

TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:

**PRIORIZACIÓN COMO BASE PARA LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA
UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA: DESAFÍOS
Y OPORTUNIDADES**

Presentado por Dr. Adolfo Rubinstein. Junio 2017

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



PRIORIZACIÓN COMO BASE PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN ARGENTINA: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Junio 29, 2017

La siguiente es la transcripción del seminario en línea que presentó el Dr. Adolfo Rubinstein, Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de Argentina, para la Red CRITERIA el 29 de junio de 2017.

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

"Priorización como base para la implementación de la CUS en Argentina: desafíos y oportunidades"

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein
Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control
de Riesgos



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Agenda del Webinar

- Definiciones generales sobre la estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS) y los procesos de priorización
- Características del Sistema de Salud Argentino
- Como visibilizar la CUS en la agenda política y sanitaria
- El programa SUMAR como plataforma de lanzamiento de la CUS
- Bases conceptuales y operativas para la implementación de la CUS en Argentina



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



AGENDA DEL WEBINAR

(Min. 00:03:30)

La idea mía es presentarles cuáles son las bases conceptuales, estratégicas y operativas de la implementación de la CUS (Cobertura Universal de Salud) en Argentina, y reflexionar junto a ustedes sobre algunos desafíos y oportunidades que tenemos para poder realmente alcanzar el logro de la Cobertura Universal para toda la población en el país, tratando de reducir fundamentalmente la brecha que todavía existe.

Cobertura Universal de Salud. Qué es?

- La CUS, enmarcada en uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) para 2030 a nivel global, consiste en asegurar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan, con adecuado acceso y calidad, y sin tener que sufrir penurias financieras para pagarlos (OMS 2010, Naciones Unidas 2015).
- El logro de la CUS en Argentina es uno de los 100 objetivos prioritarios del Gobierno
- Esta estrategia consiste en integrar 3 componentes interrelacionados:
 1. Espectro completo de servicios de salud de calidad de acuerdo a la necesidad;
 2. Protección financiera para evitar los pagos directos de los servicios cuando estos son utilizados
 3. Cobertura a toda la población



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



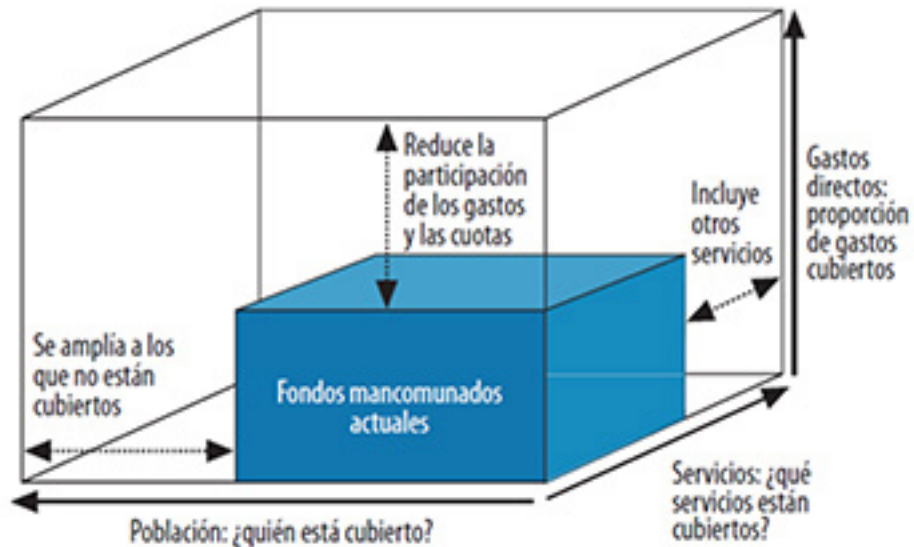
COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD. ¿QUÉ ES?

(Min. 00:04:19)

La idea es básicamente comenzar hablando un poco sobre las definiciones generales de la estrategia de la CUS y algunas definiciones conceptuales, y cuáles son los desafíos en los procesos de priorización; es decir, todo el debate alrededor del tema de racionamiento de servicios y de lo que implica. Luego voy a describir algunas características muy generales y breves del Sistema de Salud Argentino para todos aquellos que no están familiarizados, aunque el Sistema de Salud Argentino no es demasiado diferente de la mayoría de los sistemas de salud en la región. Luego vamos a hablar un poco de cómo introducir el tema de la CUS en la agenda política y sanitaria, es decir, cuál es la estrategia política para lograr meter el tema de la CUS y que esto sea visibilizado como un problema en nuestro país. Luego, cuáles son los instrumentos que hoy tenemos para viabilizar la CUS, particularmente, en el sector público y poder, de esa manera, acercarlo y empalmarlo con el

seguro social y los seguros privados, y alcanzar entonces la cobertura universal; y apalancándose en el programa SUMAR que hoy, de alguna manera, sería “la nave insignia” de esta plataforma de lanzamiento de la CUS. Y, finalmente, cómo a veces SUMAR puede alcanzar la CUS. Es decir, cuáles son las bases conceptuales y operativas, en este caso, para la implementación de la CUS en Argentina. Ésta es, pues, la agenda de este Webinar.

Los ejes para lograr el financiamiento de la CUS



OMS-Reporte Mundial sobre financiamiento de servicios de salud. 2010



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



LOS EJES PARA LOGRAR EL FINANCIAMIENTO DE LA CUS

(Min. 00:06:05)

En primer lugar, es importante conocer qué es la CUS. Básicamente, la CUS está enmarcada en uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) que se han fijado las Naciones Unidas para el 2030 a nivel global y que, de alguna manera, han reemplazado los objetivos de desarrollo del milenio, y la puse como parte de uno de los objetivos centrales. La definición tiene que ver con asegurar que todas las personas reciban los servicios de salud que necesitan –para el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación, etcétera–, con adecuado acceso y calidad, y sin tener que sufrir penurias financieras para pagar los servicios a los cuales accedan. Esta definición de la OMS, quien comenzó el debate sobre la cobertura universal en el 2010 a través de varios documentos –uno de los más clásicos

es el documento sobre el financiamiento de la CUS– fue recogido por las Naciones Unidas en sus Objetivos de Desarrollo Sustentable.

Pero también el logro de la CUS es uno de los cien objetivos prioritarios del actual gobierno. Entre los objetivos generales de la administración en el período de gobierno ha fijado la CUS como uno de los logros aspiracionales.

Y esta estrategia de la CUS consiste en integrar tres componentes que están interrelacionados. El primero es el poder brindar un espectro completo de servicios de salud de calidad de acuerdo a las necesidades de la población. El segundo es la protección financiera para que aquellos que puedan acceder a esos servicios no tengan penuria cuando estos servicios son utilizados. Y el tercer punto es asegurar la prestación y la cobertura efectiva a toda la población potencialmente beneficiada.

Estrategia secuencial en el camino a la CUS

Dimensión de progreso	Decisión crítica
Expandir servicios	Cuáles primero?
Incluir más gente	A quiénes primero?
Eliminar pagos de bolsillo	Cómo hacerlo?



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



ESTRATEGIA SECUENCIAL

(Min. 00:08:22)

Éstos son los tres ejes clásicos para lograr el financiamiento en el famoso cubo del reporte de la OMS sobre el financiamiento de servicio de salud en el 2010. Donde ustedes ven un cubo azul están los fondos mancomunados actuales: “el pool” de riesgo, los fondos que hoy dispondría un sistema de salud, y cuáles son los tres ejes en los cuales se puede actuar. En el eje de las abscisas uno ve el de la población: esto sería la población que está cubierta y el objetivo es alcanzar a aquellos que no están cubiertos: ampliar la cobertura de la población; ofrecer todos los servicios necesarios más allá de lo que actualmente está ofreciendo a través de este fondo, y finalmente asegurar la participación en las cuotas, protegiendo financieramente del pago de los servicios en el punto de atención, es decir, asegurar la protección financiera en el momento en que estos servicios se están utilizando.

Estos son los tres ejes en los cuales se puede avanzar. La pregunta que surge es: ¿se puede avanzar en los tres ejes al mismo tiempo?

Prácticamente hay que tomar decisiones: uno tiene que, por un lado, expandir los servicios, asegurando que todos los esenciales estén disponibles. Pero la decisión crítica depende de cuáles se pueden ofrecer primero. Entonces, ¿cómo categorizar las prioridades? Aquellos que son considerados de alta prioridad, mediana prioridad o de baja prioridad, y cuáles son los mecanismos para poder explicitar esto de manera objetiva y transparente. Si uno va a incluir más gente, ¿a quiénes se va a incluir primero? ¿A los grupos que ya tienen algún tipo de cobertura o que tienen ciertas ventajas sociales o de estrato socio-económico que ya reciben ciertos beneficios? ¿O se va a privilegiar a la población que no tiene cobertura formal? ¿Cómo se va a tomar esa decisión? Y si el objetivo es eliminar los pagos de bolsillo, ¿cómo se puede hacer esto? ¿Cómo pasar de un sistema que desacople el pago de la utilización a un sistema que cree un pool de riesgo, es decir, un sistema de prepago donde uno no tenga que enfrentar el pago de la prestación del servicio en el momento que lo necesita? Y esto tiene que solucionarse en un esquema diferente: sea a través de la creación de un pool de riesgo vía impuestos, vía seguro social, vía cuotas voluntarias. De alguna manera eso tiene que resolverse.

Como hacer explícito lo implícito?

- Ningún país por más rico que sea, es capaz de proveer a su población de todas las tecnologías o intervenciones que pueden mejorar la salud o prolongar la vida (OMS, 2010)
- Cuando las necesidades superan a los recursos disponibles, alguna forma de racionamiento se pone en juego. En muchos casos, ese **racionamiento es implícito** y se manifiesta a través de listas de espera, falta de disponibilidad de servicios, negación en punto de atención o procedimientos engorrosos para autorizar prestaciones
- El listado definido de beneficios, a través de los **PBS** aumentan la legitimidad social del racionamiento, explicitando lo implícito. Su construcción debiera ser el producto de un proceso de priorización transparente y participatorio, que haga sustentable el financiamiento de la CUS



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



¿CÓMO HACER EXPLÍCITO LO IMPLÍCITO?

(Min. 00:11:13)

Para que estas definiciones sean tomadas con un criterio objetivo, explícito y transparente hay que hacer explícito lo implícito. Es lo que sucede particularmente en los sistemas públicos en nuestra región, particularmente en Argentina. Por un lado, ningún país –y esto es una definición que todos conocemos de la Economía en sí misma– por más rico que sea, es capaz de proveer a su población de todas las tecnologías, servicios e intervenciones que puedan mejorar la salud, la calidad de vida; o prolongar la vida. Está claro: esa realidad existe en los países más ricos y en los más pobres, pero ningún país tiene todos los recursos suficientes para poder dar cuenta de las necesidades de la población. Entonces, cuando las necesidades superan a los recursos disponibles, alguna forma de racionamiento se pone en juego. La mayoría de las veces ese racionamiento es implícito –porque no está explicitado en una lista de servicios que se van a cubrir o que no se van a cubrir–. Uno podría

decir que tiene un sistema que da cobertura universal y que cubre todo; pero la realidad es que en el momento del uso de los servicios aparecen las listas de espera o no hay disponibilidad, o hay enormes barreras geográficas, culturales, financieras, procedimientos engorrosos para autorizar prestaciones, o cualquier tipo de barrera que hace que se difiera el uso de los servicios, sin decir que esos servicios no se cubren en la realidad. Entonces, poder pasar de un racionamiento implícito a definir claramente un listado de beneficios de servicios que voy a incluir. Y estos son los Paquetes de Beneficios en Salud (PBS) o canasta de prestaciones –en Argentina tenemos el PMO (Programa Médico Obligatorio)– que aumentan la legitimidad social de racionamiento, en el sentido de que las cosas están claramente definidas; o sea que explicitan lo que está implícito. ¿Cómo se construye este PBS? Ahí está la clave. ¿Cómo es el proceso de priorización? ¿Qué es lo que voy a incluir? ¿Qué es lo que no voy a incluir? ¿Qué voy a incluir asumiendo –o no asumiendo– protección financiera total? Ese proceso de priorización no solamente tiene que ser transparente, sino que tiene que ser muy participativo: todos los factores sociales están incluidos en la recepción. Esos potenciales beneficios tienen que estar incluidos. ¿Por qué? Porque de lo que surja del PBS es lo que va a hacer o no sustentable el financiamiento de la CUS.

