora que brinde pautas comunes para orientar no sólo el gasto y el uso de tecnologías, sino también que provea un marco de normas que impulse cambios en el comportamiento de prescripción y consumo de servicios de salud.

Asimismo, el protagonismo del sector privado en el modelo argentino, fundamentalmente en la prestación de servicios de salud, es muy marcada, requiriendo su participación en cualquier modelo de cambio a futuro. La falta de prestadores propios —con excepciones— en

la provisión de servicios de Obras Sociales y empresas de medicina privada lleva al desarrollo de complejos y cambiantes mecanismos de pago entre gerenciadores y prestadores.

La multiplicidad de escenarios provinciales, con disponibilidades diversas de recursos humanos y tecnologías, impulsa la proliferación de arreglos contractuales, donde diferentes poderes de negociación disparan un abanico de situaciones, incluso al interior de una misma provincia. Las capacidades de negociación de instituciones de gran escala a nivel nacional (PAMI, Obras Sociales Nacionales de alcance federal y número de beneficiarios/as significativos) o provincial (las Obras Sociales específicas de cada jurisdicción) cuentan con destacada experiencia en gestión. Ello genera espacios de contratación claramente diferentes a aquellas otras instituciones de menor escala y/o ingreso promedio, impidiendo que un mismo paquete de servicios sea efectivamente brindado de modo homogéneo entre grupos con distinta cobertura. Incluso, las capacidades de cada entidad gerenciadora (Obra Social o prepaga) para gestionar los gastos vinculados con la alta complejidad son extremadamente diferenciadas, con ahorros o pérdidas de eficiencia asignativa significativas, dependiendo del caso bajo observación.

En algunos países, donde el esquema de cobertura universal descansa en modelos protagónicos de oferta pública (Costa Rica, Brasil), la tensión en la cobertura de las enfermedades de alto costo recae en la capacidad estatal de gasto. En otros modelos, se procura concentrar la compra de estos servicios en entidades únicas, avanzando en esquemas de aseguramiento social con prestación privada o mixta (como es el caso del Fondo Nacional de Recursos en Uruguay, o el FONASA en Chile). La institución con características similares en nuestro país es el Sistema Único de Reintegros de la seguridad social nacional, cuyo espacio de injerencia se limita al 35% de la población con cobertura formal. Dicho de otro modo, la convergencia hacia un modelo más

equitativo y eficaz en la asignación de recursos en nuestro país implica un esfuerzo de coordinación mayor que sus pares regionales. Sin embargo, y a diferencia de la mayoría de ellos, parte de un piso de recursos y garantías no equiparable, que supera en algunos casos las pautas establecidas en naciones desarrolladas.

El debate sobre potenciales líneas de trabajo en pos de una reforma sectorial, se propone considerar la existencia de los siguientes espacios de intervención (Maceira, 2014):

- Sobre las condiciones básicas en las cuales opera el sistema de salud (los determinantes sociales de la salud, tales como niveles de ingreso y su distribución, acceso a servicios de agua y saneamiento, polución ambiental, acceso a educación formal y las brechas entre grupos sociales);
- Sobre la estructura del sistema (las instituciones y actores participantes en el funcionamiento del sector: hospitales y sanatorios, médicos y otros trabajadores de la salud, seguros privados y sociales, asociaciones médicas y de clínicas y sanatorios, colegios y sindicatos de trabajadores, productores de tecnologías y medicamentos, organismos internacionales, etcétera);
- Sobre las conductas o acciones de aquellos actores que operan dentro del sistema: patrones de prevención y conductas saludables de la población, mecanismos de pago, estructuras de contratos entre gerenciadores y prestadores, descuentos en medicamentos, velocidad de incorporación de cambio tecnológico, espacios de inducción de demanda, perfiles de consumo y prevención de la población, etcétera.
- Sobre el marco de consenso entre los tres poderes públicos para establecer responsabilidades y alcances de cada subsistema en función de los recursos disponibles y la población a cargo de cada uno.

