



Fundación  Sanatorio Güemes

*Propuesta de Plan Estratégico de
mediano y largo plazo para construir un*

MODELO ARGENTINO DE SALUD

PES 2027

FEDERICO TOBAR Y ESTEBAN LIFSCHITZ

Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud.
Facultad de Medicina, UBA - Fundación Sanatorio Güemes.
Eje Teoría de la Salud Pública.



*Propuesta de Plan Estratégico de
mediano y largo plazo para construir un*

MODELO ARGENTINO DE SALUD

PES 2027

FEDERICO TOBAR Y ESTEBAN LIFSCHITZ

Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud.

Facultad de Medicina, UBA - Fundación Sanatorio Güemes.

Eje Teoría de la Salud Pública

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes



**Maestría en Administración de
Sistemas y Servicios de Salud (Res. N° 1248)**
Facultad de Medicina | Universidad de Buenos Aires

Director:
Dr. Mario Iván Lugones

Subdirector:
Cr. Jorge Gutsztat

Tobar, Federico y Lifschitz, Esteban.

Propuesta de plan estratégico de mediano y largo plazo para construir un modelo argentino de salud : pes 2027 / Federico Tobar y Esteban Lifschitz. - 1a ed. - Buenos Aires : Fundación Sanatorio Güemes, 2011.

132 p. ; 23x16 cm.

ISBN 978-987-24399-4-1

1. Salud. I. Lifschitz, Esteban II. Título.
CDD 613

Impreso en la Argentina

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia u otros medios sin el permiso previo del editor.

ÍNDICE

*Pág.***Autores**

Federico Tobar

Esteban Ignacio Lifschitz

9 y 11

Prólogo

13

Créditos

15

Resumen Ejecutivo

17

PES 2027

31

FEDERICO TOBAR

Doctor en Ciencia Política (Universidad del Salvador). Máster en Administración Pública (Fundação Getúlio Vargas- Brasil). Licenciado en Sociología (Universidad de Buenos Aires). Profesor de Sociología (Universidad de Buenos Aires).

Es autor de catorce libros: *Qué aprendimos de las reformas de Salud* (2010), *Cómo sobrevivir a una tesis en salud* (2007), *Gestión y descentralización de programas de enfermedades transmisibles* (2006), *Universalismo Básico, una alternativa para las políticas sociales en América Latina* (2006), *Salud para los Argentinos* (2004), *El futuro del Acceso a Medicamentos en Argentina* (2004), *Más salud por el mismo dinero: bases para la reforma del sistema de salud en Argentina* (editado en 1997 y reeditado en 1999), *Sistemas de seguro de salud y acceso a medicamentos* (editado en 2001 y en inglés en 2002), *El mercado de medicamentos en Argentina* (1999), *Cómo hacer tesis en políticas, sistemas y servicios de salud* (editado en 1998 y reeditado en 1999), *Cómo se faz uma tese em saúde pública* (editado en portugués en 2001, 2002 y 2003), *Organizaciones solidarias* (2000), *Investigaciones en economía y gestión en salud* (1997), *El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo* (2002), *Utilización del nombre genérico de los medicamentos* (2003) y *Hacia un Federalismo Sanitario efectivo* (2004). También ha publicado más de cien artículos científicos en revistas especializadas, periódicos de divulgación y como capítulos de libros.

En 2002 asumió como jefe de gabinete del Ministerio de Salud de la Argentina desde donde impulsó el Programa de Emergencia Sanitaria y la construcción de la Política Nacional de Medicamentos. A partir del mes de mayo de ese año, asumió la coordinación general del Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud donde implementó el Programa Remediar de provisión gratuita de medicamentos. En 2004 ejerció la coordinación general del Programa de Gerencia Social del Instituto de Desarrollo Social (INDES) del Banco Interamericano de Desarrollo en la ciudad de San Pablo, Brasil.