De lo ideal a lo real

- La desconexión entre los servicios “aspiracionales” dentro de los planes de salud y los servicios realmente disponibles, son las causas más comunes de fallas en el financiamiento de la CUS en los países de medianos ingresos de nuestra region
- Por lo tanto, es importante distinguir entre los servicios ofrecidos “de jure” -*todos los servicios necesarios*- y “de facto”,-los servicios efectivamente recibidos por los pacientes-. Estos últimos están habitualmente limitados por factores presupuestarios, de infraestructura, geográficos, culturales y otros.
- Para que tengan impacto en los servicios , los PBS debe además informar determinadas funciones de salud como las modalidades de pago, la calidad de la prestación, su desempeño, y la rendición de cuentas.



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



DE LO IDEAL A LO REAL

(Min. 00:14:26)

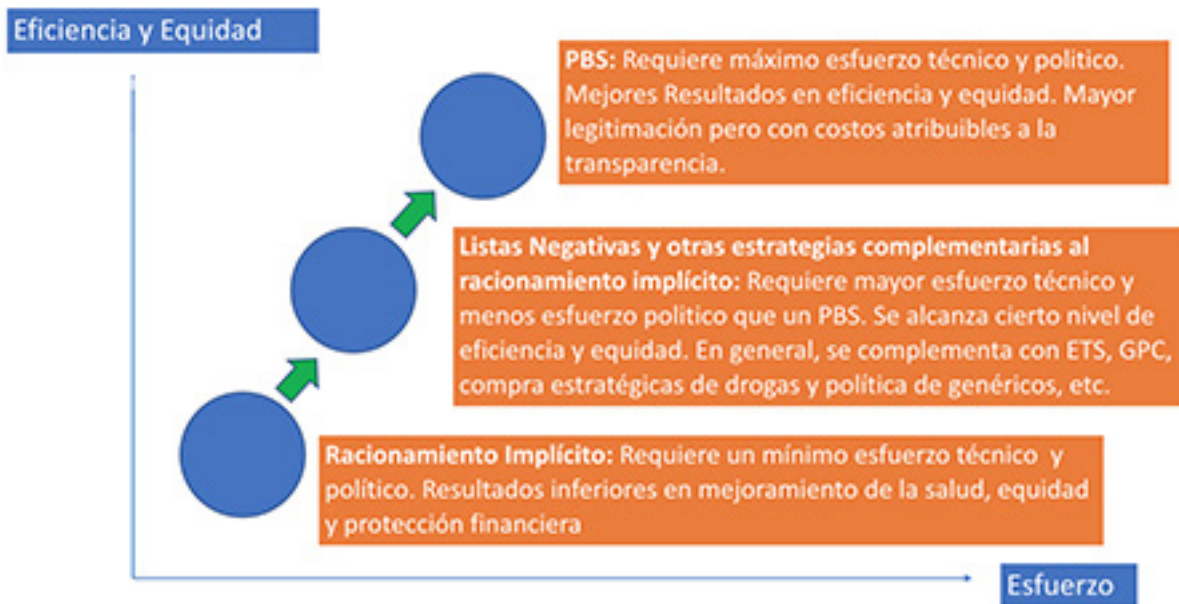
Aquí donde estamos hay una cosa muy común en los países latinoamericanos: de lo ideal a lo real. En general existe una cierta desconexión entre los servicios aspiracionales, lo que todos querríamos que tenga nuestro paquete, es decir, podríamos ofrecer Cobertura Universal pero la realidad es que las causas más comunes de fallas en el financiamiento de las CUS en los países de medianos ingresos es que hay esta desconexión entre lo que aspiramos y los servicios que realmente están disponibles. Es muy importante distinguir entre los servicios que están ofrecidos “de jure”, es decir, podríamos ofrecer todos los servicios necesarios pero en realidad, en el momento de la utilización, estos servicios no están disponibles por diversas razones. ¿Y cuáles son los servicios “de facto”? Pues los que efectivamente son recibidos por los pacientes.

Esa brecha que existe entre esos servicios aspiracionales y los servicios efectivamente recibidos por los pacientes es fundamental comenzar a cerrar. El primer cierre es, pues, definir explícitamente lo que se cubre y lo que no se cubre.

Lo que pasa es que son decisiones difíciles de tomar porque implican asumir ciertos aspectos que tienen que ver inclusive con costos y precios políticos, cuando uno tiene que decir: “Esto no lo voy a cubrir”. La negación tiene evidentemente un costo.

Pero no solamente se trata de definir una lista de servicios y decir: “éste es el paquete que vamos a ofrecer”. Eso también es un problema. Además de decir: “voy a cubrir estos servicios en un paquete definido”, ese paquete de servicios tiene que informar algunas otras funciones, como por ejemplo: ¿Cuáles son las modalidades de pago? ¿Van a ser transferencias capitadas, pago por prestación o por desempeño? ¿Qué se va a exigir de la calidad prestacional, de la oportunidad en el momento de recibir la prestación, y cuáles son los componentes que tienen que estar integrados en la detección, el diagnóstico y de un tratamiento de una determinada condición? ¿Vamos a evaluar el desempeño en cuanto a la medición de indicadores, de metas, de calidad? ¿Cómo se van a rendir cuentas de los servicios que se han prestado? Todo esto tiene que informar la definición de un paquete de servicios y es tan importante como el listado de servicios en sí mismo.

Economía política del racionamiento



Gideon U y col. Health Benefit plans in LA. IDB 2014



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



ECONOMÍA POLÍTICA DEL RACIONAMIENTO

(Min. 00:17:26)

En esta economía política del racionamiento, asumiendo que el racionamiento de servicios de algún modo es inevitable, porque digamos que es una definición casi universal económica, digamos, los recursos nunca alcanzan para satisfacer todas las necesidades. Tenemos como tres pasos en esta escalera. Por un lado, el racionamiento implícito. El racionamiento implícito requiere un mínimo esfuerzo técnico y político. Uno dice: “yo ofrezco cobertura universal; si ustedes pasan por el centro de salud o el hospital, yo les puedo ofrecer todos los servicios”. La realidad es que lo que yo ofrezco son los servicios que están disponibles. Y esta disponibilización de servicios, en realidad, depende de las características geográficas, del presupuesto que tiene, la manera en la que han influido los diferentes actores en el hospital: los jefes de servicio, o las necesidades políticas, etcétera.

En realidad, ese paquete de servicios que se desconoce ha sido desarrollado y diseñado de manera absolutamente discrecional. De esta manera, los resultados son también inferiores en cuanto a indicadores sanitarios, el mejoramiento de la salud, protección financiera o equidad. Si uno sube en esta escala uno puede decir: “No, yo ofrezco todo pero algunas cosas voy a decir explícitamente que no las voy a cubrir”. Éstas son las listas negativas. Las listas negativas requieren un mayor esfuerzo técnico y político. Digamos que el racionamiento es implícito y obviamente es un camino intermedio entre el paquete de beneficios en cuanto a eficiencia y equidad.

Algunos países, como por ejemplo el Reino Unido, tienen listas negativas. Lo que sucede es que esas listas negativas las complementan con un fuerte movimiento de evaluación de tecnologías sanitarias. El NICE es un ejemplo contundente respecto de guías de prácticas clínicas, o de compra estratégica de drogas o de políticas de genéricos; y esto sucede en muchos países europeos. Y finalmente, lo que han adoptado algunos países en nuestra región son los programas de beneficios; directamente, la lista de servicios definidos o lo que conocemos como racionamiento explícito, que requieren un máximo esfuerzo técnico y político.

Hay bastante evidencia en cuanto a los resultados en eficiencia y equidad y de algún modo tienen también mayor legitimización social, como mencionaba antes, pero claramente esos costos atribuibles a la transparencia no son triviales. Decir: “solamente voy a cubrir esto pero no lo otro” tiene obviamente un impacto social y político importante. En muchos países, por ejemplo en la Argentina, estamos más o menos parados, sobre todo en el sector público en lo que es un racionamiento implícito, y en el sector de la seguridad social, un avance mucho más claro hacia un racionamiento explícito pero aún con enormes brechas que todavía hay que resolver, por ejemplo, muchos de los servicios, prestaciones y tecnologías incluidas en el *Programa Médico Obligatorio*, que es el paquete PBS de la seguridad social en Argentina, no están incluidos. Quiere decir que no está actualizado y es un trabajo que se está haciendo actualmente.

Argentina: algunas cifras



Población total (millones, 2011)	40,764,561
Tasa fecundidad (2004)	2,20
Expectativa de vida al nacer (mujeres, hombres, 2005)	75,6 (78,1, 70,6)
Indice de Desarrollo Humano (2015)	0,827
Tasa de alfabetización (% > 10 años, 2010)	97,2
PBI per capita (WB 2015)	US\$ 13,467
Gasto en Salud (como % del PBI, 2012)	10,1
Gasto Público en Salud (como % del gasto total, 2012)	70
Gasto en fármacos (como % del gasto total), 2012	28
Médicos por 10,000 (2005)	32,1
Enfermeras profesionales por 10,000 (2005)	3,8
Farmacéuticos por 10,000 (2005)	5,1



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

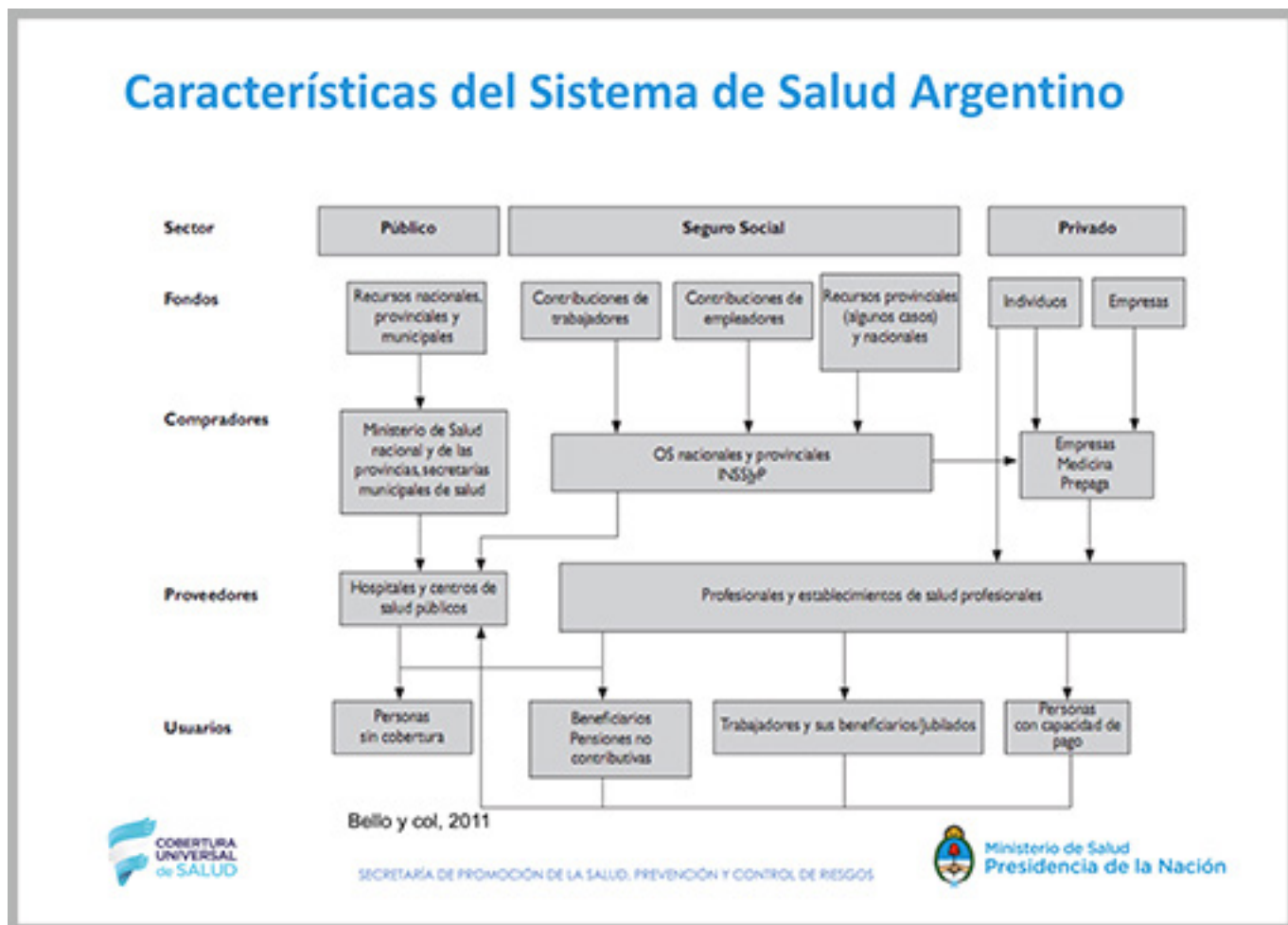


ARGENTINA: ALGUNAS CIFRAS

(MIN. 00:21:08)

