



Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

El gobierno nacional presentó una prueba piloto de la Cobertura Universal de Salud (CUS) a principios de octubre en Mendoza. Con esta iniciativa, se proyecta brindar a 15 millones de personas una cobertura de salud que, supuestamente, aún no tienen. Sin embargo, en la Argentina el sistema público de salud es de acceso gratuito y universal desde 1946.

“El uso político de un nombre llamado Cobertura Universal en Salud, que es una marca comercial de la OMS, fundamentalmente lo que tiene en discusión es una redistribución salvaje de recursos”, define el reconocido médico sanitarista Mario Rovere. En esta misma línea, el vicerrector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y Magister en Economía y Gestión de la Salud, Arnaldo Medina, considera que la CUS “es un término que sigue siendo ambiguo en el marco de la OPS porque países como Argentina y Brasil en su momento planteaban una oposición al término cobertura universal siendo más adecuado definir el acceso universal”. Según su punto de vista, “la cobertura puede ser formal, financiera, pero no implica que se traduzca a un acceso adecuado a los servicios de salud”.

La OMS declara que la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales de calidad, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Según información publicada en el [portal Argentina.gob.ar](http://portal.Argentina.gob.ar), *el nuevo modelo de atención de la CUS busca modernizar el Sistema de Salud con iniciativas que tengan impacto en el ciudadano, su atención y en la gestión de los recursos de salud ofreciendo un plan de salud personalizado, integral y gratuito que brindará mejor acceso a las prestaciones del sistema público y a los medicamentos.*

Con respecto a la accesibilidad a las prestaciones del sistema público, la especialista en gestión y evaluación de políticas sociales Magdalena Chiara, interpela acerca de “cuán básico o suficiente es ese conjunto de prestaciones y quién determina las que van a estar incluidas en la cobertura universal”. Al respecto, la investigadora de la Universidad Nacional General Sarmiento (UNGS) aclara que “con sólo definir las prestaciones no basta porque también hay que definir la oportunidad de las prestaciones, es decir, el tiempo de espera para una cirugía, el tiempo de espera para un determinado estudio diagnóstico, el tiempo de espera para una consulta de especialidad básica, o de alguno de los servicios básicos o de alguna especialidad ya que lo que se puede ver entre líneas a través de los medios es que se va camino a un achicamiento, no una ampliación de beneficios para la población”.

Sistema fragmentado

El sistema de salud nacional se caracteriza por su fragmentación. Está compuesta por tres subsectores: el público (Nacional, Provincial y Municipal), Obras Sociales y Privado. Una investigación de opinión pública del Centro de Estudios Metropolitanos (CEM) realizada con una muestra de 1728 casos a teléfonos fijos entre el 7 y 10 abril de 2017 en la Ciudad de Buenos Aires y el Conurbano, revela que en el área de la salud, un 43% de los consultados tiene obra social; el 13%, medicina prepaga; y un 27% se atiende únicamente en el servicio

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

público. El 17% restante respondió que tiene mutual o nada pero llegado el caso acude a un especialista privado o No Sabe. En concordancia con el estudio, para Chiara la población en la Argentina se divide en tres grandes grupos: “el grupo que tiene trabajo y alguna obra social (donde hay diferencias muy importantes entre las obras sociales más grandes y las más pequeñas, y con trabajadores con menor capacidad contributiva); otro que tiene un buen poder adquisitivo y puede tener un seguro e incluso complementarlo con el pago de bolsillo para hiper especialistas, y un tercer grupo que accede cuando puede al hospital público o a los establecimientos estatales”. La CUS tendría como objetivo brindarle cobertura a este último grupo, es decir, a las personas que ya tienen acceso a través del sistema público.

“El rol del Ministerio de Salud de la Nación es fundamental porque es el único dispositivo con el que cuenta la Argentina para animarse a hablar de equidad y de derecho a la salud generando una ciudadanía igualitaria en todo el territorio nacional”, remarca Rovere y sostiene que “durante los 12 años anteriores a este gobierno lo que aparece muy claro es que el ministerio recupera el rol de garantizar al menos la equidad en todas las intervenciones preventivo-promocionales”.

