

APORTES COMPLEMENTARIOS

**SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y COVID-19:
¿HAY LUZ AL FINAL DEL CAMINO?**

Por Fernando Pablo Lago, Nebel Silvana Moscoso
y María Eugenia Elorza

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO Y COVID-19: ¿HAY LUZ AL FINAL DEL CAMINO?



Por FERNANDO PABLO LAGO

Lic. en Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS)
Doctor en Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS)
Investigador del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (UNS-CONICET)
Profesor Asociado de Economía de la Salud (Departamento de Economía de la UNS)
Miembro del Grupo de Economía e Ingeniería de Sistemas de Salud (www.geiss.uns.edu.ar)



Por NEBEL SILVANA MOSCOSO

Lic. en Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS)
Doctor en Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS)
Investigadora independiente del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (UNS-CONICET)
Profesora Asociada de Economía de la Salud (Departamento de Economía de la UNS)
Miembro del Grupo de Economía e Ingeniería de Sistemas de Salud (www.geiss.uns.edu.ar)



Por MARÍA EUGENIA ELORZA

Lic. en Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS)
Doctor en Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS)
Investigadora Asistente del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (UNS-CONICET)
Asistente de Docencia Economía de la Salud (Departamento de Economía de la UNS)
Miembro del Grupo de Economía e Ingeniería de Sistemas de Salud (www.geiss.uns.edu.ar)

La irrupción del COVID-19 en la escena global a principios del año pasado ha sido el mayor desafío que han enfrentado los sistemas de salud en más de un siglo. Aun en los países desarrollados, con sistemas de salud muy consolidados, tanto en el aspecto tecnológico como el financiero, la capacidad de atención se vio superada. La situación en los países en desarrollo, con mayores limitaciones en la disponibilidad de recursos físicos y humanos, es mucho más compleja. El impacto del COVID-19 ha sido de tal magnitud que los sistemas de salud se vieron incapacitados, no solo de brindar atención oportuna a muchos de los pacientes con COVID-19, sino que también se vio afectada su capacidad para atender pacientes con problemas de salud no COVID.

En Argentina, la pandemia dejó a la luz los problemas estructurales del sistema de salud que, desde hace décadas, afectan negativamente su capacidad de dar respuestas organizadas a las necesidades de la población. Tales problemas surgen, principalmente, por la dificultad para coordinar acciones entre los múltiples actores del sistema (proveedores, usuarios, financiadores y reguladores) y de los desbalances financieros que enfrentan algunas instituciones del sector. Para comprender la realidad actual del sistema de salud argentino, debemos entender su funcionamiento, la coyuntura que enfrentaba antes de la pandemia y los principales problemas estructurales que afectan su desempeño.

Un sistema, tres subsectores

El sistema de salud argentino está organizado en base a tres subsectores, que brindan cobertura a distintos segmentos de la población. Aunque es habitual diferenciar entre el sector público y el privado, hay un tercer sector que impacta notablemente en la performance de todo el sistema, y es el de la seguridad social, que gira en torno a las obras sociales.

El sector privado reúne a proveedores de bienes y servicios de salud y aseguradoras de salud, representadas principalmente por unas 300 empresas de medicina prepaga. Pertenecen a este sector los hospitales y centros de diagnóstico, los profesionales de la salud, así como los proveedores de tecnologías sanitarias, incluido el sector farmacéutico. Estos actores pueden tener o no fines de lucro, y sus principales demandantes son usuarios con seguro de salud o capacidad de pago.

El sector público brinda atención gratuita a toda persona que lo demande. En general se trata de personas sin cobertura de salud y sin capacidad de pago, aunque también sus servicios son utilizados por afiliados de obras sociales¹. Este sector es financiado con rentas generales de distintos niveles de gobierno y con el recupero de costos de los servicios prestados a pacientes con cobertura de salud.

¹ El INSSJyP, por ejemplo, posee convenios con distintos hospitales públicos para garantizar los servicios del segundo y tercer nivel a sus afiliados.

