

# Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino

Federico Tobar • Sofía Olaviaga • Romina Solano

El sistema de salud argentino detenta restricciones estructurales para producir y distribuir salud entre la población. En este documento se analizan tres tendencias históricas que obstaculizan el logro de respuestas adecuadas a las necesidades sanitarias de la población.

En primer lugar, la gran fragmentación institucional dificulta la visibilidad del principal responsable por la salud y genera una duplicación de esfuerzos y prestaciones.

En segundo lugar, y como consecuencia de esa fragmentación, tienden a acentuarse las inequidades en la cobertura y en la financiación de la salud. En promedio, el gasto per cápita de quienes cuentan con seguros de salud (obras sociales y/o empresas de medicina prepaga) duplica al de quienes solo pueden acceder a los servicios públicos. Además, al interior de ambos grupos también se registran fuertes brechas en la financiación. Esto resulta más grave aún para el sector público porque las diferencias en el gasto público per cápita entre las provincias son muy superiores a las que se registran entre las obras sociales y entre las prepagas.

A estos dos desafíos se agregan los cambios en el perfil epidemiológico de la población argentina. El análisis de su evolución muestra la creciente importancia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), asociadas a la vejez y hábitos de vida poco saludables, como principal causa de enfermedad y mortalidad en nuestro país. Las brechas en los resultados de salud se acentúan, entonces, como resultado de estos cambios epidemiológicos, de la fragmentación institucional y de las desigualdades que han sedimentando en el sistema de salud.

En este contexto de retos postergados y nuevos desafíos, la Argentina obtiene un bajo rendimiento de los recursos asignados al cuidado de la salud. Otros países que presentan similar ingreso per cápita e invierten un porcentaje menor de su ingreso nacional en este rubro obtienen, sin embargo, mejores resultados sanitarios.

Este documento identifica los principales dilemas que presenta el sistema sanitario actual y que deberá abordar el gobierno nacional. Para ello, describe brevemente la cobertura, organización y financiamiento del sistema, detalla la evolución del perfil epidemiológico de la población y expone algunos desafíos y alternativas centrales que plantea el sistema de salud actual, con el propósito de identificar las principales necesidades y problemas sanitarios.

## Introducción

La Argentina es un país peculiar en lo que respecta a su situación sanitaria. Por un lado, considerando los indicadores de estructura, el sistema de salud detenta recursos superiores al resto de la región. Por el otro, los resultados sanitarios evidencian ventajas sobre gran parte de los países latinoamericanos. Sin embargo, en términos de resultados sanitarios alcanzados, **nuestro país obtiene un bajo rendimiento de los recursos destinados al sector.**

Además, las enfermedades crónicas asociadas a la vejez y a los hábitos de vida poco saludables están ganando terreno como causa de enfermedad y mortalidad. **El país está cambiando su perfil epidemiológico y, aunque su sistema de salud supo resolver muchas contingencias sanitarias en el pasado (vinculadas fundamentalmente con enfermedades transmisibles), su estructura actual difícilmente pueda responder a los nuevos desafíos (vinculados mayormente a Enfermedades No Transmisibles -ENT-).**

En este contexto de postergados y nuevos desafíos, y reconociendo el rol rector que tiene el Ministerio de Salud de la Nación en el sistema sanitario argentino, **el presente documento busca identificar y exponer recomendaciones de política pública para los principales retos del sistema sanitario argentino.**

### **La salud en la Argentina: radiografía de un sistema fragmentado y complejo**

La Argentina cuenta con un sistema de salud complejo y fragmentado.

Con respecto a la **demanda**, y en un primer nivel de análisis, se puede distinguir a aquellos que solo acceden a los servicios públicos de quienes, además, tienen cobertura de seguros de salud: un tercio de la población (alrededor de 14,3 millones, o 36,1%) no cuenta con aseguramiento formal y accede solo a los servicios públicos mientras que casi dos tercios (unos 25,3 millones, ó 63,9%) tienen cobertura de seguro -se trate de obras

sociales nacionales, provinciales o de empresas de medicina prepaga- (Censo Nacional de Población y Vivienda 2010).

En cuanto a la **oferta**, el sistema está compuesto por tres subsistemas de cobertura que cuentan con fuentes diversas de financiamiento:

- **El subsistema público** se financia a través de los impuestos (o recursos del Tesoro) recaudados a nivel nacional, provincial y/o municipal.
- **Las obras sociales** reciben aportes y contribuciones salariales cuyo destino son los seguros sociales.
- **El subsistema privado** se financia con los gastos de las familias (también denominados gastos de bolsillo), que incluyen tanto a los consumos programados (pagos por las primas o mensualidades de las empresas de medicina prepaga) como a los esporádicos (también denominados desembolsos directos).

Según los últimos datos disponibles, correspondientes a 2010, el gasto total en salud ascendió a \$132 mil millones aproximadamente: un **36,5%** corresponde al gasto de obras sociales (\$48.314 millones); le sigue de cerca el gasto de las familias con un **36,1%** (\$47.450 millones) que, a su vez, puede desagregarse en afiliaciones a empresas de medicina prepaga (5,6% ó 7.449 millones) y desembolso directo (30,5% o \$40.301 millones); y, en último lugar, se encuentra el gasto público que reúne el **27,3%** del total (\$36.140 millones) y se compone, principalmente, por el gasto que realizan las provincias.

A diferencia de lo que sucede en los demás países de la región, el gasto en salud del Estado nacional tiene una participación minoritaria (aproximadamente un 8% del gasto total en salud del país).

### **Flujos financieros dentro del sistema argentino de salud**

Constituye un error frecuente considerar que el gasto público se destina exclusivamente a la financiación de la atención médica de las personas sin cobertura de seguros de salud.