A partir de 2004, actúa como consultor internacional en la formulación y gestión de políticas de salud. Ha desempeñado estas funciones en Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, Honduras, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Estados Unidos, El Salvador, Ecuador y Argentina. Se desempeña como asesor de los gobiernos de dichos países y de organismos multilaterales, como el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Unión Europea, Unicef, OIT, OPS / OMS, Agencia de Cooperación Belga y PNUD.

Es coordinador académico de la Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires - Fundación Sanatorio Güemes y profesor a cargo de la cátedra de Teoría de la Salud Pública dentro de dicha maestría. También es investigador principal del programa de salud del CIPPEC.

ESTEBAN IGNACIO LIFSCHITZ

Médico, Diploma de Honor, Universidad de Buenos Aires. Especialista en Clínica Médica por el Ministerio de Salud de la Nación. Becario en Gerenciamiento Médico, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Entre 2001 y 2003 obtuvo una Beca de Perfeccionamiento en Gerenciamiento Médico en el Hospital Italiano de Buenos Aires, donde también se formó en investigación clínica. Completó su formación en gestión con la realización del Master en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Favaloro.

En la actualidad es Jefe de Consultorios Externos en Clínica Santa Isabel desde 2005, donde ha liderado el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica y Coordinador del Programa Nacional "Zona Libre de Trombosis", destinado a la mejora continua en la prevención de la enfermedad tromboembólica venosa.

Durante los últimos diez años ha impulsado un conjunto de investigaciones sobre modelos de atención y gestión de la enfermedad. Entre 2007 y 2008 obtuvo una Beca de Investigación "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" del Ministerio de Salud de la Nación con un proyecto sobre diagnóstico de situación sobre el acceso a medicamentos de patologías raras. Sobre esta línea de trabajo continuó desarrollando estudios de factibilidad para el aseguramiento catastrófico tanto para el Fondo Nacional de Recursos del Uruguay, como para la formulación de la propuesta del Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas en Argentina.

Ha realizado múltiples investigaciones y consultorías sobre gerenciamiento en salud en particular en la formulación de innovaciones en el desarrollo de programas médicos y de gestión de patologías.

Es profesor del Eje de Teoría de la Salud Pública dentro de la Maestría en Administración de Sistemas y Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires – Fundación Sanatorio Güemes y de la Maestría de Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud de la Universidad Favaloro.

PRÓLOGO

Los argentinos podemos obtener mejores resultados de nuestro sistema de salud. Tomemos como ejemplo un indicador: la esperanza de vida al nacer. En 2011, los argentinos alcanzaremos una esperanza de vida al nacer promedio de 76,9 años (73, 7 los hombres y casi 80,3 las mujeres). Un logro del cual podemos sentirnos orgullosos si miramos hacia atrás, aunque nuestros vecinos nos hayan superado (por ejemplo, en promedio, los habitantes de Chile y de Costa Rica viven 1,8 años más que los argentinos).

Mientras cada uno atendía su juego, el sistema argentino de salud se iba enfermando. El país perdía posiciones en términos de la cantidad y calidad de vida de su gente, los recursos resultaban cada vez menos eficientes. Perdimos iniciativa, perdimos liderazgo, perdimos oportunidades.

Tenemos las herramientas y las condiciones para superar esta situación. Si logramos que todos los argentinos, y en particular los más vulnerables, reciban los cuidados adecuados frente a un conjunto limitados de enfermedades y riesgos de salud, nuestra esperanza de vida al nacer podría volver a ser la mayor del continente. Esto requiere cambiar nuestra forma de producir salud. Requiere definir las responsabilidades de cada uno evitando superposiciones y vacíos, eliminando el derroche y obteniendo el mayor rendimiento de lo más valioso que tenemos, que son nuestros recursos humanos.

Hasta ahora, hubo pocas propuestas y casi ningún debate respecto a cuál debe ser el modelo argentino para producir salud. Y, cuando hubo propuestas y debates, los mismos tendieron a centrarse en el corto plazo, en resolver problemas apremiantes e inmediatos. Es hora que quienes estamos comprometidos con la salud de los argentinos nos dejemos de apagar incendios y comencemos a discutir alternativas para construir un modelo argentino de salud más adecuado y sostenible.