El sector de la seguridad social está integrado por unas 300 entidades, que brindan cobertura de salud a los empleados formales de la economía. Dado que las obras sociales se organizan por rama de actividad, se observan grandes diferencias entre obras sociales ricas y pobres debido a que se financian en función de los salarios de sus afiliados. Pertenecen a este sector las 24 obras sociales provinciales, y el INSSJP (organismo asegurador más grande del país que brinda cobertura, principalmente, a los adultos mayores). Este sector presenta un elevado grado de fragmentación ya que conviven obras sociales de distinto tipo (nacionales sindicales, nacionales, del personal de dirección, provinciales) con un elevado grado de concentración (es decir, en muy pocas entidades se concentra la mayoría de los afiliados).

Dificultades coyunturales pre pandemia

A principios de 2020² el sistema de salud argentino atravesaba una difícil coyuntura. A modo de ejemplo, ADECRA (cámara empresarial que agrupa al 90% del total de prestadores privados de servicios de salud) alertaba sobre el estado catastrófico en el que se encontraban estas instituciones después del “tiro de gracia” que representó la devaluación post-paso. Asimismo, el Centro de Profesionales Farmacéuticos de Argentina (Ceprofar) advirtió que entre julio de 2018 y julio de 2019 cerraron más de 500 farmacias en todo el país, al mismo tiempo que la venta de medicamentos cayó en un 6,75% en el mismo período³.

Gran parte de las dificultades de los prestadores privados podía ser atribuida al contexto económico recesivo que atravesó nuestro país en los años 2018 y 2019. Sin embargo, existían otros factores intrínsecos al sector salud, como los crecientes retrasos en la cadena de pagos de las obras sociales, y en menor medida, de las empresas de medicina prepaga.

² 9 de enero de 2020. Prestadores de salud advirtieron al Gobierno que el sector está en crisis y pidieron no pagar el bono de \$ 5.000. Infobae. Recuperado de: <https://www.infobae.com/politica/2019/09/15/prestadores-de-salud-advirtieron-al-gobierno-que-el-sector-esta-en-crisis-y-pidieron-no-pagar-el-bono-de-5-000/>

³ 12 de agosto de 2019. Ya no hay remedio para la crisis: en el último año cerraron 500 farmacias en todo el país. Mundo Empresarial. Recuperado de: <https://mundoempresarial.com.ar/contenido/3243/ya-no-hay-remedio-para-la-crisis-en-el-ultimo-ano-cerraron-500-farmacias-en-todo>

Los ingresos de las obras sociales provienen de los aportes obligatorios de los trabajadores en relación de dependencia y sus empleadores, y representan un porcentaje fijo de los salarios “en blanco” de cada trabajador. Como se observa en el Gráfico 1, en el período 2016-2019 los salarios crecieron por debajo de la inflación y de los precios del sector salud.

En el caso de las empresas de medicina prepaga, donde la principal fuente de recursos son las cuotas abonadas por sus asociados, la evolución de sus ingresos, en el mismo período, fue más favorable, dado que los aumentos autorizados en los valores de las pólizas estuvieron en línea con la inflación anual y por encima de los salarios, aunque en 2016 y 2019 el ajuste de sus cuotas estuvo por debajo de la inflación del sector Salud.

Gráfico 1. Incrementos de salarios, precios y cuotas (2015-2019)



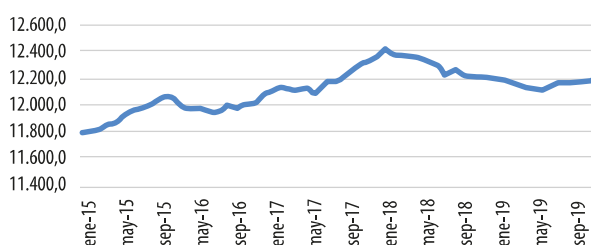
Fuente: elaboración propia en base a datos de la Defensoría del Pueblo (CABA), INDEC e IPC *online*.

Además del diferimiento de los pagos, las aseguradoras aplicaron otras alternativas para restablecer (al menos parcialmente) su equilibrio económico. En algunos casos realizaron recortes en las prestaciones cubiertas (sin dejar de garantizar las que integran el denominado Plan Médico Obligatorio), y aumentos en los copagos (lo que paga de bolsillo un afiliado cuando demanda una prestación). Claramente, ambas situaciones van en detrimento de la capacidad de acceso a los bienes y servicios sanitarios de sus asegurados.