Esto se relaciona, en gran parte, con el hecho de que **no todo el gasto público en salud es asistencial**. Por el contrario, una parte de él se destina a programas de promoción y otra a acciones de regulación e investigación que deberían ser considerados como bienes públicos (ya que no hay posibilidad de exclusión en su distribución y consumo) o bienes sociales, debido a las externalidades positivas que generan. Como ejemplo de estos últimos vale destacar el Programa Ampliado de Inmunizaciones que, aun cuando no alcanzara la cobertura universal, beneficia al conjunto de la población, ya que la vacunación de unos reduce el riesgo de contraer enfermedades también para los que no fueron vacunados.

No obstante, como se observa en el **Diagrama 1**, la mayor parte del gasto público en salud se destina a la atención médica: mientras que las acciones de salud colectiva (prevención y regulación) representan un gasto público per cápita mensual del orden de los \$15,6, la atención alcanza los \$167.

Además, dentro de ese gasto asistencial una parte es dirigida a quienes tienen cobertura de seguros: **un 30% de las prestaciones que proveen los servicios públicos son recibidas por personas que tienen cobertura de seguros de salud**. Esto representa unos \$8.6 mil millones al año, lo que equivale a un subsidio cruzado desde el sector público a los seguros de salud (obras sociales y prepagas) del orden de los \$28,3 por beneficiario al mes. Por este motivo, el gasto asistencial neto del sector público en la población sin cobertura de seguros asciende a \$117 por mes.

El sector de **obras sociales** reúne a un grupo muy heterogéneo de instituciones, entre las que se distinguen: la obra social de los jubilados (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocida como PAMI), que es la que detenta la mayor cápita de ingresos (\$233 por afiliado al mes); las obras sociales nacionales, que en promedio tienen una cápita de ingresos del orden de \$159 (aunque, como se trata de casi 300 entidades muy diferentes, este número varía entre \$118 y \$335); y, por último, las obras sociales provin-

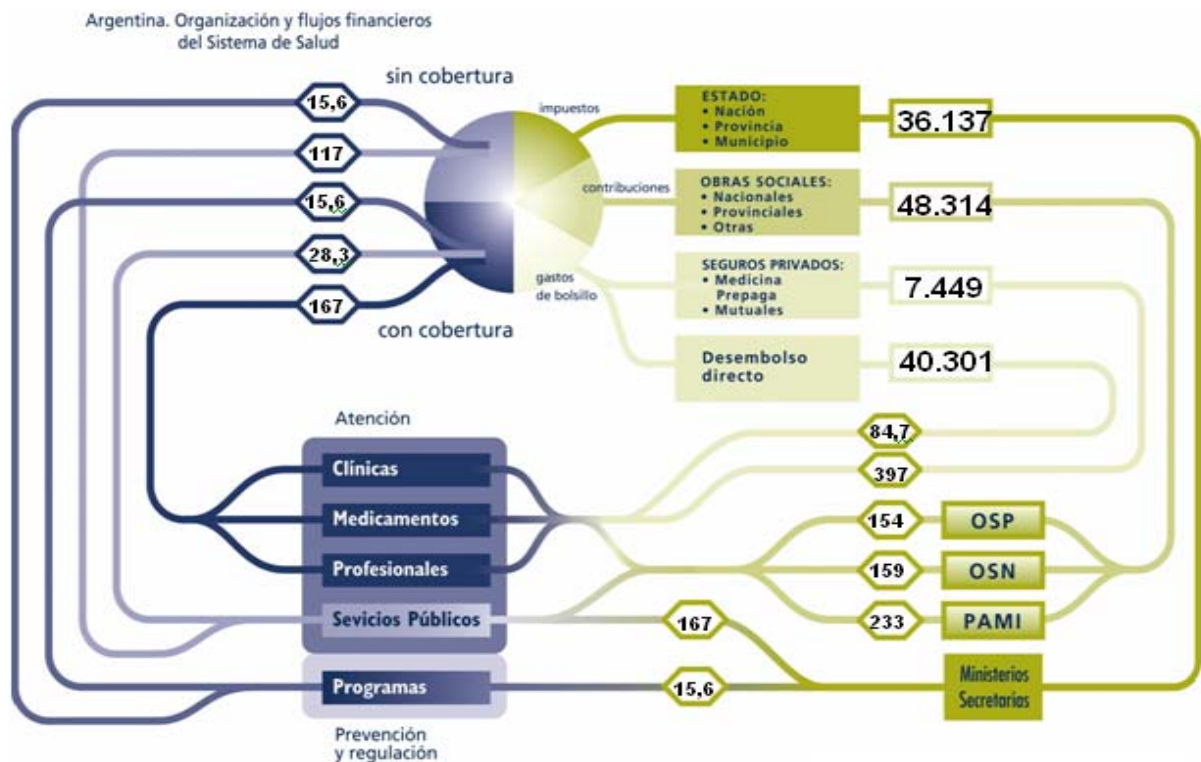
ciales (hay 24 en todo el país) con un ingreso promedio de \$154 por afiliado al mes.

El ingreso medio de las obras sociales nacionales es superior al mencionado, pero **la tendencia más significativa durante la última década en lo que respecta al aseguramiento fue el “descreme” de las obras sociales**. En efecto, según se registra en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010, un total de 4,2 millones (el 10,6% de la población) recibe a la cobertura de empresas de medicina prepaga a través de obras sociales. En otras palabras, la población asalariada de mayores ingresos busca acceder a la cobertura de empresas privadas de aseguramiento en salud aprovechando sus aportes y contribuciones para substituir y/o complementar el pago de primas mensuales. Esto se ha hecho posible porque muchas obras sociales asumieron contratos con empresas de medicina prepaga a quienes les transfieren la responsabilidad por la prestación de servicios.

El subsector de **empresas de medicina prepaga**, por su parte, registra una cápita de ingresos del orden de los \$397 por mes. Sin embargo, también este promedio esconde grandes variaciones entre la gran diversidad de instituciones que componen el subsector. Además, al igual que en el caso de los beneficiarios de las obras sociales, estas empresas perciben un subsidio indirecto desde los servicios públicos de salud cada vez que uno de sus afiliados recibe atención en un servicio público. En el caso de las obras sociales, una parte de ese gasto se puede recuperar mediante el **registro de hospitales de gestión descentralizada**. Pero los pacientes con cobertura de empresas de medicina prepaga no son identificados por el sistema de facturación de los hospitales y, por lo tanto, su atención no genera débitos a sus respectivas aseguradoras.