Subejecución de los programas nacionales

Si bien no se resolvió la fragmentación del sistema, a partir de los programas nacionales recuperó protagonismo el Estado nacional y jerarquizó el primer nivel de atención. Entre las iniciativas más importantes se destacan: el Programa Remediar, el Programa Médicos Comunitarios, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Plan Nacer/SUMAR. Estas iniciativas lograron el fortalecimiento de las prácticas ampliando cobertura y alcance en el primer nivel de atención a través de recursos monetarios, insumos, medicamentos y profesionales. “Con las limitaciones que tiene un programa, buscaban construir condiciones de igualdad en la garantía del derecho a la salud y lo que uno puede ver en este último año y medio es que se han reducido bastante los programas de modo que lo que antes parecía que era insuficiente hoy estamos todavía peor que en aquel tiempo”, establece Magdalena Chiara.

El gobierno nacional presentó en el Congreso el presupuesto 2018 con una cifra de 56.485.605.987 de pesos para el Ministerio de Salud. Esto significa un 14,4% de incremento con respecto a 2017. Sin embargo, la inflación para este año superaría el 20 %. Por lo tanto, se estaría proyectando un presupuesto de por lo menos un 6% por debajo de la inflación.

Estudios y registros oficiales muestran que durante la gestión del gobierno de Cambiemos se ha subejecutado el presupuesto en salud, eliminado programas nacionales que reforzaban el primer nivel de atención en los municipios, se han entregado menor cantidad de insumos y profesionales que trabajan en los Centros de Atención Primaria, contratados por el Ministerio de Salud y Deportes de la Nación, llevan meses sin cobrar sus honorarios.

Según un informe realizado por la Fundación Soberanía Sanitaria (FSS) realizado en marzo de 2017¹, desde el gobierno actual se ha visto una [subejecución del presupuesto](#) destinado a

¹ FSS Informe - Los efectos de la subejecución en el derecho a la salud - Mar 2017

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

salud: *Durante el 2016 la Dirección de SIDA y ETS, que tiene como uno de sus objetivos fundamentales disminuir la incidencia de la infección de VIH/SIDA, de las infecciones de transmisión sexual y de las hepatitis virales en Argentina, tuvo una ejecución presupuestaria del 78,61%, destaca el informe. Con respecto al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que busca promover la salud sexual y reproductiva de la población desde una perspectiva de género y como un derecho fundamental de las personas, tuvo un 78,94% de ejecución presupuestaria.*

El programa médicos comunitarios, actualmente llamado equipos comunitarios, fue creado en 2004 y permitió incorporar a los CAPS becarios profesionales de enfermería, médicos, obstetras, trabajadores sociales y psicólogos para reforzar y organizar en equipos interdisciplinarios a los centros de atención primaria de todo el país. Hoy en día existe el reclamo de estos profesionales por la falta de pago o congelamiento del salario desde principio de año, sin reconocer ningún acuerdo paritario.

Otro informe publicado² por la FSS destaca la [disminución en la entrega de los medicamentos](#) del programa Remediar, que contemplaba los remedios necesarios para cubrir desde los CAPS las enfermedades más frecuentes, con 74 medicamentos esenciales en su vademécum garantizándole el acceso a 1,7 millones de personas por mes: *En 2015 se llegaron a entregar casi 40 millones de tratamientos (39.697.175), cifra que disminuyó considerablemente a partir del año 2016. Durante ese año se entregaron 13.201 botiquines menos y 10.566.616 tratamientos menos que en 2015.*

Rovere asegura que en el sistema de salud, hoy en día son los municipios los que “están poniendo el cuerpo para que los indicadores no empeoren y la mortalidad infantil no aumente porque sí aumenta la desocupación, la precariedad, los problemas nutricionales”. Ante esta tarea desde los municipios por sostener programas y política sociales en salud que inciden directamente sobre la población, Arnaldo Medina, director del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ, remarca que “todos los programas nacionales impactan en el primer nivel de atención y si no se implementan queda claro que hay un abandono del territorio”.

