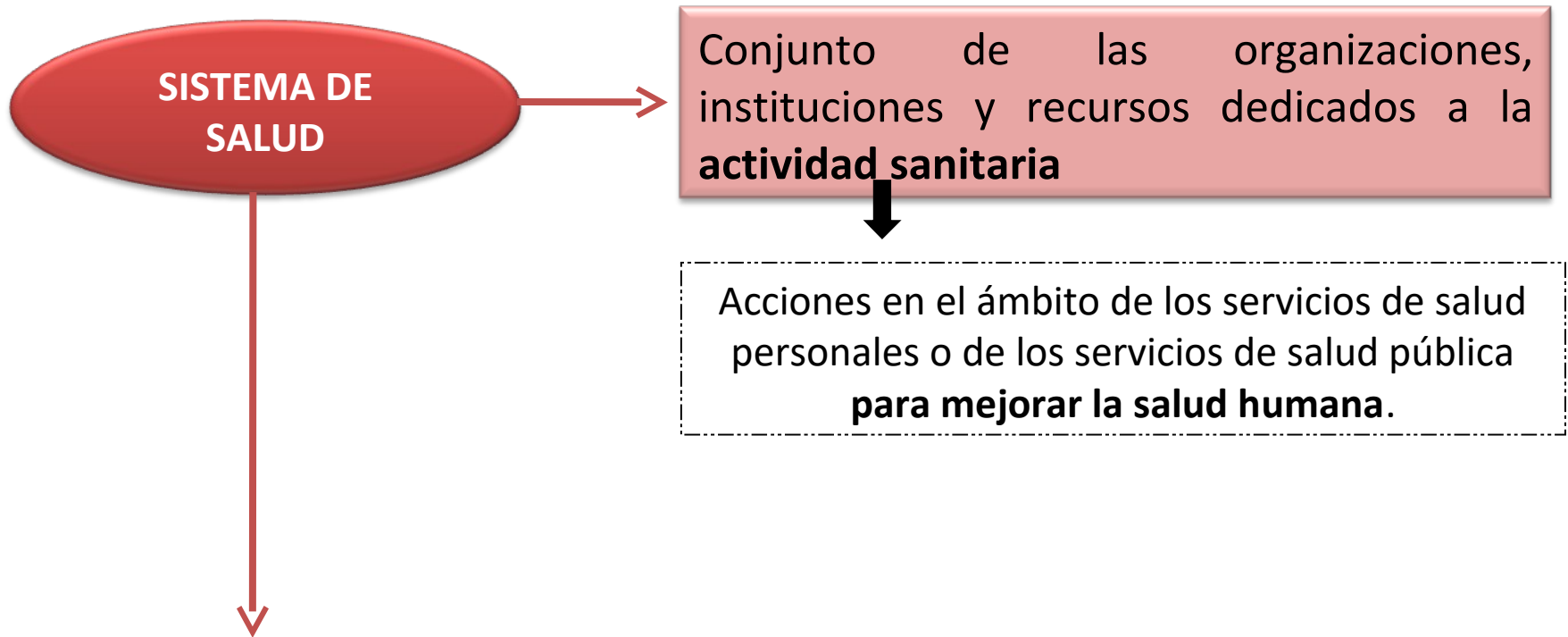


Unidad N°3

“Sistema de Salud Argentino”



Área de Integración Disciplinar y
Estudio de la Problemática Profesional



- ✓ Representa VALORES de la Sociedad: **Solidaridad, Justicia Social, Equidad, Dignidad, Universalidad, Desarrollo Sostenible**
- ✓ Estrechamente relacionado con los objetivos de la política social de un país.