El **Diagrama 1** presenta todos los flujos financieros que integran el sistema de salud argentino y permite visualizar su complejidad y fragmentación tanto en la cobertura como en la financiación de la atención de la salud. Entre las diferentes alternativas de cobertura, si se comparan las situaciones extremas, **el gasto**

**Diagrama 1. Organización y flujos financieros del sistema de salud**



Fuente: Tobar, F: "Radiografía del sistema de salud argentino. 2010", Consultor de salud Nro. 519, noviembre de 2011, páginas 1 y 2.

**total en salud para aquellos que cuentan con aseguramiento privado duplica al de los que sólo acceden a servicios públicos.**

Allí se observa que quienes contratan cobertura de prepagas gastan un promedio de \$397 y se ven favorecidos por subsidios públicos del orden de los \$43,9 (\$15,6 en acciones de salud colectiva y \$28,3 como subsidio cruzado por la utilización de servicios médicos estatales). Esto significa un gasto medio mensual per cápita de \$440,9 (cerca de U\$S 100 al mes). En el otro extremo, quienes sólo acceden a los servicios públicos reciben bienes y servicios estatales por el equivalente a \$132,6 a los que se suma un desembolso promedio de \$84,7, totalizando \$217,3.

### La salud de TODOS los argentinos: geografías de un país desigual

#### Esperanza de vida al nacer (EVN)

La Argentina presenta para 2009 -últimos datos disponibles- una esperanza de vida al nacer (EVN) de 75,4, siendo de 78,7 en

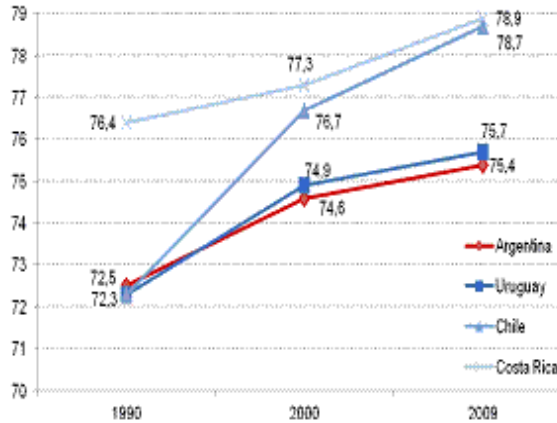
mujeres y de 72,0 para varones. Si bien el país registra una evolución positiva en este indicador epidemiológico, en las últimas dos décadas la comparación con otros países de la región con ingreso per cápita similar evidencia un ritmo de crecimiento menor y la pérdida de liderazgo sanitario (**Gráfico 1**). Esto es aún más preocupante si se considera que el país realiza una inversión en salud mayor a la de Costa Rica o Uruguay<sup>1</sup>.

Además, la comparación provincial de la EVN sintetiza una tendencia que se reitera en gran parte de los resultados de salud que se analizarán a continuación y que constituye una clave para comprender el perfil epidemiológico argentino: la existencia de profundas brechas entre regiones y grupos poblacionales. Por ejemplo, existe una diferencia de casi seis años entre las provincias

<sup>1</sup> Según la base de datos del Banco Mundial. Para la variable "Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)", en 2009 el gasto promedio en Argentina fue de US\$ 730 por persona, en Costa Rica de US\$ 668 y en Uruguay de US\$ 698. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>. Visitado el 13/12/2011.

con menor y mayor EVN. Mientras que Chaco posee una EVN de 69,97 años, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires alcanza los 75,91 (Ministerio de Salud de la Nación, 2010a).

**Gráfico 1 Evolución de la esperanza de vida al nacer (EVN), en años. Selección de países, 1990-2009**

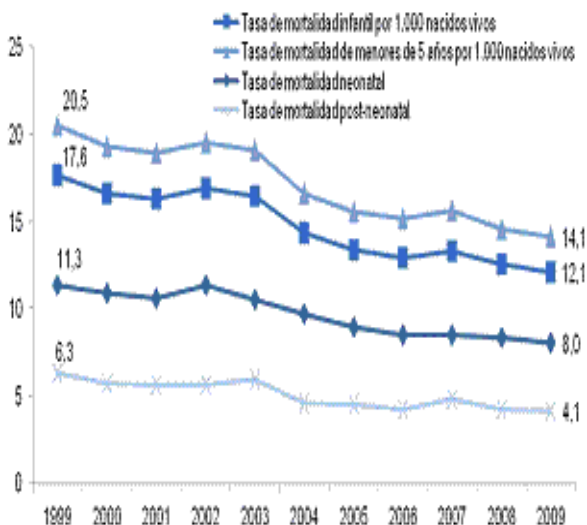


Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de los últimos datos publicados en Organización Mundial de la Salud (2011).

**Salud materno-infantil**

En este aspecto, la evolución argentina es alentadora. 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 (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Tasa de mortalidad neonatal, posneonatal, infantil y de menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos. Total país, 1999-2009**



Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos publicados en Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2010).

La disminución de la TMI respondió en mayor medida al descenso en términos absolutos de su componente neonatal que al componente posneonatal. Sin embargo, aún queda margen de acción en ambos componentes ya que, para 2009 –últimos datos disponibles-, el 55% de las defunciones neonatales y 52% de las post-neonatales fueron consideradas reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno (DEIS, 2010).

No obstante, la comparación internacional en lo que a este indicador epidemiológico respecta tampoco resulta alentadora (Cuadro 1). 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.