Dados ciertos determinantes sociales, el sistema de salud, organizado según el esquema de cada país, genera conductas y vínculos entre sus actores, dando como resultado un vector de indicadores sanitarios. El mismo puede ser visto tanto en términos de la salud poblacional (esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil, etcétera), como del sistema sanitario (tasas de vacunación, cantidad de consultas/año por habitante, equidad en acceso a servicios o medicamentos, tasa de embarazo adolescente, etcétera). Observados los resultados de salud alcanzados por el sistema, la autoridad sanitaria pública decide influir sobre estos distintos espacios (condiciones básicas, estructura, conducta), a fin de modificar los indicadores de desempeño sectorial. Estas intervenciones, tienen a su vez tres modos de acción: a través de normas y regulaciones, mediante decisiones de financiamiento, y/o por el desarrollo de espacios de producción/prestación de bienes y servicios en salud.

Una política regulatoria tiene como fin establecer pautas a partir de las cuales ordenar el funcionamiento del sistema, enviando señales a los distintos actores intervinientes. A modo de ejemplo, regular el emplazado de un plan urbano permite establecer reglas sobre las condiciones básicas del sistema de salud, a fin de evitar polución de distintos tipos. Por otra parte, la certificación de establecimientos sanatoriales o de productos farmacéuticos opera sobre el espacio de la estructura, definiendo quienes participan del funcionamiento sectorial. Alternativamente, el Estado puede influir normativamente en las conductas, al incorporar, por ejemplo, nuevas prestaciones en el plan obligatorio de salud de la seguridad social. Este mismo análisis puede aplicarse en el modo de intervención a través del financiamiento: ampliar la red de agua potable con proveedores del Estado (sobre las condiciones básicas), involucrarse en la compra mediante licitación de medicamentos para la atención de necesidades del primer nivel de atención (sobre la estructura),

o implementar un plan de ingresos condicionados a cuidados de salud (sobre la conducta).

Finalmente, la función de producción/prestación directa podría ser capaz de brindar educación pública a la población, operando sobre los determinantes sociales, a fin de inculcar hábitos saludables; o ampliar la red de centros de atención primaria y hospitales, facilitando el acceso a quienes no cuentan con recursos económicos para hacerlo. La creación de una oficina de evaluación de tecnologías sanitarias cumpliría el papel de generar conocimiento a fin de orientar las conductas de prestación y utilización de los participantes del sistema de salud. Desde esta perspectiva, los espacios de intervención estatal en el sistema de salud pueden considerarse como un conjunto de herramientas de diferente naturaleza, agrupadas en nueve vectores de acción del Estado.

Cuál de estas alternativas de intervención es aquella más efectiva y se ajusta a las necesidades de un país en un momento determinado, depende no sólo de los recursos disponibles, sino también de la capacidad institucional del gobierno para fijar reglas dentro del mapa de actores sectoriales. El *policy making process* del sector, por tanto, influye y es influido por los espacios de gobernabilidad, facilitando (o no) el alineamiento de intereses, y generando (o no) espacios de cooperación para alcanzar acuerdos básicos sobre objetivos sociales y modos de alcanzarlos.

En un país donde la participación del gasto público del ministerio nacional es relativamente baja (en comparación con sus pares provinciales), el desafío de gobernanza es particularmente elevado. Un marco regulatorio sólido, con protocolos que definen explícitamente derechos y prestaciones, constituye una herramienta imprescindible para la equidad sectorial y para la eficiencia asignativa. Desvíos de esta pauta normativa disparan señales equívocas a la población, a los prestadores y financiadores del sistema, como así también a las instituciones legislativas y judiciales que

participan en el proceso de identificación y tratamiento de la garantía de derechos⁴.

Conclusiones

El modelo público de salud descentralizado que se observa en la Argentina no es un producto derivado necesariamente de su condición federal. Con el fin de evitar la dispersión de las capacidades normativas y de aseguramiento, se requiere de esfuerzos de coordinación e instituciones con poder de convergencia de distintas autoridades sanitarias. Se espera un esquema de cobertura uniforme, que no traduzca diferencias de ingreso entre jurisdicciones en brechas de acceso y capacidad de resolución. La presencia del Consejo Federal de Salud (COFESA) dentro de la órbita del Ministerio Nacional demanda entonces ser fortalecida y complementada por mecanismos de financiamiento que faciliten esa convergencia a un modelo único de salud.