Para darles algunas cifras de la Argentina: ustedes pueden ver un mapeo de algunos indicadores. Es un país de medianos y altos ingresos, con un índice de desarrollo humano, de alfabetización e indicadores sociales de los más altos en la región, con un gasto per cápita en salud muy alto. Chile, Argentina y Uruguay son los países que más gastan en la región per cápita, con una alta proporción de su gasto como gasto público, si uno no considera solo el gasto en el sector público sino también en la seguridad social, estamos casi en el 70% del gasto. De este gasto, por ejemplo, casi el 30% es gasto en medicamentos particularmente en los últimos pocos años ante el avance de los medicamentos, que cada vez “se comen una mayor parte de la torta”.

En recursos humanos tenemos algunos déficits curiosos, por ejemplo, tenemos un número de médicos importante, pero tenemos una relación especialista-generalista muy desbalanceada a favor de los especialistas. Hay entre 2.5 y 3 especialistas por generalista en la Argentina, y por ejemplo muy pocas enfermeras profesionales. La relación, que debería ser cinco enfermeras profesionales por médico, es casi inversa en nuestro país. Entonces tenemos mucho gasto pero poca efectividad en relación a ese gasto, con indicadores que no reflejan la magnitud del gasto de esa inversión.



CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO




(Minuto 00:22:49)

Esto es para que vean, someramente, las características del sistema de salud argentino. Hay un sector público, un sector de la seguridad social y un sector privado. Ustedes pueden ver que el sector público

tiene una importante integración vertical y está bastante poco conectado con el resto de los sectores, mientras que la seguridad social y el sector privado se interrelacionan a través de los prestadores que en general son prestadores privados y que de alguna manera sirven tanto a los seguros sociales como a los seguros privados. Éste es un sistema que tiene mejor integración.

Sector Público

- Descentralización tipo devolución a los Estados Provinciales y Municipales
- RRHH, Hospitales y Centros de Salud financiados por las Provincias y Municipios
- Modelo hospitalocéntrico
- Limitada influencia del Estado Nacional
- Escasa coordinación

SECTOR PÚBLICO

(Min. 00:23:27)

El sector público en Argentina, que más o menos es un 30% de la cobertura, está descentralizado. Es un tipo de descentralización que se llama devolución, donde todas las funciones, tanto administrativas como políticas, han sido devueltas a las provincias que tienen la responsabilidad sobre el manejo de

la prestación de la salud. Todos los hospitales, médicos, los recursos humanos, la infraestructura, es potestad de las provincias en Argentina. Con lo cual, el financiamiento de estas estructuras se hace a través de las provincias y en algunos casos a través de los municipios pero con la misma lógica. Es un modelo que es muy hospitalocéntrico, donde la atención primaria está relegada a la dominación del hospital.

El estado nacional tiene limitada influencia porque la salud es responsabilidad de las provincias y el nivel federal lo que puede buscar son políticas de consenso o programas nacionales que puedan articular o alinear a las provincias dentro de estos objetivos nacionales, con los recursos que tienen, muchos de los cuales son programas, algunos con financiamiento internacional y otros no, que lo que permiten es otorgar incentivos y pagos complementarios, que de alguna manera apoyan el desarrollo de líneas prioritarias por el gobierno nacional. Pero existen en este sentido problemas en la coordinación, porque, repito, más allá de que exista un consejo federal de salud, que periódicamente reúne a los ministros de salud de las provincias con el ministro de salud y del gabinete de salud en la nación, de todas maneras no dejan de ser un armado que tiene que ver con la búsqueda de políticas de consenso.

Seguridad Social (características)

Se financia con aportes y contribuciones mandatorias de los empleados en relación de dependencia hacia la obra social de su actividad/elección

Inequidad entre obras sociales y solidaridad al interior de obra social (aunque actualmente con cierto grado de erosión)

Compensación parcial de inequidades a través del Fondo Solidario de Redistribución (FSR)

Paquete de Beneficios Explícitos Garantizados (PMO)



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

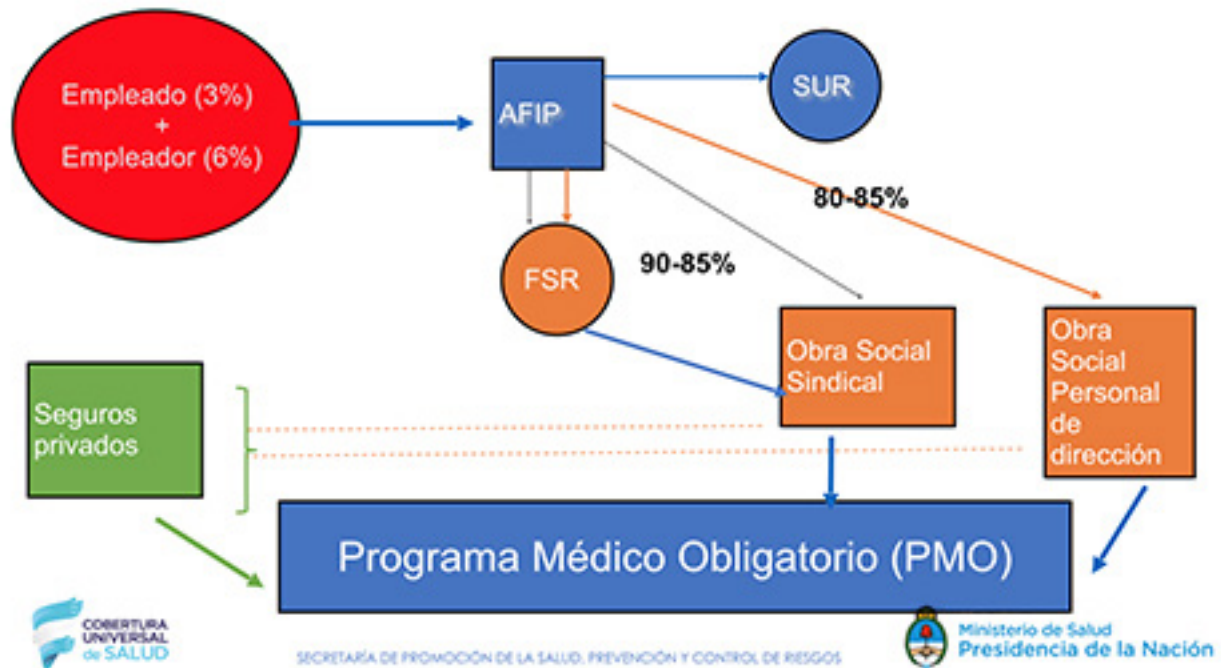


SEGURIDAD SOCIAL

(Min. 00:25:20)

La seguridad social se financia con aportes y contribuciones de los empleados, en un modelo clásico que existe en la Argentina. Éste está muy relacionado a las obras sociales –así llaman a estos fondos–, digamos los seguros sociales que están muy relacionados con las ramas de actividad profesional con un modelo muy sindicalizado. Hay obras sociales más ricas y más pobres. Hay una compensación a través de un 10 a 20% de los aportes y contribuciones que se canalizan a un fondo solidario de redistribución, que permite redistribuir en función del número de dependientes por titular o del riesgo para que la cápita que se alcance para cubrir este paquete de beneficios explícitos, conocido como PMO, sea más o menos uniforme para todos; ese piso prestacional, ese listado explícito de servicios lo alcancen todas las formas sociales.

Financiamiento de las Obras Sociales



FINANCIAMIENTO DE LAS OBRAS SOCIALES

(Min. 00:26:34)

El esquema es básicamente las contribuciones de los empleados y empleadores que van a la Administración Federal de Ingresos Público (AFIP) y se distribuyen a las obras sociales, y hay además acuerdos entre las obras sociales y los seguros privados donde se canalizan también estos aportes. El punto es que todos están obligados a cumplir –los seguros sociales y los seguros privados– el Programa Médico Obligatorio.

Sector Privado Asegurador (EMP)

4,5 millones de personas

70% entidades medicina prepaga comerciales

15% parte prepaga de obras sociales personal de dirección

15% EMP sin fines de lucro



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



SECTOR PRIVADO ASEGURADOR

(Min. 00:26:56)

El sector privado está también bastante integrado a la seguridad social a través del cumplimiento del PMO y de algunos flujos financieros entre ambos sectores. Tiene entidades prepago comerciales, seguros privados comerciales y seguro privados sin fines de lucro.

Cobertura de Salud por sector



Rubinstein A y col. , IJHTA 2009



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

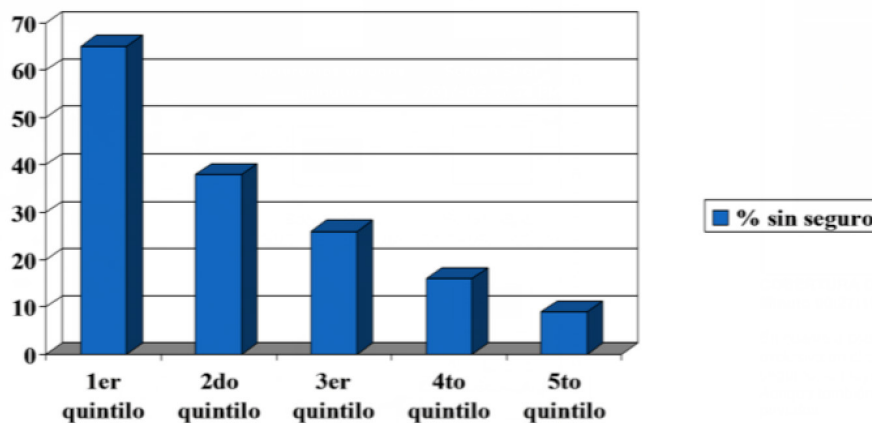


COBERTURA DE SALUD POR SECTOR

(Min. 00:27:17)

En cuanto a cobertura, más o menos un 30% de la población tiene cobertura exclusiva en el sector público, es decir, no tiene cobertura formal y explícita a través de un seguro. Y el 70% restante está cubierto por distintos seguros: la mayoría, el 60% por seguros sociales y el 10% por seguros privados. Aunque también existen casos de doble cobertura entre seguros sociales y seguros privados.

Distribución del Ingreso y Cobertura (por quintilos de ingreso de menor a mayor)



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO Y COBERTURA

(Min. 00:27:46)

Por supuesto esta cobertura no es equitativa. Si ustedes ven la distribución por quintil o de ingreso, pueden ver que el primer quintil, que es el más pobre, tiene más del 60% de la población sin cobertura explícita a través de seguros sociales o privados, o sea que sólo descansa en la cobertura del sector público, mientras que el quinto quintil, menos del 10% tiene sólo cobertura pública y en general es por una decisión voluntaria.