**Cuadro 1. Tasa de mortalidad infantil (TMI) y en menores de cinco años (TMM5) por mil nacidos vivos, 2009; y variación porcentual, 1990-2009. Selección de países**

País	TMI		TMM5	
	TMI 2009	Variación % 1990-2009	TMM5 2009	Variación % 1990-2009
España	3	57%	4	50%
Chile	7	56%	8	58%
Costa Rica	9	36%	10	38%
Uruguay	10	52%	12	48%
Argentina	12	43%	14	44%
Brasil	16	60%	19	62%

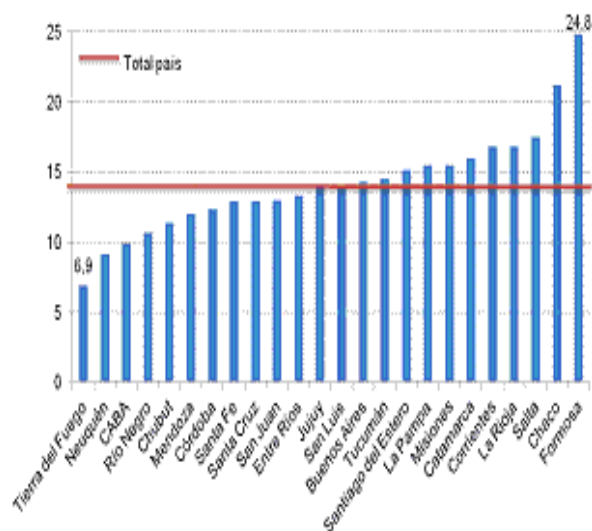
Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos publicados en Organización Mundial de la Salud (2011).

Al igual que con la EVN, cuando se analizan las diferencias entre provincias se verifican brechas inmensas. Mientras que Tierra del Fuego, Neuquén y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registran TMI menores a 8 por mil nacidos vivos (Gráfico 3)



y TMM5 menores a 10 por mil nacidos vivos, las provincias de Formosa, Chaco y Corrientes superan la tasa de 15 para ambos indicadores. (DEIS, 2010).

**Gráfico 3. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por mil nacidos vivos. 24 jurisdicciones y total país, 2009**



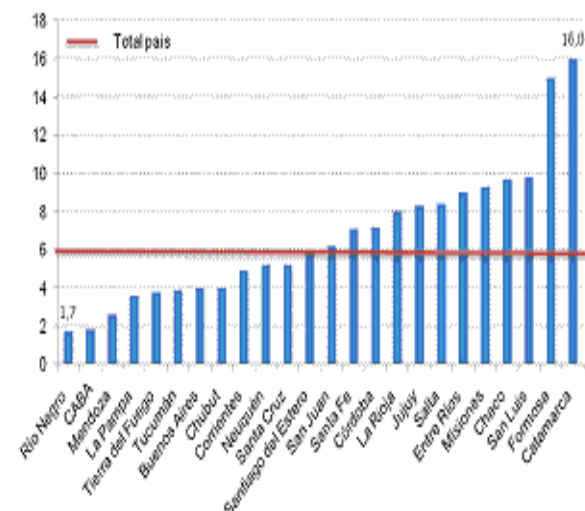
Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos publicados en Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2010).

Dicho de otra manera, **por cada 10 niños menores de un año que fallecen en Tierra del Fuego, mueren 45 en Formosa; y por cada 10 menores de 5 años que perecen en Tierra del Fuego, fallecen 36 en Formosa.**

En contraste, **en términos de mortalidad materna no se ha obtenido ninguna mejora durante la última década, y hasta se registra un significativo incremento para el año 2009<sup>2</sup>.**

Nuevamente, la comparación entre provincias muestra distancias regionales inaceptables, como el caso de Catamarca, que detenta una tasa de mortalidad materna ocho veces mayor a la de Río Negro o la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (**Gráfico 4**).

**Gráfico 4. Tasa de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos. 24 jurisdicciones y total país, 2009**



Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos publicados en Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2010).

Las regiones más empobrecidas -que presentan menor acceso a una atención médica de calidad, a una nutrición saludable y a métodos seguros de regulación de la fecundidad- poseen mayores niveles de mortalidad materna.

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).

En otros términos, las muertes maternas en el país aumentaron: ocho de cada 10 se deben a incapacidad de las políticas y del sistema de salud mientras que el resto son por abortos.

En conclusión, las conquistas del país en salud materno infantil están por debajo de sus posibilidades -en términos de infraestructura, recursos humanos y financieros disponibles- y de su nivel de desarrollo económico. Tampoco se ha avanzado en la reducción de las desigualdades. Por eso, el mayor desafío para reducir las significativas brechas actuales consiste en fortalecer la respuesta en las regiones más rezagadas.

<sup>2</sup> Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos publicados en Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2010).

## ¿De qué se enferman y mueren los argentinos?

La evolución de la mortalidad en la Argentina muestra una tendencia estable para las últimas dos décadas que alcanza una tasa bruta total de 7,6 en 2009, siendo de 8,1 para varones y de 7,0 para mujeres (DEIS, 2010).

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

- **Enfermedades No Transmisibles (ENT).** En 2009, las dos primeras causas de mortalidad fueron las enfermedades cardiovasculares y los tumores, tanto para varones como para mujeres (DEIS, 2010). 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 (**Cuadro 2**).
- **Enfermedades Transmisibles.** Continúan siendo relevantes, aunque con menor peso.

**Cuadro 2. Primeras cinco causas de muerte, según grupos de edad. Total país, 2009**

Grupos de edad								
5 a	15 a	25 a	35 a	45 a	55 a	65 a	75 y	
14	24	34	44	54	64	74	más	
C.E.	C.E.	C.E.	C.E.	T.	T.	C.	C.	
T.	T.	T.	T.	C.	C.	T.	R.	
D.C.	R.	R.	C.	C.E.	R.	R.	T.	
R.	D.C.	C.	R.	R.	C.E.	I.	I.	
M.C.	C.	I.	I.	I.	D.C.	D.C.	D.C.	

Referencias: C.: Cardiovasculares; C.E.: Causas externas; D.C.: Demás causas; I.: Infecciosas; M.C.: Malformaciones congénitas; R.: Respiratorias; T.: Tumores.

Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos publicados en Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2010).

