

Año 2015

**BOLETIN DE  
SISTEMAS Y POLÍTICAS  
DE SALUD**

Boletín N° 1

## SECTOR SALUD Y SISTEMAS DE SALUD

### Qué entendemos por Sector Salud?

Convencionalmente se considera que el sector salud abarca todas las entidades que producen acciones, servicios, bienes, oportunidades y conocimientos que de una u otra manera contribuyen al mantenimiento y mejoramiento de la salud individual y colectiva, incluyendo las actividades económicas y productivas de otros sectores relacionadas con la salud, las decisiones políticas y sus formas de expresión jurídico-administrativas con impacto en la salud, así como intervenciones medioambientales y educativas que influyen los determinantes de la salud.

Así definido el sector salud involucra no solo los componentes obvios del sistema de atención médico-sanitaria y del campo de salud pública sino otros menos explícitamente relacionados con la salud, pero de fuerte influencia sobre sus determinantes sociales, económicos y políticos que pueden encontrarse formalmente adscritos a otros sectores, como la formación de personal, el desarrollo científico y tecnológico, el saneamiento básico ambiental, el suministro de agua potable, la producción de equipos e insumos de salud, la industria farmacéutica, la seguridad alimentaria y la industria de seguros de salud y enfermedad.

### A qué nos referimos cuando hablamos de Sistemas de Salud?

Se entiende Sistema de Salud como el conjunto de entidades que se encargan de “las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud” y comprende la atención a las personas y

al entorno hechas con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes de salud.

Las sociedades organizan sus sistemas de salud de acuerdo a valores fundamentales que son compartidos por sus ciudadanos, y es sobre esos valores que se formulan las políticas de salud.

Los países pueden optar por diversos arreglos organizacionales de los sistemas de salud para satisfacer los valores establecidos cumplir con sus propósitos y lograr los objetivos de salud lo que genera distintas modalidades de conducir, regular, estructurar, y financiar el sistema, lo cual queda reflejado en la Constituciones, leyes generales de salud o Códigos Sanitarios de los países.

Además de las definiciones constitucionales y legales, la conformación de cada sistema de salud depende de la historia y de las condiciones políticas y socioeconómicas concretas del país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de fuerzas políticas que condicionan/determinan las posibilidades de realización del pleno ejercicio del derecho a la salud y la organización concreta del sistema.

### Sistemas de Salud en América Latina

Los Sistemas de Salud en América Latina fueron creados en base a una mezcla de los modelos europeos de protección social pero, a diferencia de éstos, se estructuraron y organizaron en subsistemas que atienden a estratos poblacionales específicos agrupados por clase social, ingreso, ocupación, inserción en el mercado laboral formal,

origen étnico, o ocupación del territorio (urbano/rural).

Esto generó dos fenómenos que son las características fundamentales de los sistemas de salud de la región: la segmentación (coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos "especializado" en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, posición económica y clase social; este tipo de organización institucional consolida y profundiza la inequidad en el acceso de salud entre los diferentes grupos poblacionales) y la fragmentación (coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo).

El grado de integración y el tipo de interacciones existentes dentro de un sistema de salud es un factor crítico para determinar su capacidad de respuesta a las demandas de la población.

La segmentación del financiamiento, y el aseguramiento; la segregación poblacional; y la fragmentación de las redes de provisión determinan que los afiliados a distintos esquemas (seguridad social o seguros privados) o aquellas personas que teniendo capacidad de pago no están afiliados a ningún seguro recurran a los establecimientos públicos cuando éstos ofrecen servicios de buena calidad, alta complejidad o son los únicos prestadores del servicio en un área geográfica determinada. Asimismo, una proporción importante de la población de bajos recursos utiliza servicios de salud privados -especialmente servicios farmacéuticos, medicina tradicional, y atención médica de baja complejidad-

como alternativa frente a las barreras de acceso o la reducida oferta o integralidad de los servicios públicos y la exclusión de esquemas de seguro, viéndose obligados a realizar gastos de bolsillo. Y qué pasa con los que no tienen capacidad de pago? quedan excluidos del sistema de salud.

La exclusión es, esencialmente, la negación del derecho de satisfacer las necesidades y demandas de salud a aquellos ciudadanos que no cuentan con recursos económicos suficientes o que no pertenecen a los grupos dominantes de la sociedad.

Las principales causas de exclusión en salud identificadas varían entre los países pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores relacionados al desempeño, estructura y organización de los sistemas de salud como la segmentación, la fragmentación, el elevado gasto de bolsillo, y la falta de regulaciones adecuadas.