Particularmente, las instituciones nacionales deben profundizar la homogenización de pautas y reglas de comportamiento para los servicios de salud, protocolizando procesos, fortaleciendo no sólo a los centros de salud, sino al vínculo entre promotores/as, centros de primer nivel y referencia a niveles superiores, con pautas planificadas de acceso y derivación. Sobre estos espacios es donde la autoridad nacional necesita coordinar su capacidad de apoyo técnico y logístico con las autoridades provinciales.

Los esfuerzos de nominalización de la población a cargo del subsistema público, la definición de pautas de geo-referenciamiento de

pacientes y el establecimiento de metas prescricionales a partir de las cuales se establecen mecanismos de seguimiento e incentivos por cumplimiento, constituyen parte del menú de opciones de política implementadas en la región. Ellas han tendido éxito parcial en los casos de Uruguay y Chile, cada uno de ellos con características idiosincráticas de aplicación.

La utilización de recursos existentes en el sector, a partir de la reorientación de las conductas de sus actores, constituye probablemente uno de los mayores desafíos tanto a nivel macro sectorial, como meso —en el funcionamiento de redes por líneas de cuidado— y también de microgestión —a nivel de hospitales y centros de salud—.

Particularmente compleja es la coordinación entre los programas específicos por grupo poblacional o de enfermedad (materno-infantiles, salud adolescente, salud sexual y procreación responsable, enfermedades transmisibles y/o no transmisibles) con los servicios de primer y segundo nivel de atención. La seguridad social no se encuentra exenta de estos desafíos. Las brechas de coordinación existentes entre las obras sociales provinciales y los ministerios de salud de la misma jurisdicción impiden en gran parte de las jurisdicciones argentinas, poder aprovechar la amplia red de prestadores públicos y privados dependientes del conjunto de ambas instituciones. Sin embargo, en la mayoría de los casos tal coordinación estratégica no se verifica, segmentando el acceso y aumentando las brechas de cuidado.

La experiencia de Costa Rica, donde el Ministerio de Salud nacional y la Caja Costarricense de Seguridad Social trabajan conjuntamente en la definición del modelo prestacional, puede servir de ejemplo para la acción de las provincias. Ello facilita la atención igualitaria y promueve la reinversión de recursos provenientes tanto de la esfera impositiva como de las contribuciones salariales y patronales.

Tales parámetros de coordinación de acciones sanitarias —aunque definidos en base a

4 Dentro de este marco, el concepto de protección financiera de los hogares y la reducción del gasto financieramente catastrófico y empobrecedor ganó durante años la discusión académica en todo el mundo (Lustig, 2001; Wagstaff y Van Doorslaer, 2002; Xu *et al.*, 2003, entre otros), con estudios y aplicaciones particularmente significativas en América Latina (Baeza *et al.*, 2006; Knaul *et al.*, 2012).

las características de cada provincia— pueden ser incorporados como insumos para un plan de cobertura ampliada, con perfiles de atención definidos y garantías de derecho homogéneas entre subsistemas.

Por su parte, las instituciones nacionales de la seguridad social muestran algunas fortalezas y otros espacios de análisis, que diferencian su funcionamiento con respecto a las estructuras eminentemente públicas (Ministerios/Secretarías y Obras Sociales Provinciales).

Como fortaleza común, todas estas instituciones cuentan con un espacio normativo común —la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)— con capacidad de seguimiento, tanto de los fondos asignados y la gestión de reintegros del SUR, como en la definición de garantías de derechos —el Programa Médico Obligatorio— y de los subsidios cruzados surgidos de su implementación —el Fondo Solidario de Redistribución—. La SSS puede ser vista no sólo como un mecanismo de control, sino como una plataforma de generación de normativas que orienten los patrones de prescripción y consumo de bienes y servicios de salud, al tiempo que facilite la definición de umbrales de calidad en los establecimientos prestadores asociados con las Obras Sociales Nacionales.