La **comparación por género** del peso porcentual de cada causa presenta diferencias relevantes. Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte entre varones de 15 a 64 años. Para las mujeres, los tumores ocupan el primer lugar. Otra diferencia significativa es la proporción de muertes masculinas por causas externas (accidentes y violencia), que supera ampliamente a la proporción femenina.

También existen divergencias en la prevalencia de las causas de muerte entre los diferentes **grupos de ingresos**. Como forma de aproximación, y para relacionar ambas variables (pobreza y mortalidad por causa), se conformaron estratos de pobreza a partir de cuartiles que agrupan provincias según el porcentaje de hogares con pobreza convergente. Este porcentaje se calcula mediante el Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH), elaborado por el INDEC a partir de datos relevados en el Censo 2001. De esta manera, y siendo el estrato I el de menor privación y el estrato IV el de mayor, las provincias quedaron distribuidas en<sup>3</sup>:

**Estrato I:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa, Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

**Estrato II:** Buenos Aires, Santa Fe, San Luis, Mendoza, Río Negro y Chubut.

**Estrato III:** Entre Ríos, San Juan, Catamarca, La Rioja, Tucumán y Jujuy.

**Estrato IV:** Misiones, Corrientes, Formosa, Chaco, Santiago del Estero y Salta.

Al analizar el peso relativo de las diferentes causas de mortalidad y su distribución para cada estrato, se observa que en los **estratos de menor privación** (estratos I y II) prevalecen las muertes por enfermedades cardiovasculares, los tumores y los padecimientos respiratorios. Estas causas explican casi el 80% de las muertes entre las provincias más ricas (estrato I).

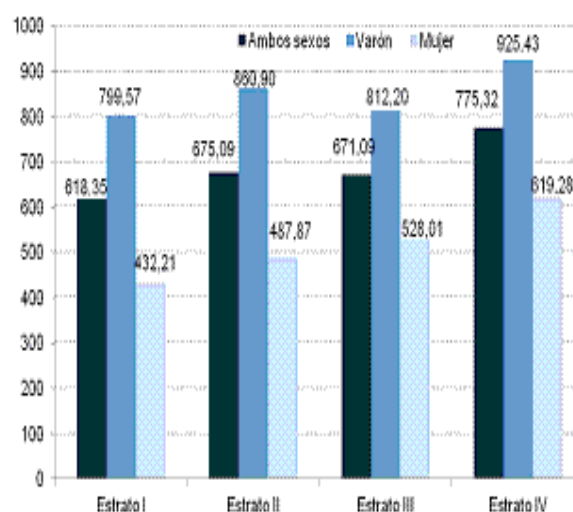
<sup>3</sup> Esta metodología fue adaptada en Abriata y Barbieri (2010).

En los estratos de mayor privación también priman las enfermedades cardiovasculares y los tumores pero con un peso relativo menor. Ello se debe a que en estas poblaciones todavía persiste un porcentaje significativo de muertes por enfermedades infecciosas y por lesiones. Además, en estos estratos se observa una mayor proporción de muertes por causas mal definidas.

El análisis de los años potenciales de vida perdidos (APVP) es otra forma de evaluar el impacto de la mortalidad. Para 2008, la Argentina registró un índice APVP cada 10.000 habitantes de 685,34 años. Este indicador es ampliamente mayor en varones que en mujeres (Ministerio de Salud de la Nación, 2010a). Los accidentes y otras causas de muerte violenta encabezan los motivos de fallecimiento prematuro entre los varones. A las mujeres las afectan, principalmente, los tumores.

También es interesante analizar la distribución de APVP por ingresos. El Gráfico 5 muestra que a medida que la pobreza se incrementa la cantidad de APVP aumenta. Esto confirma la asociación entre ingresos y acceso a la salud y calidad de vida.

**Gráfico 5. Años potenciales de vida perdidos (0-70 años) cada 10.000 habitantes, según sexo y estrato de pobreza. Total país, 2008**



Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos publicados en Ministerio de Salud de la Nación (2010a).

Al avanzar en el análisis de APVP por causa de mortalidad se observa que los estratos de menor privación cuentan con mayor APVP por enfermedades cardiovasculares y tumores mientras que estos motivos disminuyen en los estratos con mayor privación. Estos estratos presentan, a su vez, mayor cantidad de APVP por enfermedades infecciosas derivadas de un perfil epidemiológico menos desarrollado. Por último, vale la pena destacar que los APVP por accidentes y muertes violentas no muestran mayores diferencias por nivel de pobreza sino que, en este caso, el corte está signado por el género: los hombres superan ampliamente a las mujeres en todos los estratos (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

### La evolución de los factores de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles (ENT)

Los resultados sobre mortalidad y morbilidad analizados previamente evidencian que la salud de los argentinos se ve particularmente afectada por las ENT, en especial, por enfermedades cardiovasculares y tumores. Este fenómeno se está instalando mundialmente, excepto en aquellos lugares en los que la pobreza extrema y las desfavorables condiciones de vida hacen que las enfermedades transmisibles ocupen aún un lugar significativo.

Las ENT se producen a partir de factores de riesgo comunes y modificables, relacionados con los hábitos y el estilo de vida de las personas. El Ministerio de Salud de la Nación dispone, desde 2005, de un sistema de vigilancia epidemiológica -basado en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)- que releva indicadores vinculados con las ENT. La encuesta se realizó por primera vez en 2005 y cuenta con una segunda medición de 2009 que permite analizar tendencias y medir el impacto de las políticas públicas implementadas en estas áreas. El Cuadro 3 sintetiza los principales hallazgos de ambas encuestas.

La comparación muestra una reducción del consumo de tabaco, aunque leve (2,6



puntos porcentuales), y un significativo descenso de la exposición al humo de tabaco ajeno (11,6 puntos porcentuales). Cabe destacar que se identifica una asociación positiva entre el descenso de la exposición al humo de tabaco ajeno y las ciudades y provincias que cuentan con legislación de restricción al consumo en bares y restaurantes. Por ejemplo, en Tucumán y Neuquén la exposición declarada es de sólo un 20%, en Córdoba del 35% y en Santa Fe del 40%. En las provincias restantes, que no cuentan con legislación, el nivel de exposición al humo ajeno supera el 40% (Sánchez de León, 2011).