Gasto en salud en 2010 (en millones de pesos)

Jurisdicción	Gasto estimado (a)	%
Pública	36 140	27.3
Obras Sociales (b)	48 314	36.6
Medicina prepaga	7 449	5.6
Gasto de bolsillo	40 301	30.5
Total	132 204	100.0

(a) En millones de pesos por año. Paridad en 2010: US\$ 1 = \$ 3.81 a 3.99.

(b) Incluye Obras Sociales nacionales, provinciales y PAMI

Arce . Sistema de Salud Argentino. Medicina 2012



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

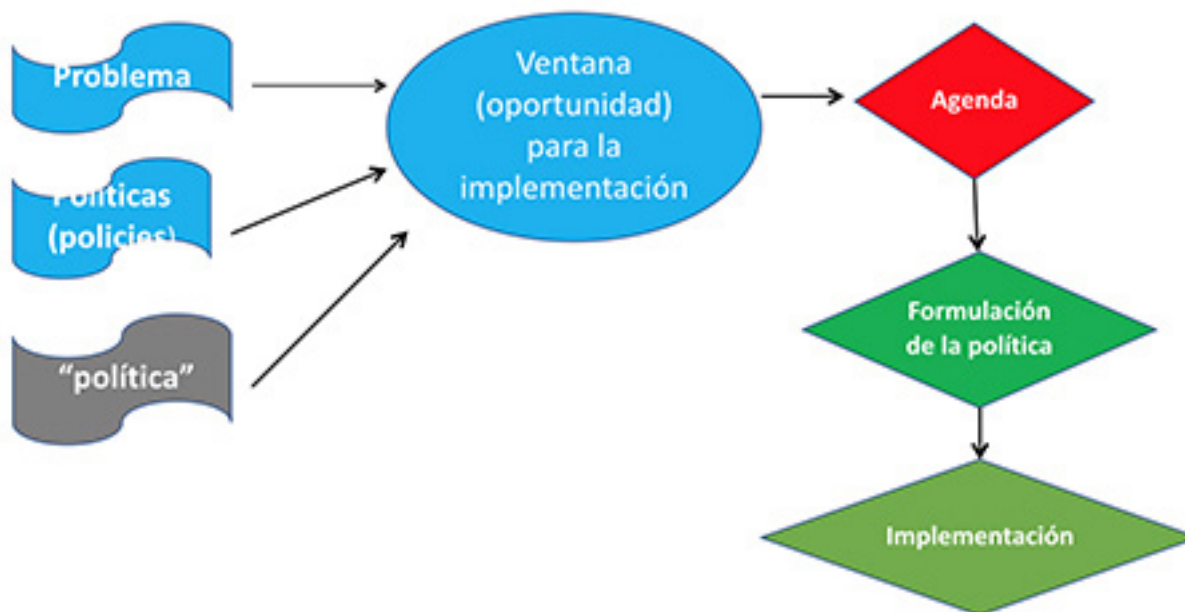


GASTO EN SALUD EN 2010

(Min. 00:28:18)

Lo mismo en el gasto en salud –tampoco quiero abundar mucho en las cifras–. Sólo quiero que vean que lo que gasta el sector público es fundamentalmente un gasto público de provincias y municipios, muchísimo menos gasto federal. No es tampoco tan distante del gasto en las obras sociales, por ejemplo. El gasto privado, el gasto de bolsillo en Argentina es del 30%, que si bien es uno de los más bajos en Latinoamérica, de todas maneras está muy por encima de lo que se consideran los techos para la protección financiera, que es no pasar de un 15% o a lo sumo de un 20% del gasto privado. Más allá existen riesgos de gastos catastróficos o penurias financieras en el uso de los servicios.

Múltiples corrientes en el proceso de establecimiento de los “temas” de Agenda



MÚLTIPLES CORRIENTES EN EL PROCESO DE ESTABLECIMIENTO DE LOS TEMAS DE AGENDA

(Min. 00:29:12)

Ésta es la introducción a lo que es CUS, por un lado, y lo que son las características del sistema de salud argentino. El tema es cómo meter esto en la agenda política y sobretodo en la agenda sanitaria. Los analistas políticos definen como tres grandes corrientes en el proceso de establecimiento de los temas de agenda: Uno es la definición del problema. Ahora vamos a ver qué es un problema. ¿Cómo se identifica o se percibe? Y necesariamente hay que resolverlo. ¿Cuáles son las políticas, los “policies” en inglés, los instrumentos para poder dar cuenta de estos problemas? Y finalmente lo que se llama “la política de las políticas”. Esto es: ¿cuáles son las interacciones que hacen que las cosas salgan o no salgan? Como dice un amigo mío: “Hay dos cosas que nunca se sabe: por un lado, cómo se hacen

las salchichas y, por otro lado, cómo se hacen las leyes”. Y esto de la política de las políticas tiene que ver con todo el proceso deliberativo que habitualmente son procesos que están en el “backstage”, que uno no conoce, y de alguna manera, estas negociaciones que van surgiendo entre todos los actores que hacen que las cosas salgan o no salgan, de que se cree esa ventana de oportunidad para la implementación. Cuando se crea, y eso es muy contextual y muy dependiente del contexto social y político, es cuando el tema sale en la agenda. Por ejemplo, cuando la CUS entra en un tema de agenda y que después eso permite entonces formular la política y comenzar su implementación.

El problema: Cómo se vuelven los asuntos prioridades para la acción?

- Qué es un problema?
 - Desde la perspectiva de los decisores, los problemas son condiciones que la gente encuentra inaceptables y quiere cambiar (Kingdon, 1984)
- Evidencia sobre la amplitud del problema
 - Hay alguna “amenaza” que requiera acción pública?
 - Produce esta amenaza insatisfacción?. A quién se afecta?
 - Hay evidencia que refleje el problema y su causa?
 - Es la evidencia creíble?
- Formulación del problema
 - A quién se responsabiliza?
 - Definirlo de una manera que puedan identificar también las soluciones
 - Identificar las percepciones de los afectados
 - Encontrar ejemplos noticiables y mediáticos
 - Evaluar el poder político de los afectados



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



EL PROBLEMA

(Min. 00:31:00)

El problema ¿qué es? De nuevo, desde la perspectiva de los que estamos en la toma de decisiones, los problemas son las condiciones que la gente encuentra inaceptables y donde hay conciencia social de que hay que cambiar. En este sentido, la salud es un derecho meritorio, es un bien público. Y más allá de que en la Argentina no es un tema crítico en la agenda política, porque no sale permanentemente, es claramente reconocido como un derecho. Entonces hay un abordaje y un enfoque de derecho. Por lo tanto, el poder acceder a servicios de calidad de toda la población es algo que está instalado de alguna manera en nuestro país. O sea que la CUS, como estrategia política, no desentona con el consenso social: “el ethos” implica la salud como un derecho meritorio. Es un problema que obviamente afecta a la población más vulnerable y donde hay bastante evidencia, bastante contundente, sobre que la población que tiene seguro explícitos, que tiene cobertura clara, que tiene

acceso, tiene mejores resultados sanitarios y donde se pueden minimizar más las diferencias sociales de salud de alguna manera funcionan los servicios como un “buffer”, digamos, que permite mitigar al menos parcialmente las diferencias sociales que inciden en la oportunidad de enfermar o morir.

En la formulación del problema uno tiene que definir el problema de una manera en la cual se puedan identificar cuáles son las opciones. Digamos, si yo quiero avanzar en la CUS y entiendo que el sector más rezagado es el sector público, asumiendo que el sector cubierto por la seguridad social y los seguros privados tiene un piso aceptable, es decir tengo que trabajar sobre el sector público, tengo que ver de qué manera voy a buscar las soluciones instrumentales que me permitan darme cuenta de este problema.

Selección de la política

Equidad, eficiencia, factibilidad política

- Quién es afectado y a quién se afecta?
- Cuál es el costo?
- Cómo la herramienta da cuenta de la “percepción” del problema?
- En qué medida la herramienta es apoyada por la evidencia?

- Se podría definir como una “buena política”, aquélla que se puede aplicar de manera justa, implementarla con equidad, reforzarla de manera consistente y gestionarla fácilmente.



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



SELECCIÓN DE LA POLÍTICA

(Min. 00:33:17)

En este sentido, donde va la búsqueda de los instrumentos, tenemos que definir primero ¿quién es la población afectada y a quién se está afectando?, ¿cuál es el costo de la implementación de la CUS? y ¿quién lo va a pagar?; ¿lo vamos a pagar todos o lo va a pagar un solo sector?, porque de esto depende también el poder establecer la agenda política. ¿Cómo es la herramienta de la percepción social del problema? ¿Y en qué medida este instrumento es apoyado por la evidencia científica o económica?

Construcción Social de la Población blanco

Construcción social

		POSITIVA	NEGATIVA
Poder	ALTO	Favorecidos	Contendientes
	BAJO	Dependientes	Desviados



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN BLANCO

(Min. 00:34:03)

Y en esta construcción social de la población blanco, si yo puedo identificar claramente a aquellos que hoy no gozan de los beneficios de la cobertura explícita, es como que yo tengo un esquema donde, por un lado, está el poder de esta población blanco y la construcción social. Tengo cuatro grupos: “los favorecidos”, que tienen que ver con aquellos que tienen una construcción social positiva y un alto poder en este caso; o ‘los desviados’, aquellos que tienen bajo poder y construcción social negativa. Y es importante entender que la construcción social es como un blanco móvil. No necesariamente siempre es así. Hay casos bastante paradigmáticos como por ejemplo cuando llegó la epidemia del SIDA hacia mediados de los 80 a EEUU. Aquellos que tenían afectación eran vistos como desviados, es decir, tenían bajo poder y una construcción social que inicialmente fue negativa. Y eso fue lo que demoró la implementación de políticas públicas en EEUU, no solamente para la investigación del virus

sino también para el desarrollo de los primeros tratamientos, y el trabajar para ver de qué manera se podía prevenir esta condición. Esto se fue recorriendo en la década de los 90 y en la década pasada. Hoy, por ejemplo, los grupos con HIV/SIDA no se puede decir que son favorecidos obviamente, pero tienen una construcción social mucho más positiva, particularmente cuando hubo clara evidencia de que esto no solamente tenía que ver con voluntad sino también con casos de transfusiones con cero positivo. Hubo bastantes casos en EEUU de “entourage”. Y todo esto tuvo que ver con movimientos que se fueron forjando de ONGs, de organizaciones sociales y grupos de pacientes que lo que hicieron fue transformar esta construcción social de negativa a positiva y a un aumento del poder.

Podemos dar el ejemplo de los fumadores, que hoy tienen una construcción social cada vez más negativa, con bajo poder, porque cada fumador es un individuo, y eso también ha permitido la implementación de políticas mucho más agresivas, por ejemplo, las políticas de espacios libres de humo. Todo esto va cambiando.

En el caso que nos compete a nosotros, de la población afectada por la falta de cobertura explícita, uno puede decir que son los que podríamos llamar ‘dependientes’, es decir, con una construcción social positiva pero con un bajo poder. Es un desafío poder dar cuenta y poder buscar el consenso social y político suficiente para dar cuenta de este problema y que eso sea reflejado en el presupuesto que nos permita financiar esta nueva política.

La “política” de las políticas

- Demanda pública de acciones y rendición de cuentas sobre el problema
- Alianzas políticas entre los actores (stakeholders) y las instituciones influyentes
- “campeones” políticos capaces de juntar aliados
- Poder e intereses de los aliados
- Factibilidad y oportunidad política



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



LA POLÍTICA DE LAS POLÍTICAS

(Min. 00:37:20)

Y finalmente está la política de las políticas. Esto básicamente tiene que ver con la interacción y con campeones, alguien quien de golpe levante esta bandera, que junte voluntades. A veces surge de algún líder de la sociedad civil, algún legislador o presidente, que de alguna manera levante eso, como fue por ejemplo el caso de Obama, con la población sin seguro en EEUU, en la legislación pasada, donde se pasó un poco como el legado. Lamentablemente este puesto está ahora a punto de desarmarse por la actual legislación de Trump. Eso significó de alguna manera que pasara de 45-46 millones de personas no aseguradas en EEUU a 20 millones en 6 años, y eso claramente es el legado que dejó Obama donde la cobertura de la población sin seguro ha sido la principal política pública de la administración de Obama en la gestión pasada.