El sector Público también se vio afectado por las dificultades experimentadas por las obras sociales, dado que por distintos motivos las instituciones públicas (hospitales principalmente) brindan servicios a pacientes con cobertura de salud, facturando las prestaciones provistas. En estos casos, los retrasos en los pagos de las aseguradoras a los prestadores públicos (sumado a que los montos reconocidos suelen no ajustarse a los costos incurridos) ocasionan un subsidio cruzado desde el sector público hacia las aseguradoras.

Por último, también debe mencionarse que, en contextos de crisis económicas, frente a la caída del empleo registrado, el sector Público actúa como el amortiguador al momento de atender las necesidades de salud de aquellos pacientes que pierden la cobertura de la seguridad social o de la medicina prepaga, proceso que se venía registrando desde octubre de 2017 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Evolución del empleo registrado (enero 2015-octubre 2019)



Fuente: elaboración propia en base a datos del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.

Un sistema fragmentado y segmentado, las dificultades de siempre

Una característica distintiva del sistema de salud argentino es su fragmentación, la cual hace referencia a la coexistencia de múltiples actores con poca (o ninguna) integración. En términos prácticos, la fragmentación implica que no está claramente asignada la responsabilidad del cuidado de la salud de los habitantes entre los actores del sistema, siendo difícil identificar el responsable de las decisiones de cuidado sobre el paciente. Una debilidad adicional es la segmentación del sistema, donde grupos poblacionales con diferentes capacidades de pago o situaciones laborales, reciben diferentes coberturas, y, por lo tanto, acceden a los servicios que necesitan con mayores o menores dificultades.

En este contexto de altísima fragmentación y segmentación, la pandemia pone en jaque el rol del Ministerio de Salud de la Nación que, bajo el esquema de un país federal, debe coordinar las políticas de salud implementadas en todo el territorio. Sin embargo, en la práctica, cuenta con muy pocos recursos económicos en relación a las demás instituciones con funciones de regulación en nuestro país.

Históricamente, el nivel nacional de gobierno participa de forma minoritaria en el gasto público en salud. En 2017 el gasto total en salud representó el 9,4% del Producto Bruto Interno (PBI). Solo el 2,7% correspondió al sector público, dentro del cual, el nivel nacional solo gastó el 0,5% del PBI mientras que los niveles provinciales y los municipales, participaron con el 1,8% y 0,4% del PBI, respectivamente⁴. Siendo las provincias quienes, en términos relativos, destinan mayores recursos al financiamiento de la salud pública.

La fragmentación y segmentación también representan un enorme desafío para las autoridades sanitarias de los niveles locales de gobierno, que deben coordinar las acciones del sistema de salud en su territorio. La complejidad de esta tarea se debe a que más allá del subsector al que pertenezcan los diferentes actores (público, privado, de la seguridad social), para gestionar durante la pandemia es necesaria la coordinación de los recursos (camas, RRHH, insumos) entre diferentes niveles de atención (hospitales, unidades de cuidados mínimos, centros de atención primaria, vacunatorios, centros de análisis clínicos, atención telefónica y servicios de traslado, entre muchos otros).

Las disparidades territoriales del sistema de salud argentino

La descentralización de las decisiones de salud a los niveles subnacionales tiene su correlato en las disparidades existentes entre regiones en lo relativo a recursos asignados o disponibles en el sistema de salud. Existen amplias diferencias en el gasto público asignado al sector entre provincias. Según datos del 2015, en un extremo, los habitantes de la provincia de Tierra del Fuego "recibían" servicios con un gasto provincial mensual de \$ 650 por habitante mientras que los habitantes de la provincia de Buenos Aires "recibían" servicios de salud financiados mediante un gasto provincial de \$ 105 por habitante.

A nivel nacional los indicadores de recursos por habitantes muestran que no estamos tan por debajo de los valores exhibidos por los sistemas de salud de países con buen desempeño. Sin embargo, están distribuidos de forma desigual a lo largo de un amplio y desigual territorio.