La segmentación y la fragmentación producen grave distorsión y/o desorganización de la demanda incrementando el costo global de las acciones de salud y los costos de transacción del sistema como un todo, afectando de manera significativa la eficiencia social del gasto y la equidad del sistema.

La mayoría de los países de América Latina requieren de profundos cambios estructurales en sus sistemas de salud para que éstos puedan contribuir de manera efectiva a la protección social, a garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos y a la cohesión social. Esos cambios exigen enfrentar:

- La segmentación institucional de los sistemas de salud.

- La fragmentación operativa de la red de servicios.
- El déficit de financiamiento público, con una ineficiente asignación de los recursos, y un elevado gasto de bolsillo.
- La debilidad de las capacidades 2 políticas, institucionales, organizacionales y humanas de la Autoridad Sanitaria Nacional, es decir del Estado, que afectan de manera especial las funciones de liderazgo y conducción sectorial; formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas; gestión económica-financiera y generación de recursos; regulación; supervisión y control de las intervenciones y resultados; y desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Hay países en nuestra que han logrado construir sistemas de salud que garantizan de manera efectiva el acceso universal y equitativo, que son solidarios y participativos, al tiempo que aseguran eficiencia, eficacia y calidad. Todos son sistemas que se basan en la Atención Primaria de Salud. Son sistemas que con la continuidad y la calidad de su desempeño se han convertido en patrimonio social que la gente defiende y con los que se identifica.

La Declaración de Montevideo y el Documento de Posición sobre la Renovación de la APS en las Américas, indica que un Sistema de Salud basado en Atención Primaria de la Salud:

“... supone un enfoque amplio de la organización y operación del sistema, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”

“... está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales

esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universales a los servicios, los cuales son aceptables por la población y promueven la equidad. “... presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto de la persona usuaria con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

“ .... alcanzan resultados mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen menores costos de atención y logran una mayor satisfacción de los ciudadanos en comparación con sistemas de salud cuya orientación a la APS es escasa.”

## El Sistema de Salud Argentino

Argentina cuenta con un sistema de salud fragmentado en 3 subsectores de cobertura (público, privado y seguridad social) a su vez cada uno de ellos atiende a diferentes segmentos de la población, y lo mismo ocurre al interior de cada subsector. Ambas características (fragmentación y segmentación) lo hacen profundamente inequitativo.

De acuerdo a los últimos datos disponibles el gasto en salud como porcentaje del PBI en el año 2012 ascendió al 8,5%, esto equivale a un monto total de 185 mil millones de pesos, de los cuales aproximadamente:

- 37% (68.450 millones) corresponde a obras sociales, las cuales aportes y contribuciones salariales
- 36% (66.600 millones) a gasto privado que se financia con gastos de las familias de los cuales el 6% (11.100 millones) corresponde a medicina prepaga, y el 30% restante (55. 500 millones) a gasto de bolsillo

- 27% (49.950 millones) corresponde a gasto público el cual se financia a través de los impuestos (o recursos del Tesoro) recaudados a nivel nacional, provincial y/o municipal. Está compuesto por 1271 hospitales y 6456 centros de salud sin internación. A diferencia de lo que sucede en los demás países de la región, el Estado nacional tiene una participación minoritaria (aproximadamente un 5 % del <sup>3</sup>gasto total en salud del país) que se concentra en programas. Mientras que la atención médica en servicios de salud pública es financiada predominantemente con recursos provinciales (66 % del gasto gubernamental) y, en menor medida, con recursos municipales (14 % del gasto gubernamental).

Los subsectores obras sociales y privado dan cobertura a aproximadamente el 64% de la población, mientras que el 36% restante solo accede a través del sistema público.

En lo que respecta a los recursos del sistema, de acuerdo a los últimos datos disponibles, el total de médicos en el país asciende a 121.076 31,2 médicos por 10.000 habitantes, mientras que hay 3,8 enfermeros profesionales y licenciados en enfermería por 10.000 habitantes (Abramzón 2005), algo así como 8 médicos por cada enfermero (la relación óptima es 5 enfermeros por médico)

El número total de establecimientos asistenciales (con y sin internación todos los subsectores) asciende a 17.845 (2000. OPS/MS) y el número de camas a 153.065 (2000. OPS/MS).

Con este nivel de gasto y recursos Argentina presenta una Esperanza de Vida al nacer de 75,34 para ambos sexos (78,81 mujeres, 72,08 varones 2008-2010 INDEC).