Marco para el análisis de la factibilidad política

		Beneficios	
		CONCENTRADOS	DIFUSOS
Costos	DIFUSOS	<p>Política "clientelar" Muy atractiva</p>	<p>Políticas mayoritarias</p>
	CONCENTRADOS	<p>Políticas para grupos de interés</p>	<p>Políticas emprendedoras Poco atractivas</p>

EFFECTOS CONCENTRADOS

- Grandes
- Ocurren inmediatamente
- Directo, impacto trazable
- Grupos o jurisdicciones identificables

EFFECTOS DIFUSOS

- Pequeños
- Ocurren a lo largo del tiempo
- Indirectos, impacto menos trazable
- Población blanco más dispersa y poco identificable



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



MARCO PARA EL ANÁLISIS DE LA FACTIBILIDAD POLÍTICA

(Min. 00:38:26)

En este marco para el análisis de la factibilidad política, uno de nuevo tiene que evaluar y dimensionar cuáles son los costos y cuáles son los beneficios. En este sentido, también hay políticas más atractivas cuando los costos están muy diseminados, son muy difusos y los beneficios están concentrados en una población vulnerable, muy identificada/pequeña; algunas enfermedades raras donde, obviamente, hay un consenso social para cubrirlas y, más allá de que los costos tienen que pagarse de algún modo, muchas veces los costos se pueden diseminar muchísimo en toda la población. O políticas poco emprendedoras cuando los costos son muy concentrados y los beneficios son muy difusos. Por ejemplo, cuando uno dice: voy a emprender un cambio en políticas alimentarias y tengo grupos

contrarios que de golpe tienen que dar con la industria, que por ahí ponen trabas, y los beneficios van a ser muy difusos a toda la población pero no concentrados en una población blanco específica. En este caso podríamos hablar en el caso de la CUS de costos difusos, pero también de beneficios difusos, lo cual hace más difícil la implementación de este tipo de políticas.

El Plan Nacer/Programa Sumar

- Inicialmente se concibió como un programa para **cerrar brechas de inequidad mediante financiamiento adicional** a servicios materno-infantiles en las provincias con peores índices socio-sanitarios
- Extendido hoy a todo el país y a toda la población hasta 65 años sin cobertura formal, constituye un **pilar fundamental para la reforma de salud en el sector público y el logro de la CUS** debido a dos características innovadoras:
 - **Creación de incentivos para desarrollar esquemas de aseguramiento público en las provincias** (en un sector tradicional de subsidio a la oferta, con pobre respuesta a las demandas y preferencias sociales)
 - **Implementación de un financiamiento basado en resultados** condicionado al cumplimiento de indicadores y metas acordados entre la Nación y las provincias.



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



EL PLAN NACER/PROGRAMA SUMAR

(Min. 00:39:52)

¿De dónde partimos para poder comenzar la implementación de la CUS focalizada en el sector público para una última etapa empalmarla con la seguridad social? Es un poco el Plan Nacer, el programa SUMAR. Inicialmente este programa se concibió como un programa para cerrar brechas de inequidad,

dando financiamiento adicional complementario a las provincias y focalizado inicialmente en los cuidados materno-infantiles. Pero se fue extendiendo y hoy llega a toda la población sin cobertura de menos de 65 años, con una lógica muy diferente. Por un lado en un sector tradicional, como el sector público de subsidio a la oferta, con una pobre respuesta a las demandas y las preferencias sociales, se creó un programa de incentivos para desarrollar esquemas de aseguramiento público que tuvieran más en cuenta la lógica del aseguramiento y la visión desde la demanda y una implementación de un financiamiento basado en resultados, en metas acordadas, digamos, en el cumplimiento de indicadores entre nación y provincias para poder transferir fondos de acuerdo a las metas de calidad.

Componentes innovadores del Programa



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



COMPONENTES INNOVADORES DEL PROGRAMA

(Min. 00:41:03)

Este programa tuvo muchos componentes innovadores. Lo más interesante es que básicamente empezó a crear un sistema diferente a la lógica imperante en el sector público en la Argentina en ese momento.

Esquema de financiamiento por resultados



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



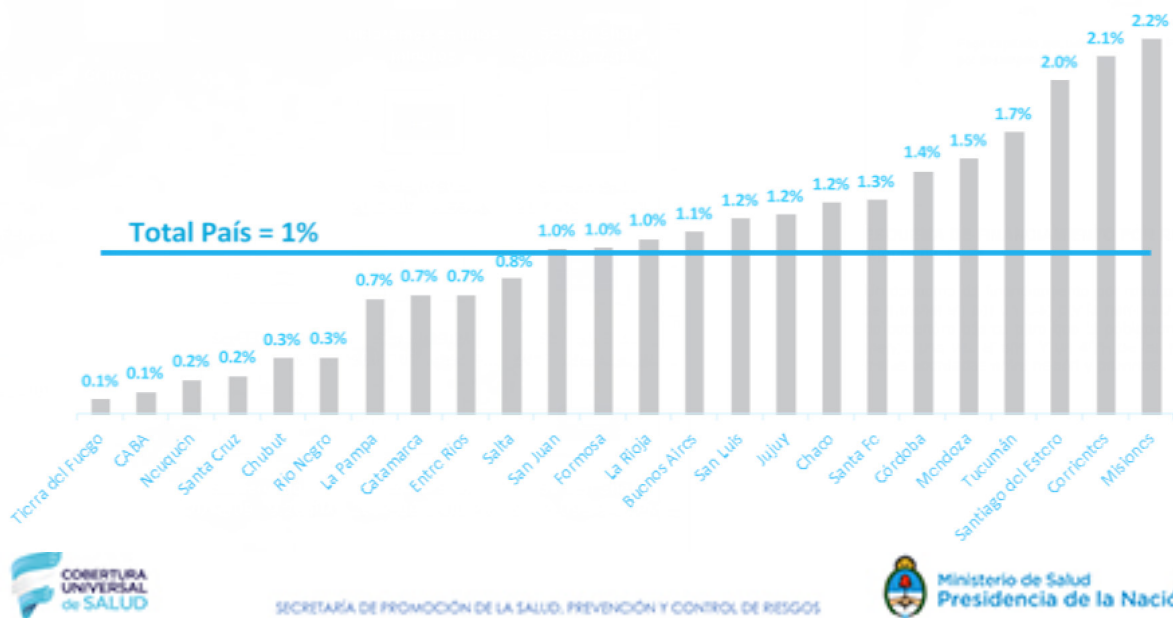
ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO POR RESULTADOS

(Min. 00:41:21)

Un esquema de financiamiento por resultados. No quiero abundar en los detalles, pero se transfieren, por un lado, por la nominalización de la población en un esquema de cobertura básica de que la población sea vista en los centros de salud al menos una vez al año. Y un 40% de las transferencias por el cumplimiento de metas acordadas entre nación y provincia.

¿Cuánto representan los recursos del Programa en el Gasto en Salud?

Participación de las Transferencias del Programa SUMAR en el Gasto Público Provincial en Salud - Año 2015

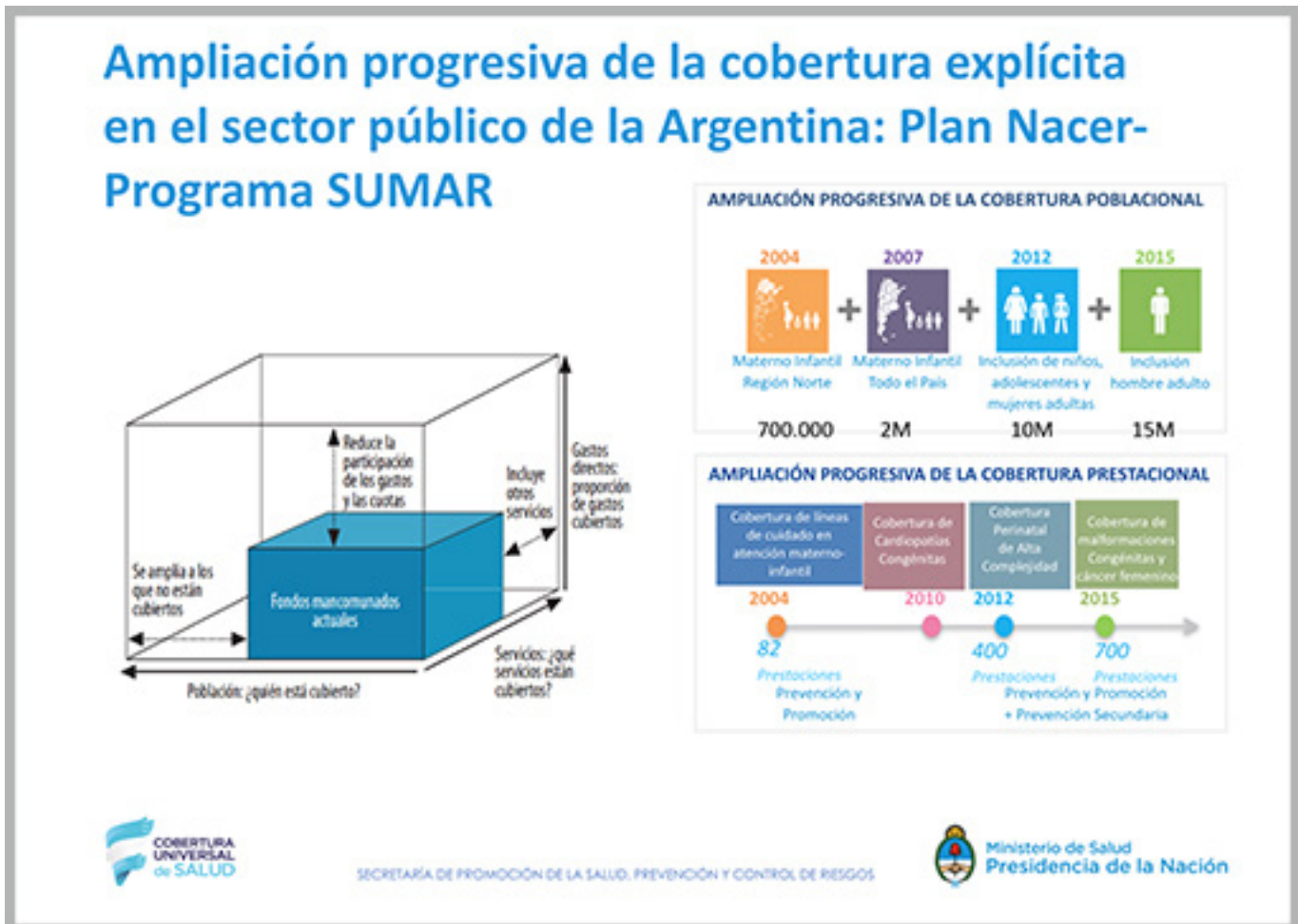


CUÁNTO REPRESENTAN LOS RECURSOS DEL PROGRAMA EN EL GASTO EN SALUD

(Min. 00:41:45)

Es muy interesante ver cuánto representan estos recursos que se asignaron desde SUMAR y NACER en el gasto de salud. Si uno ve la participación de las transferencias del SUMAR en el gasto provincial, es un promedio aproximado del 1%. En algunas provincias más pobres es mayor: arriba del 2%, y en otras, es prácticamente despreciable en cuanto a magnitud. ¡Pero cómo el 1% de recursos adicionales adecuadamente dirigidos pueden modificar la lógica de prestación de las provincias! Y esto es porque la mayoría de las provincias en sus presupuestos públicos, tienen hundidos todo ese presupuesto en el pago de infraestructura, de equipamiento, de recursos humanos, de insumos etc. Con lo cual, le quedan poco recursos flexibles para poder desarrollar modelos más innovadores. En este sentido los

recursos proporcionados por el estado federal permiten que las provincias se alineen con una mínima magnitud de recursos en la búsqueda de cumplir determinados objetivos