La situación planteada desde estos informes se refleja y afecta a los municipios. Según sostiene el Secretario de Salud de Florencio Varela, Mario Rodríguez, “en términos prácticos, hay una disminución en la provisión regular desde los programas que eran de amplia cobertura, como por ejemplo el Remediar”. Los datos municipales muestran que en el 2015 hubo 369.456 tratamientos recibidos en CAPS y en 2016, 281.721 tratamientos. Existe un 24% menos de tratamientos. “Y esta tendencia se repite este año e implica que vecinos no recibieron el medicamento o lo compraron con sus propios recursos”, proyecta Rodríguez.

² FSS Informe Cierre Remediar- Feb 2017

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

Vacunas en Almirante Brown				
	Dosis Planificadas Enero - Sept 2017	Dosis Recibidas Enero - Sept	Porcentaje de Dosis Recibidas/Planificadas 2017	GÉRMENES
ANTIMENINGOCOCO	21.723	11.520	53	MENINGITIS
ROTAVIRUS	14.790	9.600	65	DIARREA
BCG	23.433	10.800	46	TUBERCULOSIS
HEPATITIS B PEDIATRICA	7.395	6.500	88	HEPATITIS B
SABIN BIVALENTE	27.237	21.300	78	POLIO
SALK	19.015	9.940	52	POLIO
QUINTUPLE	30.388	23.384	77	HEMOPHILUS, COQUELUCHE, TETANOS, DIFTERIA, HEPATITIS B
NEUMO CONJUGADA 13	22.993	21.175	92	NEUMOCOCO
TRIPLE VIRAL	24.791	16.160	65	SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAPERAS
ANTIHEPATITIS A	8.201	6.240	76	HEPATITIS A
TRIPLE BACTERIANA CELULAR	7.965	12.500	157	COQUELUCHE, TETANOS, DIFTERIA
TRIPLE BACT. ACELULAR	14.956	8.790	59	COQUELUCHE, TETANOS, DIFTERIA (EMBARAZADAS)
DOBLE ADULTOS	8.513	12.160	143	TETANOS, DIFTERIA
ANTIVARICELOSA	8.204	6.140	75	VARICELA
HEPATITIS B UNIVERSAL	34.031	9.610	28	HEPATITIS B
HPV	13.867	7.860	57	VIRUS PAPILOMA
PNEUMO23	9.600	1.640	17	
ANTIGRI PAL ADULTOS	72.000	55.680	77	
ANTIGRI PAL PEDIATRICA	25.300	27.840	110	

Fuente: Secretaría de Salud de Almirante Brown. Octubre 2017

En el municipio de Almirante Brown viven una situación similar. En 2016, recibieron hasta un 65% menos en monodrogas y unidades (comprimidos/soluciones) y este año es de hasta un 20% menos, comparados con 2015. “Hoy a nivel municipal se recibe una menor cantidad proporcional de vacunas, una menor cantidad de medicamentos por Remediar, se reducen los recursos destinados a las contrataciones del programa de equipos comunitarios y eso afecta el rol compensador que venía teniendo el Ministerio de Salud de la Nación”, resalta el Secretario de Salud de Almirante Brown, Alejandro Costa. Ante este panorama, el funcionario remarca