**Cuadro 3 Evolución de los principales indicadores sobre factores de riesgo. En porcentaje. Total país, 2005 y 2009**

Principales indicadores	2005 %	2009 %	Diferencia
Salud general mala o regular	19,90	19,20	-0,70
Actividad física baja	46,20	54,90	8,70
Consumo de tabaco	29,70	27,10	-2,60
Exposición al humo de tabaco ajeno	52,00	40,40	-11,60
Come diariamente frutas	36,30	35,70	-0,60
Come diariamente verduras	40,00	37,60	-2,40
Siempre utiliza sal	23,10	25,30	2,20
Sobrepeso	34,40	35,40	1,00
Obesidad	14,60	18,00	3,40
Control de presión arterial en últimos 2 años	78,70	81,40	2,70
Prevalencia de presión arterial elevada	34,50	34,80	0,30
Control de colesterol (alguna vez)	72,90	76,60	3,70
Colesterol elevado (entre los que se midieron)	27,90	29,10	1,20
Control glucemia	69,30	75,70	6,40
Diabetes (población total)	8,40	9,60	1,20
Realización de PAP en los últimos 2 años	51,60	60,50	8,90
Realización de mamografía	42,50	54,20	11,70

● Mejoría ● Retroceso

Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos publicados en Ministerio de Salud de la Nación (2010).

El **aumento** de los **controles de salud** en la población es un cambio positivo que se desprende de la comparación de ambas encuestas. En todos los indicadores se observó crecimiento: más personas se controlaron la presión (2,7%), el colesterol (3,7%), la glucemia (6,4%) y se realizaron exámenes de PAP (8,9%) y mamografía (11,7%).

Por el contrario, la **alimentación** muestra **resultados menos alentadores**: la ingesta de frutas y verduras se redujo levemente y aumentó la utilización de sal en las comidas. Además, se observó un incremento significativo de la baja actividad física que, para 2009, alcanzó al 54,9% de los encuestados. Estas tendencias son compatibles con un aumento de la obesidad y el sobrepeso, el colesterol elevado, la diabetes y la presión arterial.

## El desafío impostergable de enfrentar la inequidad

A partir de la caracterización de la organización del sistema sanitario argentino, y del análisis del perfil epidemiológico de la población se identifican a continuación una serie de problemáticas que requieren de la implementación de políticas públicas pertinentes.

### 1. Existe una subutilización de intervenciones de la salud costo efectivas<sup>4</sup> con gran impacto

El análisis de la evolución del perfil epidemiológico argentino muestra la creciente importancia de las ENT como principal causa de morbi-mortalidad. Este tipo de enfermedades se deriva de factores de riesgos comunes y modificables, que se relacionan con los hábitos y el estilo de vida de las personas. Ante estos hechos, la promoción y prevención de la salud debería convertirse en una pieza clave en la agenda del gobierno nacional. Sin embargo, en la actualidad, este tipo de intervenciones pierde en la puja de recursos que son destinados, en su mayoría, a la atención de la salud.

<sup>4</sup> Es decir, intervenciones en salud con un costo promedio relativamente bajo para el beneficio que generan.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se desarrollan programas e intervenciones de prevención y promoción como el Programa Nacional de Control de Tabaco, Argentina Saludable, Cuidarse es Salud, Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino y Municipios Saludables, entre otros. No obstante, **aún prima la mirada focalizada en lo curativo y los recursos de promoción y prevención que existen se orientan principalmente hacia la población materno-infantil y las enfermedades infecciosas** (Plan Nacer, Programa Materno Infantil, Plan Nacional de Chagas, TBC<sup>5</sup>, entre otros). Es síntesis, **se requiere profundizar las acciones orientadas al abordaje de las ENT, que son la principal causa de mortalidad del país.**

## 2. Existen respuestas desiguales frente a los mismos problemas de salud

Todos los habitantes del país cuentan con algún tipo de cobertura (pública, seguridad social y prepagas) frente a la mayor parte de los problemas de salud. Sin embargo, como consecuencia de la profunda fragmentación del sistema y de la variabilidad de la práctica clínica, **existen amplias brechas entre provincias y subsistemas, en términos de resultados de salud alcanzados y calidad de la atención.**

Estas diferencias se observan, por ejemplo, en el **acceso desigual a la detección precoz de patologías evitables mediante prevención secundaria**<sup>6</sup>, como el cáncer de cuello de útero. La tasa de mortalidad por este cáncer alcanza una distancia máxima de 4,6 veces entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (3,8%) y la provincia de Misiones (17,6%).

En este mismo sentido, un estudio que aborda la distribución del cáncer en las regiones argentinas concluye que las provincias del norte presentan tasas de mortalidad elevadas por tumores típicos de las poblaciones

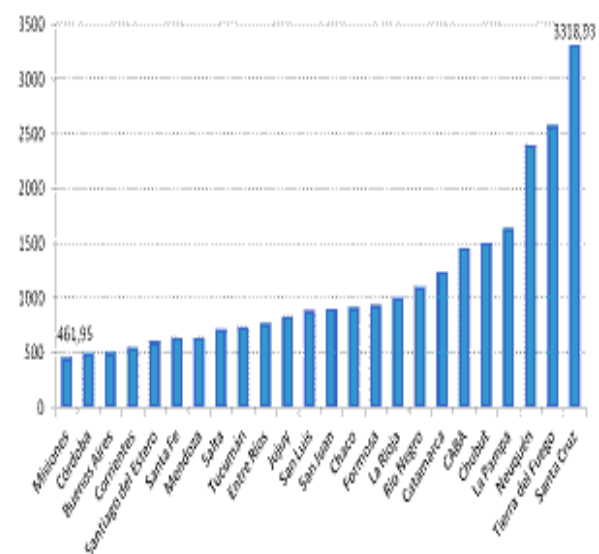
menos desarrolladas (cáncer de cuello de útero, de mama y colorectal), en cambio, las jurisdicciones más ricas lograron disminuir la mortalidad por tumores prevenibles (Kremer, 2007).