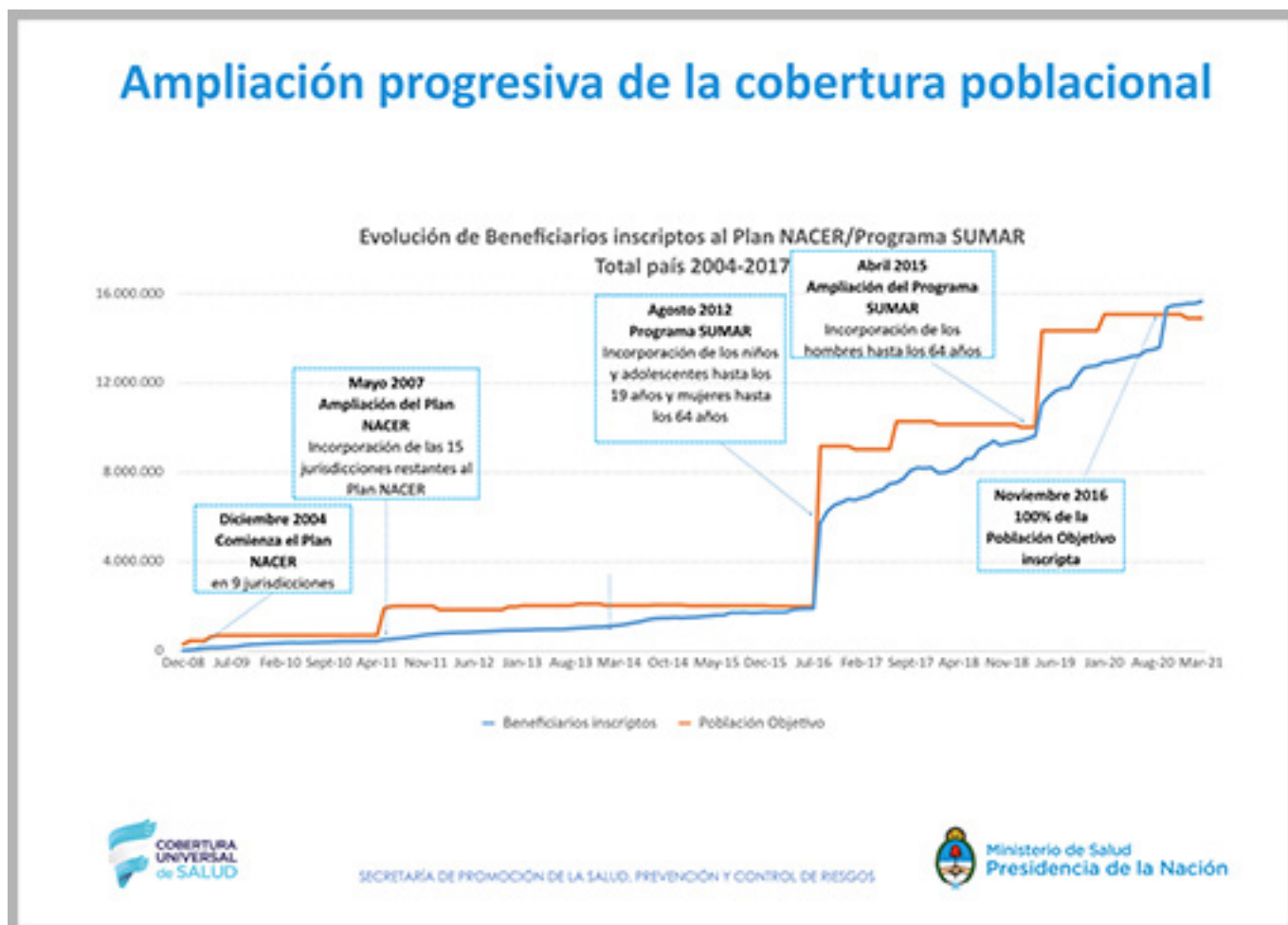


AMPLIACIÓN PROGRESIVA DE LA COBERTURA EXPLÍCITA

(Min. 00:42:53)

En la cobertura del sector público en la Argentina ustedes pueden ver que, partiendo de 2004, consiste de una población blanco de 700.000 personas en las provincias del norte de Argentina que son las más pobres. En el 2015 se llega, incluyendo ya el hombre adulto a los 65 años, a una cobertura

aproximada que supera hoy los 15 millones de personas, y más o menos dan cuenta de más del 90% de la población con cobertura pública. Y también esto se acompañó de una ampliación progresiva de la cobertura prestacional en cuanto a líneas de cuidado como a prestaciones.



AMPLIACIÓN PROGRESIVA DE LA COBERTURA POBLACIONAL

(Min. 00:43:37)

Y aquí ustedes pueden ver esta tendencia a lo largo de los últimos 12 años desde fines de 2004-5 cuando comenzó el Plan Nacer que luego se convirtió en el programa SUMAR.

Ampliación progresiva de la cobertura a condiciones potencialmente catastróficas



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

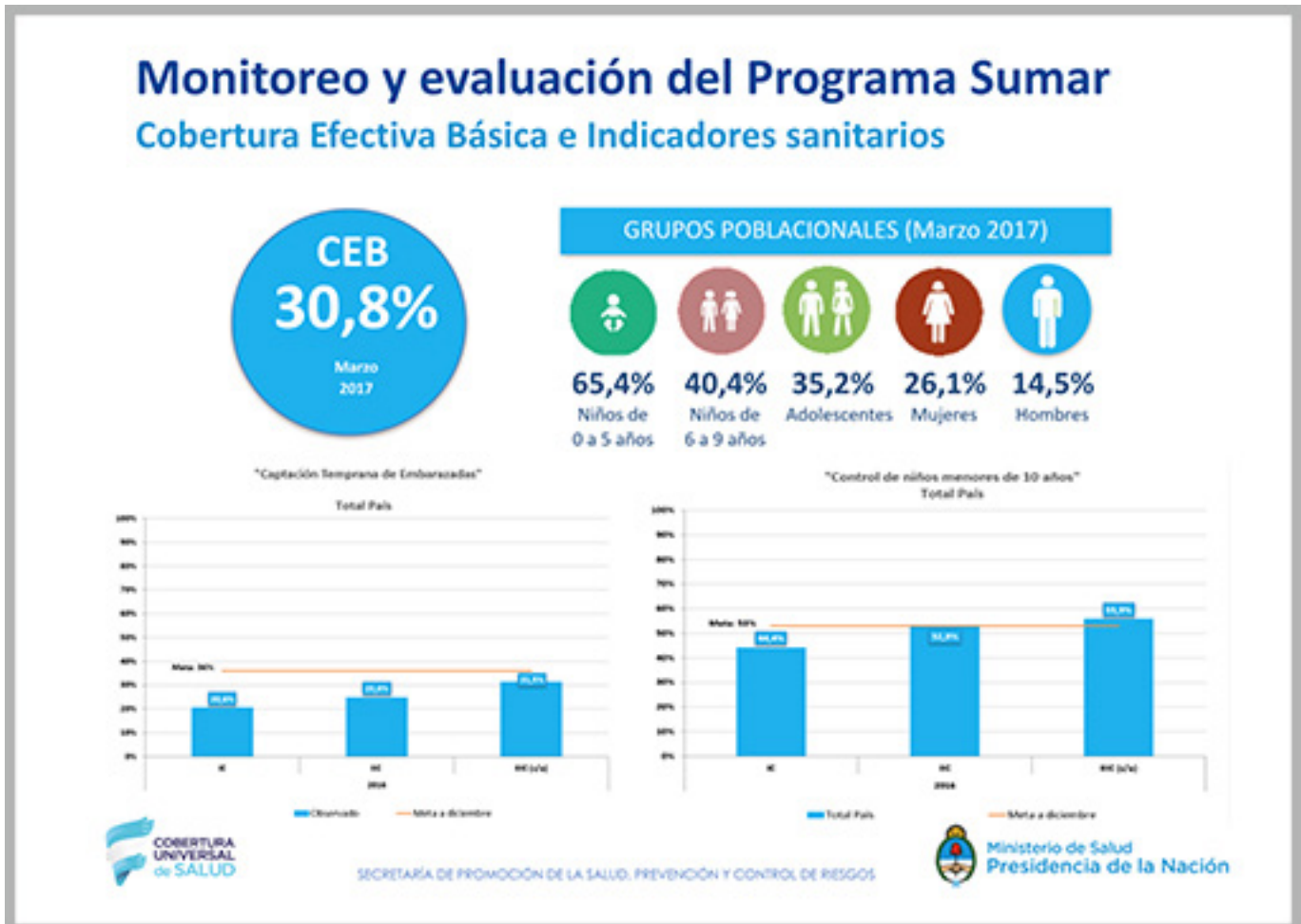


AMPLIACIÓN PROGRESIVA DE LA COBERTURA A CONDICIONES POTENCIALMENTE CATASTRÓFICAS

(Min. 00:43:56)

Aquí pueden ver cómo aumentaron las prestaciones de 82 a 700, y las líneas de cuidado. Todavía sigue siendo, obviamente, un paquete de beneficios limitado e incompleto, claramente; el financiamiento complementario. Y todavía no sabemos claramente qué es lo otro que está cubierto, porque no es que las provincias estén dando servicios. Como los sistemas únicos son sistemas basados en los “inputs” y, por lo tanto, subsidian la oferta de servicios, nosotros no conocemos a ciencia cierta cuáles son –pues tampoco hay incentivos para el reporte o registro– los servicios que específicamente ofrecen. Entonces sería muy importante, y es uno de los desafíos que tenemos, con un sistema de información adecuado, de poder conocer de manera precisa, cuáles son los beneficios que hoy dan las provincias, que son

enormes, y cuál es el beneficio suplementario que en este momento da el programa SUMAR y que por lo tanto puede complementar y priorizar algunos servicios para que se brinden con mayor efectividad o calidad.



MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA SUMAR

(Min. 00:45:09)

La cobertura básica: obviamente todavía estamos muy lejos de lo deseable. La cobertura básica actual del programa es de más o menos un tercio. Es decir, que dos tercios de la población no han recibido al menos una consulta en el año previo. Tenemos todavía un enorme camino por recorrer de la población que no está asegurada. Por supuesto, esto cambia. Fíjense que, de los niños de 0 a 5 años, más de dos

tercios han recibido una prestación en el último año, muchos otros mucho más, pero tenemos un déficit enorme con los hombres adultos que directamente no van a los centros de atención primaria. Algo hay que hacer con eso.



DE LA COBERTURA BÁSICA A LA COBERTURA EFECTIVA INTEGRAL

(Min. 00:45:56)

Y esto es, cómo pasar de una cobertura básica –digamos, la nominalización, el plazo de utilización– a poner la cobertura integral que tiene claramente incluidos atributos de calidad.

De donde partimos en el camino hacia la CUS?: El Programa Sumar hoy



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



¿DE DÓNDE PARTIMOS EN EL CAMBIO HACIA LA CUS?: EL PROGRAMA SUMAR DE HOY

(Min. 00:46:16)

El programa SUMAR da una cobertura a más de 15 millones de personas. Tiene una cobertura territorial de casi 8.000 establecimientos públicos entre centros de atención primaria y hospitales, y una enorme cobertura prestacional; y transferencias que se han hecho a lo largo del tiempo que superan los 1.000 millones de dólares solamente en financiamiento complementario incremental sobre el que brindan las provincias.

Estrategia secuencial de priorización de la CUS

1. Categorizar los servicios dentro de niveles de prioridad (alta, intermedia y baja) en base a criterios explícitos y objetivos como:
 - Carga de enfermedad
 - Costo-efectividad
 - Equidad
 - Protección de riesgos financieros .
2. Comenzar la expansión de la cobertura explícita de los servicios de alta prioridad para toda la población.
3. Eliminar los pagos de bolsillo e incrementar el financiamiento prepago mandatorio para la creación de fondos de distribución de riesgos (risk pool)
4. A medida que se avanza, asegurarse que los grupos más vulnerables no queden rezagados (población de bajos ingresos, poblaciones rurales, pueblos originarios, etc.).