Vacunas en Florencia Varela				
	Dosis Planificadas Enero - Sept 2017	Dosis Recibidas Enero - Sept	Déficit/Faltantes	GÉRMENES
ANTIMENINGOCOCO	22.464	12.240	-10.224	MENINGITIS
ROTAVIRUS	15.732	10.000	-5.732	DIARREA
BCG	21.456	10.450	-11.006	TUBERCULOSIS
HEPATITIS B PEDIATRICA	10.849	4.200	-6.649	HEPATITIS B
SABIN BIVALENTE	20.142	17.152	-2.990	POLIO
SALK	28.971	10.800	-18.171	POLIO
QUINTUPLE	30.789	22.462	-8.327	HEMOPHILUS, COQUELUCHE, TETANOS, DIFTERIA, HEPATITIS B
NEUMO CONJUGADA 13	23.994	21.690	-2.304	NEUMOCOCO
TRIPLE VIRAL	19.116	13.920	-5.196	SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAPERAS
ANTIHEPATITIS A	7.506	4.800	-2.706	HEPATITIS A
TRIPLE BACTERIANA CELULAR	10.136	7.800	-2.336	COQUELUCHE, TETANOS, DIFTERIA
TRIPLE BACT. ACELULAR	16.020	11.190	-4.830	COQUELUCHE, TETANOS, DIFTERIA (EMBARAZADAS)
DOBLE ADULTOS	2.925	11.740	8.815	TETANOS, DIFTERIA
ANTIVARICELOSA	7.506	2.380	-5.126	VARICELA
HEPATITIS B UNIVERSAL	37.323	8.730	-28.593	HEPATITIS B
HPV	14.877	11.740	-3.137	VIRUS PAPILOMA

Fuente: Secretaría de Salud de Florencia Varela. Octubre 2017

que “en un sistema fragmentado el rol estratégico de coordinación y de rectoría del ministerio nacional al verse afectado desde el punto de vista operativo, con la reducción de la inversión en programas de transferencias de recursos y de estímulo de procesos asistenciales, complica

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

la situación a nivel local que busca ser revertida permanentemente con el aumento de la inversión municipal a nivel sanitario”.

Mismo diagnóstico se presenta con las vacunas. Aunque para el funcionario de salud Rodríguez, “en inmunizaciones pasa algo más grave porque directamente lo que podía ser la discontinuidad de ciertas vacunas, en los meses de julio y agosto se produjo un faltante”. La falta de vacunas afecta todo un sistema de trabajo en el que se relacionan los distintos efectores de salud para una mejor eficiencia en la captación de la población objetivo. “De la vacuna pentavalente, que es para bebés de dos, cuatro y seis meses tenemos 8 mil dosis menos recibidas y eso genera una población susceptible, que no ha sido inmunizada correctamente aprovechando los controles de niño sano, entonces se produce lo que se llama oportunidad perdida”, describe Rodríguez.

“Hoy lo que estamos viendo con el retroceso de la atención tanto de las transferencias de Nación a provincia y de provincia a los municipios, es que justamente los municipios y los ciudadanos tienen que recurrir más al pago desde sus propios recursos, llámese el presupuesto municipal o el bolsillo del ciudadano”, plantea Costa y sin la inversión del Estado nacional las consecuencias en “el impacto sobre la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y sobre la atención misma de las enfermedades y la recuperación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, se ve negativamente afectado si se reduce la inversión en recursos y en la ejecución de procesos asistenciales y administrativos”.

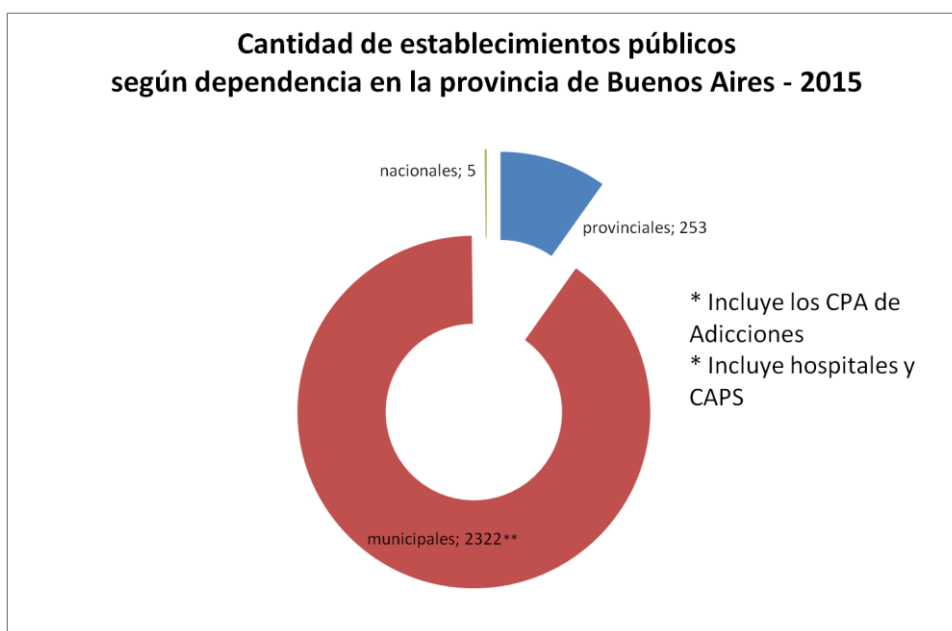
Descentralización: abandono del nivel local