**SISTEMA DE
SALUD**

OBJETIVOS:

- ✓ Mejorar la salud de la población
- ✓ Responder a las expectativas de las personas
- ✓ Brindar protección financiera contra los costos

FUNCIONES:

1. Generación de recursos
2. Prestación de servicios
3. Financiamiento
4. Ejercer rectoría



MODELO FRAGMENTADO Y HETEROGÉNEO

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

```
graph TD; SSA[SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)] --> SP[SUBSECTOR PÚBLICO]; SP --> HE[Hospitales y demás efectores de orden nacional, provincial y municipal];
```

SUBSECTOR PÚBLICO

Responde a la organización política federal de la República Argentina:

- Gobierno Nacional
- 23 provincias
- CABA
- 2400 municipios

Hospitales y demás
efectores de orden
nacional, provincial y
municipal

SISTEMA DE

SUBSECTOR PÚBLICO

Hospitales y demás efectores de orden nacional, provincial y municipal

Gobierno Nacional

Responsabilidad	Funciones	Observaciones
Basado en la Constitución Nacional debe "promover el bienestar general", lo que incluye la salud,	Tiene que aunar criterios y esfuerzos para encarar problemas prioritarios de Salud. Coordinar acciones, Es responsable por el cumplimiento de los compromisos asumidos y firmados por los gobiernos previos en materia de salud y derechos aceptados en foros internacionales.	Actúa en el territorio a través de Programas y Proyectos. Coordina el COFESA

Consejo Federal de Salud (COFESA)

Reúne a las autoridades ministeriales de la Nación y las provincias,	Representa un ámbito político y técnico para el acuerdo y la coordinación de políticas, planes y proyectos que hacen al interés de la Nación y de las provincias. Producto de su accionar es el Plan Federal de Salud en el que se plantean los principales problemas detectados y se formulan los lineamientos de acción consensuados,	Existe un fuerte centralismo de origen que mantiene tensiones no superadas entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos Provinciales. El COFESA es el ámbito de tratamiento de las tensiones institucionales entre las provincias y la Nación.
--	---	--

Estados Provinciales (Incluye Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

Por la Constitución Nacional tienen la responsabilidad primaria en materia de Salud.	El Sistema Público de Servicios de Salud está hoy prácticamente en manos de los Gobiernos Provinciales y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde la segunda mitad del siglo XX se inicia un proceso de descentralización inspirado en los principios de la centralización normativa y la descentralización ejecutiva propiciados por el Gobierno Nacional.	Contextos de notable heterogeneidad en la situación de salud y en las respuestas organizacionales de las provincias respecto a la atención y el cuidado de la salud y del ambiente,
--	--	---

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

SUBSECTOR PÚBLICO

Hospitales y demás efectores de orden nacional, provincial y municipal

Sistemas Públicos Provinciales

Está conformado por establecimientos de distintas complejidades, ordenados en general con criterios de regionalización, con una distribución territorial que brinda una cobertura extendida.

Los establecimientos "cabecera" están ubicados en las ciudades capitales de las provincias. En general son de alta complejidad y porte y sirven como referencia a hospitales zonales y rurales, y a Centros de Salud de Atención Primaria distribuidos en el territorio provincial.

La capacidad resolutive y la calidad de la atención varían según el desarrollo provincial en materia

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El Sistema de Salud está conformado por 4 regiones sanitarias.

	Norte	Sur	Este	Oeste
Hospital Alta Complejidad	1	1	1	1
Hospital Media Complejidad	2	2	2	2
Hospital Especializado	3	1	11	6
CESAC y CMB	10	27	23	17
Profesionales de cabecera	60	96	81	105

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

```
graph TD; A[SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)] --> B[SUBSECTOR DE LAS OBRAS SOCIALES]; B --> C["▪Obras sociales nacionales<br/>▪Obras sociales provinciales<br/>▪Programa de Atención Médica Integral (PAMI)"];
```

**SUBSECTOR DE
LAS OBRAS
SOCIALES**

- Obras sociales nacionales
- Obras sociales provinciales
- Programa de Atención Médica Integral (PAMI)

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

SUBSECTOR DE LAS OBRAS SOCIALES

Década de los `90 → **Decreto 9/93 “Libre elección de las obras sociales”**

Paso inicial para el abandono del esquema solidario que había predominado hasta entonces.