## 3. Se registran grandes inequidades en la financiación de la salud, entre subsistemas y regiones

A pesar de que la Argentina invierte, en promedio, cerca del 10% de su PBI en salud, la distribución al interior del país muestra una realidad bien heterogénea.

El **Gráfico 6** evidencia profundas distancias en el gasto público en salud per cápita entre provincias, alcanzando una brecha máxima de 7,2 veces entre Misiones y Santa Cruz.

**Gráfico 6 Gasto público provincial en salud per cápita (en pesos). 24 jurisdicciones, 2009**



Fuente: Elaborado por CIPPEC sobre la base de datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Ministerio de Economía de la Nación (2011).

Las brechas se explican, en gran medida, tanto por las significativas disparidades regionales en términos de generación de recursos como por la ausencia de mecanismos efectivos de compensación. Esta combinación genera escenarios de gran inequidad

<sup>5</sup> Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

<sup>6</sup> Intervención orientada a detectar y aplicar el tratamiento correspondiente a una enfermedad durante su primer período de desarrollo, con el fin de impedir o retrasar su evolución.

donde, por ejemplo, Santa Cruz (la provincia con mayor gasto per cápita en salud) realiza un esfuerzo presupuestario relativo menor en comparación con otras provincias como Buenos Aires, Corrientes, Santiago del Estero o Santa Fe que, a pesar de un mayor esfuerzo presupuestario, se ubican entre las de menor gasto per cápita.

Esta situación afecta directamente los resultados obtenidos por cada jurisdicción. Por ello **resulta prioritario fortalecer la respuesta sanitaria en aquellas regiones más rezagadas para comenzar a reducir las significativas brechas actuales.**

#### **4. Se observan grandes diferencias en la utilización de los bienes y servicios de salud**

Existen variaciones significativas en la utilización y el gasto en salud entre grupos de población. Esto se evidencia en el tipo de cobertura a la que acceden, las consultas y el peso del gasto de bolsillo, entre otros.

Por un lado, existe una utilización diferenciada de bienes y servicios de salud entre la población afiliada y la no afiliada. En este sentido, quienes cuentan con algún tipo de cobertura formal (obra social o prepaga) tienen mayor acceso, consultan más al médico y a otros especialistas, y se realizan más estudios y tratamientos. Es interesante destacar que la utilización de medicamentos es prácticamente igual entre ambos grupos y ello se debe, en gran medida, a las facilidades de acceso que el Programa Remediar brinda a la población sin cobertura formal de salud.

Tampoco se observan diferencias significativas en las internaciones (DEIS, 2005). Sin embargo, sí existen diferencias en el acceso a las consultas odontológicas y de salud mental: el quinto quintil duplica las visitas al primero y cuadruplica las consultas al segundo.

Por su parte, el análisis de la utilización de servicios de salud muestra los lugares en los que efectivamente se atiende la población -más allá de la cobertura explícita individual

que posean-, y evidencia la existencia de subsidios cruzados entre subsistemas de salud. Este dilema presente en el sistema sanitario argentino puede graficarse, por ejemplo, con el análisis del lugar de atención de partos y la cobertura de las pacientes: a pesar de que sólo el 33% de la población tiene cobertura pública, en 2009 los hospitales públicos atendieron el 44% del total de partos realizados, entre los que se encuentra un 20% de mujeres con cobertura formal (DEIS, 2010).

#### **5. Se enfrentan mayores desafíos en la construcción de respuestas a las Enfermedades No Transmisibles (ENT) que frente a aquellas enfermedades y episodios agudos**

Aun reconociendo las considerables brechas que existen al interior del país, **la Argentina presenta un perfil epidemiológico relativamente avanzado en el que las ENT tienen mayor incidencia que las enfermedades infecto-contagiosas.**

Entre las ENT es posible diferenciar dos grupos:

- Un **primer grupo**, compuesto por las principales causas de mortalidad del país, que requiere repuestas altamente costo efectivas que se pueden realizar desde el primer nivel de atención (diabetes, hipertensión, anemia y asma, entre otras). En esta dirección, el Ministerio de Salud de la Nación ha realizado ciertos avances a través de políticas e intervenciones que contribuyen a la identificación de la problemática. Ejemplo de ello es la ENFR y el desarrollo de programas e intervenciones específicos (Argentina Saludable, Cuidarse es Salud, Programa Nacional de Control de Tabaco, entre otros). Sin embargo, se requiere avanzar en respuestas más integrales para la atención y el tratamiento de este tipo de enfermedades.
- El **segundo grupo** se compone por las enfermedades catastróficas, que requieren intervenciones de alta complejidad y costo. Aunque estas enfermedades afectan sólo al 6% de la población argentina representan un desafío económico para el sistema en su con-

junto pues insumen gran parte de sus recursos y su cobertura aún es baja y heterogénea<sup>7</sup>.

## Conclusión

El análisis desarrollado pone de manifiesto el rol central que ocupan las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en el perfil epidemiológico argentino actual como principal causa de morbi-mortalidad.

El Gobierno ha desarrollado respuestas incipientes frente a esta problemática. Sin embargo, y teniendo en cuenta la importancia creciente que estas enfermedades tienen sobre la salud de todos los argentinos, CIPPEC considera que estas líneas de acción deben ser reforzadas y profundizadas.

Asimismo, las secciones anteriores ponen de manifiesto que el sistema sanitario

argentino se encuentra atravesado por profundas brechas entre regiones y grupos poblacionales, que no lograron superarse ni reducirse sustancialmente en los últimos años.

El sistema de salud argentino se encuentra entonces frente a un **doble desafío**. Por un lado, ante un reto novedoso producto de la transformación de su perfil epidemiológico: **enfrentar a las ENT**. Por el otro, frente a uno conocido y varias veces postergado: **resolver las inequidades que atraviesan y caracterizan al sistema**.