Otra característica del sistema de salud nacional, además de la fragmentación, es la descentralización, entendida como una transferencia de responsabilidades, capacidades y/o recursos desde un nivel superior de gobierno a otro inferior. Si bien durante los '90 hubo una fuerte estrategia de descentralización en Educación y Salud, ya desde las décadas del '50 y '60 se habían generado este tipo de iniciativas en el subsector público de salud. Lo particular de las últimas décadas es que, como consecuencia de este proceso, surgieron nuevos actores por debajo del nivel Nacional: las provincias y los municipios.

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

El subsector público, en el territorio de la provincia de Buenos Aires, funciona con una división en tres niveles de atención a partir de las dependencias jurisdiccionales: nacional, provincial y municipal. Esta división también responde a los distintos niveles de complejidad del servicio. Los municipios abarcan el primer nivel de atención a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y pueden contar con la responsabilidad de administrar algún hospital; la gestión provincial se ocupa de los hospitales zonales y la nacional de hospitales de alta complejidad. En total, son 2580 establecimientos con y sin Internación de dependencia Provincial, Municipal, y Nacional, según las [estadísticas del Ministerio de Salud bonaerense](#).



El objetivo de la descentralización ha sido la de generar autonomía para los municipios en los servicios de salud en función a las características y necesidades de su población y territorio. Sin embargo, no se observa que la nueva Cobertura Universal de Salud esté orientada hacia este horizonte. “Existe una propuesta desde la CUS hacia las provincias para transferirles los fondos de los programas y que sean ellas las que los ejecuten y esto preocupa porque la historia de la descentralización en nuestro país es pasar menos presupuesto, desentenderse del problema”, aclara Arnaldo Medina.

Además de esta preocupación, el actual Director del Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ plantea otro aspecto a tener en cuenta sobre el tipo de política sanitaria que se busca implementar. “Si vamos a

Gestión de información sobre pacientes

La propuesta de la CUS apuntaría a lograr “un sistema de salud inclusivo y moderno, que contará con [historias clínicas únicas y digitales](#)”, según comentó el ministro de Salud de la Nación Jorge Lemus. Dos apreciaciones al respecto. Por un lado, a través del programa Remediar y del Plan Nacer/sumar, se nominalizó a la población para vincular el padrón de la población atendida por el subsector estatal con los registros nacionales del ANSES. Por otro lado, en palabras de Mario Rodríguez, secretario de Salud de Varela, desde los municipios “la propuesta de crear una historia clínica electrónica es un tema interesante pero implica adecuar los servicios para que eso suceda porque no la que funciona en un CAPS no es la misma que la de un hospital, por lo tanto como concepto lo de historia clínica única está bien pero hay que resolver cuestiones operativas y de diseño que los municipios vamos a tener que estar involucrados sí o sí”.

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

hablar de cobertura de derecho a la salud, habría que ver el modelo de atención, si está orientado a la atención primaria para promover modelos de puerta de entrada, de mayor coordinación y de mayor continuidad en la atención”. No obstante, el esquema de coparticipación de recursos financieros prioriza el tratamiento de la enfermedad y la complejidad (en cuanto a recursos tecnológicos), revelando una perspectiva hospitalocéntrica del modelo sanitario basado en la atención por sobre la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. A grandes rasgos, los fondos se distribuyen en un 35% según camas disponibles, 25% según número de consultas, 10% según egresos registrados, 20% según pacientes por día de internación y 10% según número de establecimientos hospitalarios sin internación.