Como elementos para el diseño de una agenda sectorial en el área de seguridad social, se resaltan cuatro elementos: (i) la apoyatura de la SSS en la definición de reglas que faciliten la gestión, particularmente en términos de evaluación de tecnologías sanitarias; (ii) la construcción de redes de prestadores en el primer nivel que permitan un uso eficaz de recursos, mediante políticas de prevención y detección temprana de enfermedades crónicas; (iii) el continuo perfeccionamiento del Sistema Único de Reintegros, como modo de reducir el impacto de enfermedades financieramente catastróficas sobre las familias y las instituciones de la seguridad social, a cargo de la gestión de recursos; y (iv) la identificación de barreras de escala en el funcionamiento de múltiples insti-

tuciones de seguridad social —sin comparación en el ámbito latinoamericano—.

El contraste de estos elementos en la agenda latinoamericana de reformas sanitarias, también permiten extraer enseñanzas para el caso argentino. Entre ellos se encuentra el mecanismo de implementación de garantías explícitas en Chile o la experiencia del Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, que permite analizar otros mecanismos de cobertura de las enfermedades de alto costo, buscando también una generalización desde el subsistema de Obras Sociales Nacionales.

En otro orden, la reforma uruguaya muestra algunos de los logros y desafíos de combinar instituciones de seguridad social. Tal es el caso del esquema de transferencias de recursos desde el FONASA (la institución clave de la seguridad social) y las mutuales (paralelo de nuestras obras sociales), mediante capitas corregidas por sexo y edad, complementadas con premios por desempeño en el alcance de metas, lo que favorece la competencia entre instituciones en término de gestión de recursos.

Desde una mirada sistémica, los mecanismos de protección en el sector sanitario se encuentran ante un desafío creciente: cómo sostener/aumentar los niveles de cobertura y calidad sin arriesgar su sustentabilidad financiera, al tiempo que no se transfieran a los/as usuarios/os mediante pagos de bolsillo (copagos, etcétera) los costos adicionales de esta dinámica. Dentro de este contexto, y a la luz de la renovada importancia que toman estas iniciativas en el ámbito nacional, se hace particularmente relevante avanzar en un debate informado sobre los objetivos y alcances de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (Maceira *et al.*, 2017).

La política de protección financiera sostenida en el tiempo presente en la Argentina, poco comparable con otros países, requiere de esfuerzos adicionales para promover mayor eficiencia distributiva y amerita decisiones que potencien la acción regulatoria de la SSS,

permitiendo una mayor calidad gerencial entre las instituciones supervisadas. Ello incluye emitir señales a todos los actores sectoriales para que orienten la asignación de recursos y promuevan prácticas prescriptivas que aporten a la gobernanza del sistema como un todo.

Más allá de ello, la presencia de brechas entre Obras Sociales —en términos de cantidad y riesgo de la población a cargo, como de aportes promedio por afiliado/a— sugiere una agenda de trabajo futura, dada las limitaciones actuales de la información disponible. Ello permitirá perfeccionar la información existente y lograr mayor profundidad en el estudio de los indicadores de desempeño (prevalencia de enfermedades catastróficas y niveles de riesgo relativo de cada institución). Estos tienen como fin identificar “cuellos de botella” en los mecanismos actuales de facturación, aceptación de cargos y reintegros.

Asimismo, se debe abordar desde una mirada de protección financiera las capacidades relativas de cobertura del mismo PMO por diferentes instituciones de seguridad social, que afectan la eficiencia del sistema en los modos de gestionar compras de insumos y contratación de prestadores. La presencia de instituciones con limitadas cantidades de beneficiarios, tanto por jurisdicción y a nivel nacional, convoca a un espacio de debate intra-sector para identificar mecanismos de partenariatado, fusiones y/o asociaciones cooperativas entre obras sociales, que faciliten la gestión de recursos y fortalezca la misión solidaria de la seguridad social, contemplando las particularidades jurídicas de cada caso. Desde allí será posible el diálogo entre las instituciones de la seguridad social caracterizadas por su capacidad de fijación de reglas en financiamiento, aseguramiento y gestión de recursos. Tal diálogo debe potenciarse, incorporando en ese intercambio a referentes sanitarios nacionales y provinciales del sector público. De esta interacción podrá avanzarse en un plan consistente de convergencia a mayor cobertura bajo parámetros de priorización socialmente aceptados.