- ✓ Autorización para crear planes diferenciados dentro de las OS
- ✓ Creación del PMO que establecía prestaciones mínimas que aseguradoras deben brindar

**Acentúan la
fragmentación e inequidad**

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

Se distinguen 2 grupos:

- ✓ Profesionales independientes
- ✓ Empresas de medicina prepaga
 - sociedades comerciales de cualquier naturaleza
 - sociedades cooperativas y mutuales
 - hospitales privados
 - fundaciones
 - asociaciones y colegios de profesionales
 - OS que ofrecen planes a adherentes voluntarios
 - comerciantes matriculados

SUBSECTOR PRIVADO

Brindar servicios de prestaciones de salud o establecer las condiciones en que se prestarán los servicios conforme a un **Plan aprobado**, asumiendo el riesgo económico y la **obligación asistencial** como contrapartida de un **pago periódico** de monto determinado **a cargo del beneficiario**, durante el período de tiempo establecido en el contrato.

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

COBERTURA DE SALUD POR SUBSECTOR (2001)

	En millones de personas	en % del total
Obras Sociales Nacionales Son el grupo de aproximadamente 300 instituciones definidas por actividad productiva.	13.7	38%
Obras Sociales Provinciales Brindan cobertura de salud a los empleados de las administraciones públicas provinciales, y cubren entre un 8 y 40% de la población total de su jurisdicción. Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de los empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador.	5.0	14%
PAMI	3.2	9%
Prepagas	1.8	5%
Cobertura pública teórica	12.2	34%
Total de Beneficiarios	36.0	100%

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

En resumen:

	Subsector PÚBLICO	Subsector OBRAS SOCIALES	Subsector PRIVADO
Financiamiento	Sistema impositivo	Aporte obligatorio del empleado y el empleador	Aporte voluntario del afiliado
Población beneficiaria	Toda la población	Empleado en relación de dependencia y familiares directos	Afiliado
Regulación	Ministerio de Salud	Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)	Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)
Instalaciones	Propias	Propias y por contrato de los servicios a los proveedores privados	Propias

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

Se caracteriza por:

- ✓ Multiplicidad de jurisdicciones
- ✓ Superposición de prestaciones
- ✓ Sub y sobre utilización de recursos
- ✓ Estratificación en el acceso a los servicios y dificultades para definir prioridades

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

- ✓ El Estado no siempre se ocupó de la SALUD
- ✓ Sus políticas respecto a la misma fue variando a través de los años



Evolución histórica del sistema

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

1) Desde 1850 hasta 1945

(Estado liberal tradicional)

2) Desde 1946 a 1955

(Estado social, de compromiso, de Bienestar /peronismo)

3) Desde 1955 a 1976

(Desarrollismo)

4) Desde 1976 - 2003

(Conformación del Estado neoliberal que se consolida en los '90)

5) Desde 2003 a la actualidad (vaivenes entre estructuras neoliberales y propuestas intervencionistas)

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

1) Desde 1850 hasta 1945 (Estado liberal tradicional)

- ✓ **La salud era considerado un problema individual, del sector privado.**
- ✓ El Estado no intervenía en forma directa; se encargaba de cuidar la higiene pública, controlar epidemias y vigilar la sanidad de fronteras a la vez que se ocupaba de la asistencia frente a contingencias no previstas.
- ✓ Medicina privada destinada a sectores con capacidad de pago
- ✓ Organizaciones de base solidaria
 - Sociedad de damas de beneficencia
 - Servicios mutuales de origen migratorio (Asociaciones de colectividades y socorros mutuos)

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

2) Estado social (1945-1955)

- ✓ **La Salud como Derecho Humano; responsabilidad del Estado**
- ✓ Ministerio de Salud Pública en 1949
- ✓ Surgimiento de las Obras Sociales
- ✓ Gran capacidad asistencial instalada durante el gobierno peronista, que hizo de la atención médica uno de sus principales instrumentos de legitimación, estableciendolo como un comportamiento colectivo al que no era posible renunciar.