⁴ <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>

De acuerdo a datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (OFERHUS) en el total del país existían 4,5 médicos cada 1.000 habitantes en 2019. Sin embargo, en un extremo CABA cuenta con 16,6 médicos cada 1.000 habitantes mientras la provincia de Misiones registra tan solo 1,78 médicos cada 1.000 habitantes .

Lo mismo se puede decir en relación a las camas, recurso analizado durante la pandemia como variable proxy de la capacidad de atención del sistema. De acuerdo a la información disponible de 2018, había en total 220.910 camas públicas y privadas en todo el país, incluyendo 8.293 unidades de terapia intensiva para adultos. Estos datos indican que el país tenía 5,02 camas cada 1.000 habitantes (un valor bastante inferior al número recomendado por la OMS de 8 camas cada 1.000 habitantes). Sin embargo, este indicador tiene grandes variaciones entre regiones: en la región del centro es de 5,71 camas mientras que en el NEA es de 3,94 camas, ambos valores cada 1.000 habitantes⁵.

Estos indicadores revelan la desigual distribución territorial de los recursos, que se traduce en diferentes posibilidades de acceso a la atención de la salud, según el lugar de residencia. Esta complejidad se replica en algunas provincias donde los niveles locales también toman decisiones en salud de acuerdo a su riqueza relativa y sus preferencias; entonces esta lógica de asignación de recursos (humanos, físicos y monetarios) genera diferentes capacidades de acceso a la atención de la salud, aún al interior de una misma provincia.

El impacto de la pandemia sobre los proveedores y aseguradoras

La principal dificultad en los proveedores privados de bienes y servicios de salud es simple de explicar: caída de ingresos con aumento de costos. Desde el inicio de la pandemia se derrumbó la producción debido a que la demanda de prestaciones programadas cayó por las medidas de restricción a la circulación, así como por el miedo al contagio de los pacientes. Además de las menores prestaciones facturadas, los aranceles pagados por las aseguradoras no aumentaron.

Paralelamente se incrementaron, drásticamente, los costos por diferentes motivos. Por un lado, el incremento en el precio de los insumos, sobre todo de medicamentos que aumentaron en promedio un 278% durante 2020, según el Observatorio de Costos de la Unión Argentina de Salud (UAS)⁶. Por otro lado, la contratación de personal adicional para desdoblarse áreas de atención, resguardar al personal de riesgo, así como cubrir las licencias vinculadas a los contagios por COVID-19. Estas condiciones acentuaron los problemas que ya enfrentaban antes de la pandemia, y actualmente se encuentran en una situación financiera crítica.

La actualidad se presenta distinta para los prestadores públicos, debido a que el principal problema que enfrentaban antes de la pandemia, vinculado a la limitación de prestar servicios con un presupuesto prospectivo en un contexto inflacionario, se relajó en buena medida. Esto se debe a varios motivos: al igual que los prestadores privados, vieron reducida la demanda de atención programada. A su vez, recibieron equipamiento e insumos para atender la pandemia de COVID-19 por parte de los ministerios de salud que realizaron las compras centralizadas, así como donaciones de diferentes industrias o sectores de la sociedad. Sin embargo, una debilidad observada en este sector son las condiciones laborales de los integrantes del equipo de salud. A pesar de haber otorgado estímulos a los RRHH del sector se han visto múltiples reclamos de recomposición salarial para quienes han estado al frente de la atención de la salud^{7,8}.

El impacto de la pandemia en las aseguradoras no es tan claro. Por un lado, vieron reducidos sus costos ya que como mencionamos, la demanda de prestaciones no COVID-19 se desplomó, sobre todo, en los primeros meses de la pandemia. Sin embargo, cuando se liberó la demanda contenida (fines de 2020 y principios de 2021), los aranceles pagados a los prestadores no acompañaron el crecimiento de los costos. Por otro lado, sus ingresos se vieron reducidos debido a la caída de empleo formal vinculada a la profundización

⁶ <https://uas.com.ar/mientras-la-inflacion-en-la-argentina-en-2020-fue-del-361-hubo-medicamentos-que-aumentaron-hasta-1300/>