OMS-BM 2013



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



ESTRATEGIA SECUENCIAL DE PRIORIZACIÓN DE LA CUS

(Min.00:46:51)

En esta estrategia secuencial de priorización, nosotros tenemos que ir avanzando hacia la pregunta de cuál es el paquete de servicios. El tema no es solamente qué es lo que va a ofrecer el programa SUMAR. El programa SUMAR va a ser la nave insignia de la estrategia de la CUS en el sector público. Pero esto tiene que estar claramente articulado con lo que hoy está brindando el sector público provincial. Entonces tenemos que ver de qué manera vamos a priorizar estas líneas. Y esto tiene que ver con la definición de cuáles son los criterios para poder priorizarlos y si vamos o no a hacer algún tipo de ponderación, o sea, si vamos a establecer la carga de enfermedad en cuanto a discapacidad o muerte, o vamos a definir claramente criterios económicos que tengan que ver con la economía clínica, con cos-

to-efectividad, con el valor del dinero adicional que se invierte; si vamos a tratar de modelar la eficiencia con la equidad y cómo vamos a trabajar bajo estas condiciones cuyos riesgos financieros individuales o sociales son muy altos. Todo esto tiene que incluirse, de algún modo, en un proceso explícito, transparente, deliberativo que nos permita priorizar de acuerdo, no solamente, a costo-efectividad, sino que también tenga que ver con valores sociales y de las preferencias del público en general.

Las consecuencias inconvenientes de la falta de priorización en el camino de la CUS

1. Se expanden coberturas de servicios con mediana o baja prioridad antes de que los servicios de alta prioridad estén ampliamente cubiertos.
2. Se cubren servicios muy costosos y/o con escasos beneficios respecto a alternativas más costo-efectivas.
3. Se amplían coberturas a los grupos más aventajados (alta cobertura) antes de hacerlo con los más necesitados (baja cobertura) cuando los costos y beneficios no son muy diferentes.
4. Se incluyen primero en la CUS los grupos con capacidad contributiva, sin incluir a los trabajadores informales y a los niveles socio-económicos bajos.
5. La CUS como estrategia, es focalizada solo en los pobres y para el sector público sin incluir la población asegurada, lo que resulta crítico en la contribución a los fondos mancomunados para la distribución de transferencias.



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



LAS CONSECUENCIAS INCONVENIENTES DE LA FALTA DE PRIORIZACIÓN EN EL CAMINO DE LA CUS

(Min. 00:48:31)

En cuanto a la expansión de la cobertura explícita, uno debería empezar con servicios de alta prioridad y particularmente para la población más vulnerable. Sin embargo, no es lo que actualmente ha pasado en nuestro país o en otros países de la región. Las consecuencias, cuando hay una falta de priorización en este camino, hacen que a veces expandan coberturas que no tienen muy alta prioridad antes de que los servicios de alta prioridad estén cubiertos; o se cubren servicios muy costosos con escasos beneficios respecto a otros, más costo-efectivos; o se amplía la cobertura de los grupos más aventajados, es decir, aquellos que ya gozan de algún tipo de seguro son los que primero reciben la innovación tecnológica, si es que la brecha de la inequidad se va ampliando cada vez más; o a veces la

CUS, como estrategia, sólo se focaliza en los pobres y entonces no solamente no hay una apropiación de esto por parte de la clase media, sino que muchas veces cuando no se mancomunan con los fondos de la seguridad social, lo que hacen es que las transferencias, la redistribución de riesgos, tenga muchísimas más limitaciones.

Cuál es la estrategia para avanzar con la CUS en Argentina?

- Fortalecimiento de los seguros públicos provinciales a través del financiamiento complementario por resultados, apalancados por la operación actual del Programa SUMAR
- Definición, costeo e impacto presupuestario de la canasta de prestaciones actual del sector público en las provincias y la contribución del Programa SUMAR
- Ampliación de las líneas de cuidados y prestaciones del SUMAR hacia las ECNT
- Desarrollo de procesos de priorización explícita de las líneas de cuidado y los servicios en cada una de ellas, a través de procesos deliberativos, con participación de todos los actores relevantes, respetando el contexto local o regional.
- Definición de áreas programáticas georeferenciadas para los CAPS, panelización de pacientes a médicos de cabecera y equipos de APS, y cambios en los sistemas de incentivos a los efectores
- Desarrollo e implementación de redes y circuitos formales de referencia y contrareferencia entre CAPS y hospitales
- Implementación de sistemas de información y comunicación integrados e interoperables entre efectores sanitarios (CAPS y hospitales), municipios, provincias y nación.
- Articulación y empalme de los seguros públicos con los seguros sociales y privados (PMO)



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



¿CUÁL ES LA ESTRATEGIA PARA AVANZAR CON LA CUS EN ARGENTINA?

(Min. 00:49:47)

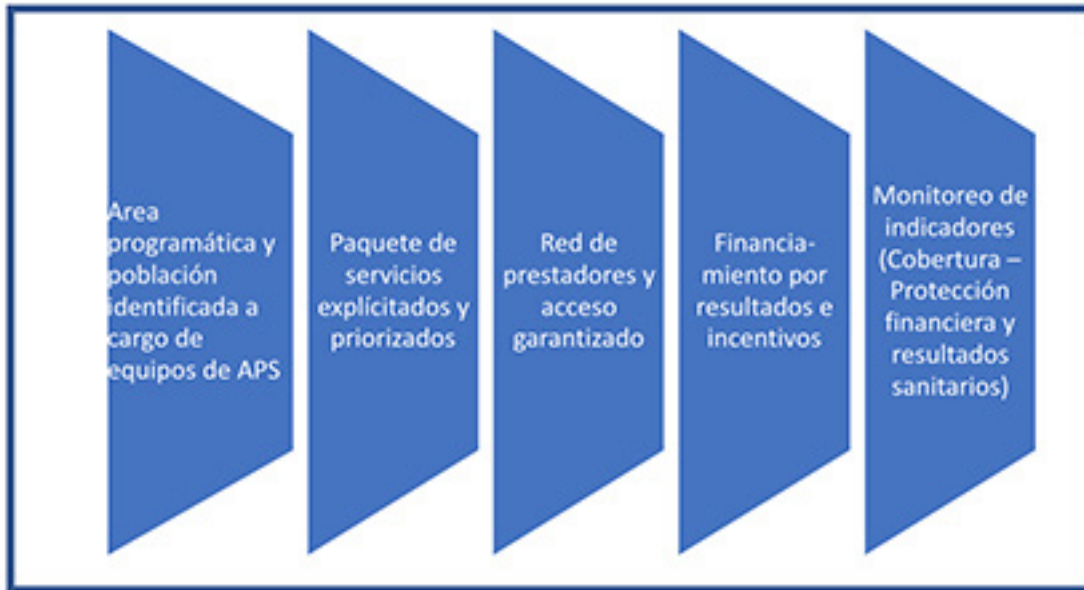
Básicamente lo primero es el fortalecimiento de los seguros públicos provinciales a través del financiamiento complementario del programa SUMAR. Es decir que la lógica del programa SUMAR va a seguir. Por supuesto, ampliado ahora y mucho más alineado con la estrategia de la CUS. Por supuesto, también, como dije antes, hay que definir qué es lo que hoy están ofreciendo a las provincias. Hoy no hay un racionamiento implícito y no hay una canasta explícita de prestaciones de servicios. Sería bueno poder conocer qué es lo que se está ofreciendo, costearlo, conocer cuál es el impacto presupuestario, y sobre todo la contribución del programa SUMAR a esto; ampliar la lista de SUMAR, las listas priorizadas, por ejemplo, hacia las enfermedades crónicas no transmisibles que tienen poca participación todavía en el

programa SUMAR; definir claramente los procesos de priorización, es decir cómo se van a desarrollar estos procesos deliberativos. ¿Quiénes van a ser los actores sociales que van a estar incluidos? ¿Van a ser los legisladores, las sociedades científicas o profesionales, el público en general, los consumidores, las ONGs, otras asociaciones de la sociedad civil, asociaciones de pacientes, y quiénes van a participar? Además, ¿cómo eso se va a contextualizar a las características particulares, por ejemplo, las diferentes regiones en nuestro país, con diferencias en cuanto a necesidades y prioridades? ¿Cómo vamos a comenzar a trabajar seriamente en estrategias de implementación de servicios de atención primaria? –esto es, las áreas programáticas– ¿Cómo vamos a georreferenciar claramente, pero no sólo identificarlas geográficamente? Todavía no tenemos población nominalizada identificada por regiones geográficas... ¿Cómo vamos a panelizar, a hacer que esta población sea de alguna manera adscripta a equipos de atención primaria, que tengan referencia, que tengan a un médico de familia, de atención primaria y un equipo de atención primaria a cargo? ¿Cómo vamos a cambiar los sistemas de incentivos para que haya, por ejemplo, incentivos claros para el establecimiento de lista de pacientes y de población a cargo, para definir ese concepto tan caro a la atención primaria, que tiene que ser la identificación de la población para establecer los demás atributos, el primer contacto, el acceso a la continuidad, la coordinación y la responsabilidad?

¿Cómo vamos a implementar los circuitos formales de referencia y contrarreferencia entre los centros de atención primaria y los hospitales, que son básicos si queremos avanzar en la estrategia de la cobertura universal? ¿Y cómo vamos a trabajar con los sistemas de información y comunicación? Hoy tenemos una enorme disponibilidad de datos, cada vez más. Ahora, ¿de qué manera estos datos son procesados para generar información y de qué manera esta información es procesada e integrada para generar inteligencia para la toma de decisiones? Es una enorme deuda que tenemos. El tema es cómo hacer, si se van a generar historias clínicas electrónicas y cada hospital, cada jurisdicción va a generar su propio sistema de información, ¿cómo hacerlos interoperables? ¿Cómo definir los estándares, la terminología, que nos permita crear un sistema que integre nacionalmente estos datos, que permita la portabilización de la información sanitaria, o que permita el uso de esa información sanitaria para la vigilancia epidemiológica y para la gestión clínica y el mejoramiento de la calidad o la investigación?

Y finalmente, el último objetivo, y eso tiene mucho que ver con la implementación del sistema de información, es ¿cómo vamos a ir despacito cerrando la brecha entre los seguros sociales, los seguros privados y los seguros públicos? Es decir, ¿cómo vamos, al final del camino, a empalmar estos seguros públicos con los seguros sociales?

Del SUMAR a la CUS: Componentes y sistemas de información



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

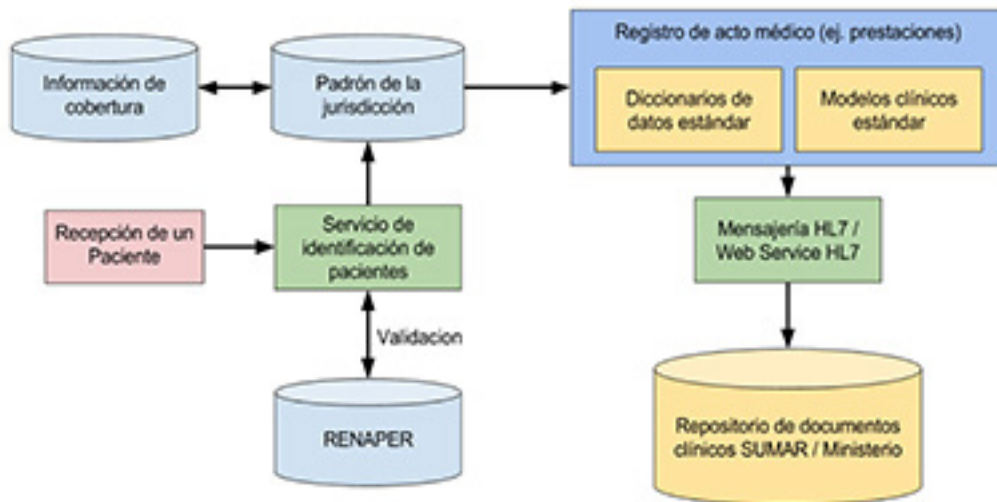


DEL SUMAR A LA CUS: COMPONENTES Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

(Min. 00:54:01)

Y esto tiene un enorme componente relacionado con los sistemas de información desde la definición de las áreas geográficas a cargo de la población identificada a cargo de equipos de APS, de cuál va a ser el paquete de servicios, la red de prestadores, la modalidad de financiamiento, cómo vamos a monitorear la cobertura.