¿Que implica esto? Los recursos están más direccionados hacia aquellos municipios que tengan servicios de mayor complejidad, es decir, aquellos que cuenten con hospitales. Pero existen municipios que sólo están constituidos con el servicio de atención primaria. Estos últimos no disponen de muchos de los indicadores que se consideran para el presupuesto y dependen de otras jurisdicciones para responder a las demandas asistenciales de su población. Desde este panorama se buscaría profundizar la descentralización de la política sanitaria y el riesgo que se corre es que por esa autonomía relativa de los distintos niveles descentralizados, se desentiendan de los que están por debajo como consecuencia de no contar con un modelo de salud integrado. “La descentralización de responsabilidades sin transferencia de recursos acompañantes fomenta injusticia e inequidad a nivel sanitario tanto en recursos como en procesos y resultados”, explica Alejandro Costa, desde el municipio de Almirante Brown, porque considera que “los que más recursos tengan para autosostenerse van a poder compensar esas faltas y en aquellos lugares en donde el municipio o la comunidad no tenga capacidad de sostenerse por aportes propios, las inequidades van a ser superiores”.

Existen organismos y espacios de coordinación para la articulación de políticas sanitarias y análisis de los problemas de salud presentes en todo el país, en cada una de las provincias y en distintas regiones. Entre ellos, desde 1981 funciona el Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por las autoridades de salud pública de más alto nivel nacional, provincial y de la Ciudad de Buenos Aires. También existen otros espacios como los Consejos Regionales de Salud y los espacios de salud de los Consorcios Municipales. Pero la realidad de hoy en día marca que ni siquiera estos espacios funcionan. “El Consejo Regional, que sería el órgano consultivo de la región, que lo conforman los secretarios de salud y los directores de hospital, no se ha reunido en todo el año”, asevera el Secretario de Salud de Varela. Por su parte, el responsable sanitario de Almirante Brown revalida esta situación: “es muy importante en este sistema que Nación fortalezca su capacidad rectora a través de los espacios de diálogo como el Consejo Federal de Salud, el Consejo Provincial y los consejos regionales de salud pero hoy esos espacios de intercambio, deliberativos, de propuestas de coordinación están cuanti y cualitativamente disminuidos”.

Hacia un sistema de salud pública con prestaciones básicas

Ante un modelo fragmentado y descentralizado, el rol del Ministerio de Salud de la Nación es fundamental si se pretende organizar un sistema con lineamientos en común para todos los niveles. “Las provincias tienen sobre su espalda los recursos de Nación para garantizar

Cobertura Universal de Salud: mucho ruido y poco Estado

Julio Longa

orientaciones de política dentro del cual se incluye, por ejemplo, un fortalecimiento específico del primer nivel de atención por la vía de los fondos de programas nacionales”, remarca Mario Rovere como estrategia que se había llevado a cabo en los últimos tiempos desde el Estado nacional.

Para lograr una integración intersectorial que promueva una mayor articulación, es imprescindible que el rol de rectoría del gobierno nacional consista en liderar ese proceso definiendo una directriz estratégica de gestión que entienda los problemas desde una complejidad que involucra a distintos sectores de la comunidad.

Pero Rovere considera que la dirección actual es hacia el camino contrario: “la estrategia es encoger el Estado sin que se note, sin pagar el costo político de decir ‘cerramos el ministerio de Salud’ pero estamos frente a una situación donde el gobierno nacional muestra vocación de minimización de la salud pública y se excusa sosteniendo que es un tema de las provincias”.

En función a las políticas en materia de salud que viene implementando el gobierno nacional, se observa que la CUS es un proyecto en el que, tanto desde el punto de vista estratégico como operativo, la salud pasaría a ser un sistema de prestaciones básicas para la atención a la enfermedad, cada vez más descentralizado y fragmentado, sin programas y organismos desde el Estado nacional que se comprometa a una articulación e integración del sistema.