⁷ 17 de Noviembre 2020. Conflicto. En plena pandemia, paran los médicos en la Ciudad de Buenos Aires en reclamo de aumento salarial. Clarín. Recuperado: https://www.clarin.com/sociedad/plena-pandemia-paran-medicos-ciudad-buenos-aires-reclamo-aumento-salarial_0_VisczfSDW.html

⁸ 8 de Septiembre de 2020. Médicos se pliegan al reclamo policial: piden paritarias y convocan a una protesta. Perfil. Recuperado: <https://www.perfil.com/noticias/actualidad/medicos-se-pliegan-reclamo-policial-piden-paritarias-convocan-protesta.phtml>

⁵ <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>

de la crisis económica, lo cual redujo la cantidad de aportantes o clientes. Más aún, por ley no pudieron suspender los servicios o dar de baja a los clientes, en caso de mora o falta de pago, o de aportes por parte del trabajador y/o empleador por un plazo de 3 meses⁹. En particular, las obras sociales para hacer frente a esta merma en la recaudación durante 2020 recibieron un apoyo extraordinario del Estado así como reintegros para cubrir los gastos derivados, específicamente, de la atención de pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID-19¹⁰.

Los desafíos para la post-pandemia

Con aciertos y errores, la pandemia dejó ver que las decisiones sanitarias impactan directamente en los proveedores, financiadores y reguladores, de todos los subsectores (público, privado, seguridad social) y niveles de gobierno (nacional, provincial, municipal), siendo la población, en su rol de usuarios del sistema, el actor más débil del sistema en esta situación extrema.

En el actual contexto, el gran desafío del sistema de salud es responder: ¿quién tiene la responsabilidad de asegurar que cada argentino tenga las mismas posibilidades de acceder a la atención de la salud que necesita de forma oportuna? La impresión es que, por ahora, nadie. La Constitución Nacional delega en las provincias la autonomía de decidir sobre sus políticas de salud (ergo, niveles de gasto), por lo tanto, sin cambios profundos, el sistema de salud argentino tiene todas las chances de seguir siendo la conjunción (disfuncional) de 24 sistemas de salud provinciales (con las particularidades de sus niveles locales), con lógicas independientes de funcionamiento, financiamiento y por ende, con diferentes resultados en salud.

Así como la pandemia dejó a la luz antiguos problemas del sistema de salud argentino que exigen una pronta atención, también obligó a sentarse en la misma mesa a todos los actores del sistema con diferente grado de responsabilidades, para coordinar las estrategias necesarias que permitan brindar una respuesta acorde a la necesidad de la población de cada distrito, considerando los recursos disponibles. Estas instancias de comunicación y coordinación entre actores son un saldo por demás favorable de la pandemia para un sistema tan fragmentado como el nuestro y por lo tanto, es deseable que perduren y se consoliden.

Además, la emergencia aceleró el desarrollo de diferentes aspectos de la toma de decisiones que, sin duda, son un salto de calidad para el sistema de salud, a saber: la sistematización de información en diferentes niveles de gobierno e instituciones que permiten el monitoreo en línea de la disponibilidad de recursos; la implementación de la telemedicina como respuesta oportuna a la atención de pacientes; el desarrollo de TIC's para la gestión de trámites de usuarios de la seguridad social; las instituciones de ciencia y tecnología al servicio de las necesidades del sistema de salud, entre otros.

Por último, el nivel de gobierno nacional tiene la capacidad de reducir las brechas actuales de acceso potencial en salud, a partir de la asignación de recursos a los niveles subnacionales que responda a criterios de equidad. Si bien las desigualdades observadas en la dotación de recursos de los niveles regionales ponen de manifiesto la necesidad de avanzar en mecanismos de transferencias de fondos condicionados para salud a los niveles subnacionales, el incremento del presupuesto nacional asignado al sector salud en los últimos dos años representa otro saldo positivo de la pandemia.

⁹ <https://www4.hcdn.gob.ar/dependencias/dsecretaria/Periodo2020/PDF2020/TP2020/1056-D-2020.pdf>

¹⁰ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/reintegros-obras-sociales-cobertura-por-covid-19>