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

3) Desarrollismo (1955 a 1976)

- ✓ No se registraron discontinuidades significativas
- ✓ El Estado como subsidiario
- ✓ Ley 18610 –Recursos de las Obras Sociales. Obligatoriedad de afiliación.
- ✓ Ley 19032 –Creación del PAMI
- ✓ Descentralización (Nación → Provincias)
- ✓ En 1974 se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el propósito de crear un sistema único de salud con eje en el Estado (la idea se desvanece rápidamente).

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

4) Conformación del Estado neoliberal (desde 1976)

- ✓ Descentralización sin compensación presupuestaria (sigue el paso de efectores públicos a provincias y municipios sin presupuesto)
- ✓ Desregulación (permite el traspaso entre obras sociales lo que lleva a la concentración en las OS más importantes)
- ✓ Privatización
- ✓ Desfinanciamiento (crisis económicas recurrentes + mercado laboral precarizado, que no realiza aportes, llevan al desfinanciamiento del sistema)

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

5) Del neoliberalismo al neointervencionismo y viceversa...

Desde 2003 nuestro país oscila entre la herencia neoliberal de los 90 y políticas que intentan poner al Estado en el centro de la escena. En materia de salud se implementaron diferentes decisiones:

- # La coalición política triunfante en 2015 propugnó la disminución de las responsabilidades estatales en materia de salud, transformando el Ministerio de Salud en Secretaría (reduciendo su autonomía en la gestión y disminuyendo su presupuesto).

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

5) Del neoliberalismo al neointervencionismo y viceversa...

En 2020, en medio de una crisis económica y social, se tuvieron que activar los mecanismos institucionales y presupuestarios para enfrentar la segunda pandemia del siglo XXI. Salud como tópico central, ASPO (medida sanitaria necesaria con consecuencias socioeconómicas). El Sistema de Salud fue desafiado por la creciente demanda de atención médica de pacientes con COVID-19, suba de la mortalidad directa e indirecta (dificultad en el acceso a la atención de otras patologías), falta de infraestructura, recursos humanos (personal de la salud) sobredemandados.

Cambios en el SSA a lo largo de la historia

5) Del neoliberalismo al neointervencionismo y viceversa...

La pandemia puso en evidencia:

- ✓ Niveles muy diferentes de cobertura para cada hogar, definidos por los niveles de ingresos, el lugar de residencia y la inserción laboral de sus miembros
- ✓ Necesidad de contar con un Ministerio de Salud (restituído en 2019) que ejerza rol de rectoría en la organización y coordinación de la salud en todo el país.
- ✓ Necesidad de elevar las partidas presupuestarias para garantizar infraestructura y formación de los recursos humanos necesarios.
- ✓ Necesidad de definir prioridades en la distribución de recursos escasos, reforzando políticas de promoción y prevención y fortaleciendo la APS.
- ✓ Necesidad de contar con un SS sólido, articulado y coordinado

Esta crisis resignificó la salud como un derecho que requiere inversiones (en efectores, tecnología y RRHH) y mantenimiento constante para garantizarse como tal. Y evidenció la necesidad de reformas que tiendan a la consolidación de un SS más equitativo y eficiente, con cobertura y acceso universales e igualitarios para todos los ciudadanos.

SISTEMA DE SALUD ARGENTINO (SSA)

Problemas:

- Cobertura desigual
- Indefinición del modelo prestacional
- Fragmentación e Ineficiencia en el uso de los recursos
- Escasos recursos asignados a la prevención
- Desigualdad en el acceso
- Morbilidad y mortalidad evitable
- Variabilidad en la calidad
- Falta de planificación de los recursos humanos
- Falta de regulación de tecnologías
- Inequidades entre jurisdicciones y a su interior
- Baja capacidad de rectoría
- Crisis del sector privado