La Tasa de mortalidad infantil, 2012 (por 1.000 nacidos vivos),. ascendió a 11,1 (MS Serie 5 N° 56/13) y la Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2012 (por 1.000 nacidos vivos) a 13 (MS Serie 5 N°56/13). Cabe destacar que si bien durante la última década, la tasa de mortalidad infantil (TMI) y la de niños menores de cinco años (TMM5) presentaron una reducción de 5,5 y 6,4 puntos, respectivamente la Argentina registra valores más altos y un menor ritmo de descenso que otros países de la región con condiciones similares, tanto en TMI como en TMM5. Inclusive Brasil, que históricamente se ubicó por detrás de la Argentina en términos de indicadores sanitarios, la superará en pocos años de mantenerse el actual ritmo de descenso.

En términos de mortalidad materna no se ha obtenido ninguna mejora durante la última década. Entre las principales causas que explican la mortalidad materna se encuentran las obstétricas directas (40,2%), que resultan de complicaciones en el estado de gestación; las obstétricas indirectas (38,5%), que se originan por enfermedades preexistentes o que evolucionan durante el embarazo; y el aborto, que reúne un porcentaje significativo (21,2%), (DEIS, 2010).

La evolución de la mortalidad en la Argentina muestra una tendencia estable para las últimas dos décadas. La Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes) para el año 2012 ascendió a 7,7 (8,2 varones, 7,2 mujeres MS Serie 5 N°56/13.), mientras que la Tasa de mortalidad ajustada por edad. Ambos sexos, varones y mujeres, 2012 ascendió a 6,7 (8,7 varones y 5,2 mujeres).

El total de Años potenciales de vida perdidos (0-70) cada 10.000 habitantes. Año 2012 fue de 649,03 (818,87 varones, 476,55 mujeres)

Cuando el análisis se desagrega por causas, se verifica que el país enfrenta una triple carga:

- **Enfermedades No Transmisibles:** las dos primeras causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares y los tumores, tanto para varones como para mujeres. Esto se hizo más significativo a partir de los 45 años.
- **Causa externas.** La principal causa de muerte entre los 5 y 44 años está asociada a los accidentes y muertes violentas.
- **Enfermedades Transmisibles.** Continúan siendo relevantes, aunque con menor peso.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	% SOBRE EL TOTAL
Sistema circulatorio	30
Tumores	20
Causas externas	7
Diabetes melitus	3
Sistema respiratorio	14
Infecciosas y parasitarias	5
Sistema genitourinario	4
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2
Otras causas diversas	15

## Inequidades del Sistema

De acuerdo a un estudio realizado por el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento CIPPEC <sup>1</sup> sobre la base de datos disponibles para el año 2010 el gasto total en salud para los que cuentan con seguro privado duplica al de los que sólo acceden a los servicios públicos. En efecto, mientras que el gasto per cápita

<sup>1</sup> Datos consignados en el Video del Área de Desarrollo Social-Salud de CIPPEC disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LxU2fLF-L-M>

promedio de los que acceden a los servicios del subsector público asciende a \$217,3 el de los que tienen cobertura privada es de 397, pero a este monto debemos agregarle subsidios públicos que reciben a través de acciones de salud colectiva o cuando sus asegurados se atienden en el subsistema público lo cual totaliza un gasto per cápita promedio de unos \$ 440,9.

A pesar de invertir igual o más que otros países de la región Argentina obtiene peores y más desiguales resultados en el promedio de la Esperanza de Vida al Nacer

PAÍS	EVN
<b>ARGENTINA</b>	<b>75,4</b>
COSTA RICA	78,9
CHILE	78,7
URUGUAY	75,7

De todos estos países Argentina es el que presenta la brecha máxima ya que alcanza una diferencia de 6 años entre la Ciudad Autónoma de Bs As (CABA) con una EVN de 75,1 años y Chaco 69,9 años.

Por cada 10 chicos menores de 5 años que fallecen en Tierra del Fuego mueren 36 en Formosa. Por cada 10 chicos menores de 1 año que mueren en Tierra del Fuego mueren 45 en Formosa.

Por cada 10.000 nacidos vivos muere 1 mujer en Río Negro, por cada 10.000 nacidos vivos mueren 16 mujeres en Catamarca.

Estas diferencias son producto de una desigual distribución de los recursos (médicos, enfermeros, establecimientos asistenciales, camas) a lo largo del país, así como en el nivel de gasto, lo cual a su

vez es consecuencia directa de la fragmentación y segmentación del sistema.