En este contexto, y más allá del rol importante rol que los gobiernos provinciales y municipales deberán asumir, **resulta fundamental la presencia, compromiso y rectoría del gobierno nacional para enfrentarlos**.

---

<sup>7</sup> Su cobertura no fue definida con precisión dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO) que establece las prestaciones que deben cubrir las obras sociales nacionales (OSN) y las prepagas. Además, la Administración de Programas Especiales (APE), creada para compensar a las obras sociales en sus gastos catastróficos, destina menos de la mitad de sus recursos a esta función. Por su parte, los Ministerios provinciales responden en forma desarticulada y aislada a las demandas de los pacientes catastróficos.

## Bibliografía

Abriata, Graciela y Barbieri, Marcelo: *Análisis de Situación de Salud. Bases para el Plan Federal de Salud 2010-2016*, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2010.

Borrueal, Miguel Alberto, et. ál.: *Estudio de carga de enfermedad. Argentina. Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados de Salud Pública (FESP)*, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2010.

Centro de Estudios de Opinión Pública (CEDOP): *Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud*, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2005.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS): *Encuesta de utilización y gasto en servicios de salud*, 2005. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2005.

Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS): "Estadísticas Vitales - 2009", *Serie 5 - Número 53*, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2010.

Kremer, Pedro: "¿Cáncer de ricos y cáncer de pobres? La distribución del cáncer en las regiones argentinas", en *Documento de Política Pública N° 33*, CIPPEC, Argentina, 2007.

Lifschitz, Esteban y Berratarrechea, Andrea: *Programa Nacional de Salud del Hombre en Argentina*, Mimeo, Argentina, 2011.

Maceira, Daniel: "Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina.", en *Documento de Trabajo N°23*, CIPPEC, Argentina, 2009.

Ministerio de Salud de la Nación: *Anuario 2006 de Información Perinatal*, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2006.

Ministerio de Salud de la Nación: *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2006.

Ministerio de Salud de la Nación: *Indicadores Básicos. Argentina 2010*, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2006.

Ministerio de Salud de la Nación: *Plan Federal de Salud 2010-2016*, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2010.

Ministerio de Salud de la Nación: *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2010.

Ministerio de Salud de la Nación: *Plan Federal de Salud 2011 - 2016*, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2010.

Nikolic, Irina A.; Stanciole, Anderson E. y Zaydman, Mikhail: *Chronic Emergency: Why NCDs Matter*, International Bank for Reconstruction and Development and World Bank, Estados Unidos, 2011.

Tobar, Federico: "Universalismo Básico en salud", en el libro: *UNIVERSALISMO BÁSICO: Una alternativa posible para la Construcción del Estado de Bienestar Latinoamericano*. INDES, Washington, 2006.

Tobar, Federico: "Radiografía del sistema de salud argentino" en *Consultor de salud* Nro. 519, Argentina, noviembre de 2010.

Tobar, Federico y Lifschitz, Esteban: *Propuesta de plan estratégico de mediano y largo plazo para construir un modelo argentino de salud: pes 2027*, Fundación Sanatorio Güemes, Argentina, 2011.

Tobar, Federico y Olaviaga, Sofía: "Memo Salud", en *Agenda presidencial*, CIPPEC, Argentina, versión revisada octubre 2011.



## **Acerca de los autores**

**Federico Tobar:** investigador principal del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciado en Sociología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Profesor de Sociología, UBA. Magíster en Administración Pública, Fundação Getúlio Vargas (Brasil). Doctor en Ciencia Política, Universidad del Salvador. Es autor de catorce libros y ha publicado más de cien artículos científicos en revistas especializadas y periódicos de divulgación. En la gestión pública, fue jefe de gabinete de Ministerio de Salud (2002/2003) desde donde formuló e implementó el programa REMEDIAR.

**Sofía Olaviaga:** coordinadora del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciada en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Candidata a Magíster en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO), tesis en curso. Coordinó varios proyectos de investigación y asistencia técnica en temas de políticas de salud y políticas sociales. Es autora de varios artículos y documentos en esa materia.

**Romina Solano:** analista del Programa de Salud. Licenciada en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Candidata a Magíster en Administración y Políticas Públicas, Universidad de San Andrés.

**Si desea citar este documento:** Tobar, Federico; Olaviaga, Sofía y Solano, Romina; “Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino”, *Documento de Políticas Públicas/Análisis N°99*, CIPPEC, Buenos Aires, diciembre de 2011.

Las publicaciones de CIPPEC son gratuitas y están disponibles en [www.cippec.org](http://www.cippec.org). CIPPEC alienta el uso y divulgación de sus producciones sin fines comerciales.

***Este trabajo se realizó gracias al apoyo brindado por el Banco Interamericano de Desarrollo.***

***La opinión de los autores no refleja necesariamente la posición de todos los miembros de CIPPEC ni del BID en el tema analizado.***





## Documentos de Políticas Públicas | Análisis

---

Con los **Documentos de Análisis de Políticas Públicas**, CIPPEC acerca a funcionarios, legisladores, periodistas, miembros de organizaciones de la sociedad civil y a la ciudadanía en general un análisis que sintetiza los principales diagnósticos y tomas de posición pública sobre un problema o una situación que afecta al país.

Estos documentos buscan mejorar el proceso de toma de decisiones en aquellos temas que ya forman parte de la agenda pública o bien lograr que problemas hasta el momento dejados de lado sean visibilizados y considerados por los tomadores de decisiones.

Por medio de sus publicaciones, **CIPPEC** aspira a enriquecer el debate público en la Argentina con el objetivo de mejorar el diseño, la implementación y el impacto de las políticas públicas, promover el diálogo democrático y fortalecer las instituciones.

**CIPPEC** (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, e Instituciones y Gestión Pública**, a través de los programas de Educación, Salud, Protección Social, Política Fiscal, Integración Global, Justicia, Transparencia, Desarrollo Local, y Política y Gestión de Gobierno.