Captura electrónica de datos, interoperabilidad y flujo de información clínica: del SUMAR a la CUS



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



CAPTURA ELECTRÓNICA DE DATOS, INTEROPERABILIDAD Y FLUJO DE INFORMACIÓN CLÍNICA

(Min. 00:54:25)

Y esto tiene mucho que ver con estos sistemas de hacerlos interoperables, que puedan dialogar los sistemas de información entre sí, y que permitan generar información que pueda ser sintetizada, integrada y usada para la toma de decisiones.



(Min. 00:54:40)

Llegando hacia el final, ¿cómo vamos a avanzar en la población? ¿Cómo vamos a cerrar esta brecha de cobertura poblacional de protección financiera y de cobertura de servicios?

Las Políticas exitosas dependen de:

- Adecuada base de conocimiento
- Voluntad política
- Ventana de oportunidad
- Buena estrategia de comunicación social



SECRETARÍA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS



LAS POLÍTICAS EXITOSAS DEPENDEN DE:

(Min. 00:54:56)

Al final del día, las políticas exitosas, cualquiera que sean, dependen de una adecuada base de conocimientos; y acá hay muchísima evidencia que apoya esta estrategia, muchísima evidencia empírica de muchos países de la región que han avanzado exitosamente y que se han encontrado con barreras que tenemos que reconocer para no repetir errores. La voluntad política es otro aspecto. Y hay clara voluntad política de la administración actual de avanzar en el camino a la CUS. Otro punto es encontrar la ventana de oportunidad que obviamente está relacionada con esto, y esta ventana existe; hoy el tema está instalado en la agenda sanitaria al menos, y tener una buena estrategia de comunicación social para buscar los consensos sociales necesarios para poder implementar estas políticas.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Min. 00:56:42)

Pregunta de Alfredo Horoch:

¿Cuándo estarán disponibles datos actualizados y un sistema nacional de auditoría de las prestaciones? Las prestaciones se deterioraron en estos últimos años y no existen datos oficiales correspondientes.

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

No sé exactamente a qué se refiere. Hay bastantes datos. No sé de qué tipo de prestaciones, de qué programas. No está suficientemente bien definido a qué se refiere específicamente.

(Queda pendiente reformulación de pregunta)

(Min. 00:57:36)

Pregunta de Charles:

Mi consulta: sobre el programa SUMAR, Además de ampliar la accesibilidad del ciudadano a las prestaciones sanitarias camino a consolidar una apropiada CUS, lo cual se percibe viene encaminándose bien, existe la línea o componente de fortalecimiento del capital social especialmente de la población beneficiaria, es decir, para darle mayor “valor público” al servicio prestado por parte del Estado, es fundamental que la ciudadanía se empodere (redes de soporte y acompañamiento, bajo un enfoque de cogestión participativa) para contribuir con la mejora de los procesos de implementación de la propia política pública, en todo caso, de las actividades, rutinas y procedimientos propios del Programa SUMAR.

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

Obviamente en todo este proceso de priorización, el público en general, la ciudadanía, los beneficiarios y los potenciales beneficiarios tienen que participar, definitivamente. Hay que ver cómo se va a viabilizar esta participación. Hay muchas experiencias latinoamericanas; por ejemplo, Brasil es un caso de participación local bastante claro. En Chile ha habido participación de la ciudadanía en las definiciones del AUGE. Y obviamente en estos procesos tiene que estar incluida la participación del público en general y de la ciudadanía. Lo que hay que encontrar es cuáles son las vías para poder viabilizar este tipo de inclusión

(Min. 01:00:00)

Pregunta de Ana Lucía Muñoz:

En ese sistema de priorización, ¿cómo se maneja la presión de la industria, los jueces y las asociaciones de pacientes para incluir lo que no está aún incluido, incluso aquellas tecnologías sin suficiente efectividad demostrada?

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

La Argentina está, yo diría, en estado parlamentario pero muy avanzada, y pienso que va a salir en muy poco tiempo la creación de la agencia nacional de evaluación de tecnologías sanitarias. Obviamente es una pregunta muy atinada porque la definición de esta canasta de servicios, cuáles son las tecnologías que se van a incluir, desde el programa Médico Obligatorio, en seguros privados o en los seguros públicos también, tiene que estar claramente normatizada de un modo. No puede ser una decisión discrecional de algunos actores. En este sentido existe todavía una falta de definición del marco normativo para la definición de políticas de cobertura, que es lo que nos va a dar esta agencia de evaluación de tecnologías, cuyo espíritu es ser bastante similar a otras agencias de evaluación de tecnologías que están en distintos lugares y que, de alguna manera, les dan un contexto a los criterios sobre la inclusión o la exclusión de estas tecnologías dentro de los paquetes de servicios. En este sentido justamente, como vía para evitar la judicialización, que es un problema en Argentina como en muchos otros países de la región, o las presiones inapropiadas de la industria, por ejemplo, es crear un marco normativo explícito y transparente y eso se va a hacer con la creación de la agencia, que se va a llamar AGNET en Argentina.

(Min. 01:02:07)

Pregunta de Martín:

Cuando mencionabas el plan de servicios del programa SUMAR, que es una buena plataforma para las estrategias de las CUS, ¿el Ministerio está pensando en darle un mayor nivel de explicitación a otros insumos o dispositivos como los medicamentos y las vacunas que desde hace tiempo está financiando? ¿Es decir, se podrá avanzar hacia un plan de servicios que incluya tanto servicios como medicamentos?

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

Sí, definitivamente. Va a ser así. De hecho, la idea es empezar a integrar, digamos, en esta estrategia de la CUS que se va a cabalgar sobre SUMAR, todos los programas que hoy entregan, desde el Ministerio de Salud o desde las provincias que hoy entregan, por ejemplo tecnologías e insumos. Por ejemplo, en el caso de los programas de las vacunas, en el caso del Ministerio de Salud, o muchos otros servicios

e insumos que entregan las provincias. La idea también es avanzar en la definición de qué es lo que verdaderamente hoy los sistemas públicos de las provincias están proveyendo. Si uno puede comenzar a explicitar eso, costearlo y definir cuál es el impacto presupuestario, va a avanzar muchísimo en este camino. Uno va a conocer exactamente cuánto están gastando; no decir que el SUMAR incrementa un 1% el presupuesto de las provincias, sino verdaderamente cuáles son las líneas priorizadas y cómo articularlas específicamente con lo que hoy cada provincia está proveyendo a sus ciudadanos. Un poco el sentido es eso de poner en un mismo paquete no solamente las líneas que hoy tiene SUMAR, sino todos los servicios e insumos que está brindando el Ministerio de Salud.

(Min. 01:04:24)

Complemento pregunta de Alfredo Horoch:

No me refiero a un programa en particular, sino a la falta de digitalización de todo el sistema de salud. La falta de datos de la infraestructura sanitaria, su estado apropiado u obsoleto.

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

Es así, es cierto. Hoy el Ministerio tiene un sistema de información que es un gran repositorio de información donde se vuelcan muchas de las bases de datos de esta recolección de distintos programas; de programas que tienen que ver con prestaciones, insumos o entregas. Pero es cierto que es un repositorio. A donde nosotros estamos avanzando, pero ya no tuve el tiempo de verlo con más detalle, estamos trabajando con un equipo para desarrollar este sistema interoperable que yo mencioné de integración de la información. Esto quiere decir porque hoy hay datos que no se están generando; algunos no se están generando y habrá que hacerlo. Pero muchos sí se están generando. Lo que pasa es que esa información se queda en los niveles locales y no se puede integrar a otro nivel. Entonces el tema es: de qué manera podemos ir avanzando en la definición de estándares y terminología para que todos los sistemas puedan dialogar entre sí y realmente comience a haber un sistema de información integrado en la Argentina, cuyo camino final, no dentro de muchos años, sino dentro de poco tiempo, es llegar a la histórica clínica electrónica. Por supuesto que no es tener una historia clínica única para todo el país: cada hospital, cada centro, cada provincia, cada municipio desarrollará el modelo de historia clínica electrónica que quiera. Pero la Nación lo que tiene que definir son los estándares, cómo se va a llamar cada cosa, los diccionarios, la terminología, los protocolos de transferencia de información. Eso no es algo tan lejano en el futuro. El SUMAR va a seguir avanzando muchísimo en la integración del sistema de información y va a haber muchos recursos puestos en eso. Y eso, yo diría, es el esqueleto de la estrategia de la cobertura universal.

(Min. 01:06:53)

Pregunta de Luis Migueletes:

¿Se encuentran en proyecto sistemas financieros de mancomunación de fondos públicos y de las obras sociales, al menos para prácticas de alta complejidad?

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

Es una muy buena pregunta. Sí, se está pensando, especialmente para medicamentos de muy alto costo, para prestaciones catastróficas y para sistemas mancomunados, aunque todavía no está definido de qué manera se va a hacer.

(Min. 01:07:22)

Pregunta de Carlos:

¿Cómo se piensa ayudar a las provincias a definir y explicitar lo que hoy se está brindando?

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

La idea es avanzar con equipos técnicos de la nación. Primero lo que hay que tratar de desglosar es qué es lo que hoy efectivamente se está ofreciendo. Eso no está tan claro. Porque tampoco hay demasiados incentivos para el registro y el reporte. Entonces, en la medida de que sea un sistema de lo que llaman “input-based” donde uno haga los presupuestos hospitalarios o los salarios de los profesionales, no hay tampoco demasiado incentivo para el reporte y registro de las prestaciones. El tema es ver de qué manera se puede modificar esa lógica para ayudar a las provincias a registrar lo que están efectivamente haciendo. Este es el primer paso para empezar a definir. Y después, como decía antes [interrupción del audio].

(Min. 01:07:22)

Pregunta de Luis Migueletes:

¿Cuál sería el papel de las obras sociales provinciales como financiadores que muchas veces fijan los precios de cada jurisdicción porque son los compradores más importantes? ¿Se sumarían a fondos mancomunados?

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

Éste sería el último paso de la cadena. En realidad el primer foco va a ser tratar de definir un poco mejor cuál es el paquete prestacional que brinda el sector público, la calidad de las prestaciones, cuál es el

financiamiento, el impacto presupuestario: definir qué es lo que hoy efectivamente se está dando en los distintos niveles para saber cuáles son los recursos adicionales que hay que generar para poder empalmar esto con los seguros sociales, con las obras sociales nacionales y, eventualmente, con las obras sociales provinciales. En este momento es parte de un camino que todavía no se ha empezado a recorrer.

(Min.01:10:32)

Pregunta:

¿Cuáles son a futuro las posibilidades de diálogo que van identificando entre el proceso de explicitación de cobertura que está llevando adelante el CUS para el sector público, y el PMO que aplica para la seguridad social?

Respuesta de Adolfo Rubinstein:

Es un poco lo que he respondido recién. Hasta nosotros tenemos que saber qué está ofreciendo el sector público y dimensionarlo de algún modo. Por otro lado, sabemos que se está costearo y redefiniendo el PMO en Argentina. Esto ya se está haciendo y supongo que pronto tendremos los resultados. Lo que hay que saber es qué es lo que tenemos en cada lado y cuáles son los recursos adicionales que se necesitarían para poder, de alguna manera, integrarlo o articularlo. Eso no lo conocemos todavía. El objetivo último es que no exista. Más allá de que existan fuentes de financiamiento diferentes, hay ciertas cosas que van a ser muy difíciles de cambiar en la Argentina. Hoy Argentina tiene un sistema de salud cuyo mayor financiador es la seguridad social y eso no parece posible cambiarlo por lo menos a corto plazo, y que por lo menos estén más articulados e integrados en cuanto al tipo de prestaciones. Que no haya prestaciones de alta calidad, de baja calidad, para una población que no tiene seguro y los que sí tienen seguro. El tema es cómo cerrar las brechas de calidad y de equidad que existen en la prestación de servicios.