Una asignatura pendiente en cualquier esquema de cambio sectorial es la definición del papel a ser llamado a cubrir por el PAMI. Esta institución constituye la primera fuente de recursos del sistema, dependiendo de ella la mayoría de los prestadores públicos y privados del país. Su amplio poder de incidencia puede influir en la dirección a ser tomada por la organización del sistema de salud en su conjunto. Este poder, por otra parte, incorpora un significativo riesgo sanitario, derivado del tipo de población a su cargo. Desarticularlo, según algunas opiniones, llevaría a una distribución de pacientes con mayor demanda potencial del sistema entre las obras sociales que conformen el modelo de seguridad social futuro. Por otra parte, sin embargo, se debilita la posibilidad de un espacio de gestión con impacto directo en la prestación de servicios.

Referencias bibliográficas

- Aran, D. & Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Salud pública de México*. 53, 265-274.
- Baeza, C. y T. Packard, (2006). *Beyond survival. Protecting household from health shocks in Latin America*. Washington: Stanford University Press - The World Bank.
- Canale, S., De Ponti, H. & Monteferrario, M. (2016). Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica. *Documentos y aportes en administración pública y gestión estatal*. 16 (26), 225-250.
- Castañón Tamayo, R. A., Giedion, U., & Morales Sánchez, L. G. (2001). *Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Serie Financiamiento del Desarrollo Núm.108. Santiago de Chile: Cepal.
- Bitrán y Asociados (2004). *Métodos de pago para el Plan AUGE y para las demás atenciones financiadas por el sistema público de salud en Chile*. Santiago de Chile: MINSAL.
- Flórez, C. E., Giedion, U. y Pardo, R. (2008). *Financiamiento de la salud y gasto de los hogares en salud. El Gasto Catastrófico y Empobrecedor*

- en salud en Colombia. Bogotá: CEDE, Facultad de Economía Universidad de Los Andes.
- Gattini, C. & Álvarez Leiva, J. (2010). Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. *Serie Técnica de Análisis de Situación-PWR CHII/11/HA/01*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*. 53, 144-155.
- Knaul, F., Wong, R. & Arreola-Ornelas, H., Eds. (2012). *Financing health in Latin America. Vol. 1. Household spending and impoverishment. Global Equity Initiative*, Harvard University. Massachusetts: Harvard University Press
- Lustig, N. C. (Ed.). (2010). *Shielding the poor: Social protection in the developing world*. Washington D.C. Brookings Institution Press.
- Maceira, D. (2001). *Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social. Serie Iniciativas Latinoamericanas (Harvard School of Public Health, Partnerships for Health Reform, Pan American Health Organization, USAid), Edición Especial 3*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Maceira, D. (2008). *Descentralización y equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Buenos Aires: CEDES.
- Maceira, D. (2014). Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina. *Documento de Trabajo CEDES* (122). Buenos Aires: CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4284>
- Maceira, D. (2018a). Cobertura de Enfermedades de Alto Costo, y el Accionar del Sistema Único de Reembolso en Argentina. Pautas para un análisis de equidad asignativa. *Documento de Trabajo* 128. Buenos Aires: CEDES.
- Maceira, D. (2018b). Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza. *Documento de Trabajo, CEDES-Preservar Salud*. Buenos Aires: CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4460>
- Maceira, D. (2018c). Evolución de la Protección Financiera en el Sistema de Salud Argentino. El Papel de la Seguridad Social. *Documento de Trabajo, CEDES-Preservar Salud*. Buenos Aires: CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4461>
- Maceira, D. y Espínola, N. (2017). Garantía de Derechos, Protección Financiera y el Papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Aportes para el Caso Argentino. *Documento de Trabajo CEDES-Preservar Salud*. Buenos Aires: CEDES. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4459>
- Maceira, D. & Olaviaga, S. (2011). Mapa de actores del sector oncológico en la Argentina. *Revista de Salud Pública*. 15 (1), 17-28.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Perfil del Sistema de Salud de la República Oriental del Uruguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Wagstaff, A. & Doorslaer, E. V. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health economics*. 12 (11), 921-933.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*. 362 (9378), 111-117.

Para citar este Artículo de investigación:

Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 155-179.