Iniciamos la indagación respecto a cómo integrar al sistema de salud y, al mismo tiempo, obtener mejores resultados sanitarios para los argentinos bajo el estímulo y el aliento de los doctores Carlos Tita y Mario Lugones, quienes nos sugirieron partir de dos ejes. En primer lugar, pensar en soluciones desde el punto de vista del ciudadano, de ese paciente que comienza a perder la paciencia y necesita respuestas adecuadas, en tiempo y forma, a sus problemas de salud. En segundo lugar, poner luces largas y buscar una mirada de largo plazo. Este libro es el resultado de esa indagación. Parte de recuperar la planificación como herramienta y de asumir un papel protagónico e indelegable del Estado en la conducción del sistema de salud. Pero su mayor aspiración es despertar un debate necesario, imprescindible, sobre cómo construir un modelo argentino de salud.

CRÉDITOS

Este trabajo fue elaborado desde la Maestría en Sistemas y Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires que se desarrolla desde la Fundación Sanatorio Güemes.

La redacción estuvo a cargo de los doctores Federico Tobar y Esteban Lifschitz, profesores a cargo del Eje Teoría de la Salud Pública dentro de la mencionada maestría. En la investigación inicial colaboraron también el doctor Mariano Armando Reale (estrategia de transformación del sector público) y el doctor Jorge Papadópulos (modelo de gestión y modelo de financiación). Además, el trabajo se apoyó en una investigación cualitativa (focus group) sobre usuarios del sistema de salud público, de obras sociales y de prepagas y sobre una encuesta telefónica sobre la base de un formulario estructurado a usuarios y a médicos, que fue coordinada por el doctor Roberto Zapata y la licenciada María Florencia Filadoro.

En el proceso de validación y corrección intervino un grupo interdisciplinario de profesionales integrado por el doctor Ricardo Lara, doctor Benjamín Surace, doctor Javier Vilosio, contador Carlos Vassallo y doctor Carlos Javier Regazzoni quienes, aunque no en todos los casos, coincidieron plenamente con los contenidos del plan. Sí, en todos los casos, sus aportes, comentarios y críticas enriquecieron y robustecieron la propuesta.

RESUMEN EJECUTIVO

¿POR QUÉ UN MODELO PARA UN SISTEMA ARGENTINO DE SALUD?

Argentina necesita avanzar en la construcción de un modelo sanitario adecuado. El país cuenta con múltiples respuestas a los problemas de salud de la población. Pero éstas se encuentran muy desarticuladas, emplean recursos heterogéneos y consiguen resultados inequitativos.

Para superar esta situación es necesario construir una visión compartida de un Sistema Argentino de Salud que supere la fragmentación. Los cambios más profundos se lograrán en el largo plazo pero requieren, primero, que los argentinos avancemos en la construcción de consensos respecto a cómo organizar (o reorganizar) nuestro sistema y políticas de salud. Luego, que cada paso que demos, que cada medida que adoptemos, resulte consistente y coherente con esa visión compartida tendiente a un sistema que genere más resultados de salud y mejor distribuidos.

Este documento aporta insumos técnicos, pero la construcción del Sistema Argentino de Salud es, necesariamente, política. Lograr vertebrar un sistema que funcione de forma coordinada y que optimice el empleo de todos sus recursos (comenzando con los más valiosos que son los humanos, siguiendo por los tecnológicos, la infraestructura y la asignación de los recursos financieros) requiere del saber pero, fundamentalmente, de la voluntad. Uno sin el otro no consiguen impulsar una transformación sustentable. La voluntad política de transformación es el principal motor del cambio. Cuando no hay voluntad de cambio, es porque es mayor la voluntad de que todo permanezca como está.

¿QUÉ ES EL PES 2027?

Se propone asumir un Plan Estratégico de Salud que parta de un escenario de llegada (un Sistema Argentino de Salud que supere la fragmentación optimizando el uso de sus recursos) en el largo plazo (año 2027). Pero identificando los pasos sucesivos que serán necesarios dar para llegar allí. Así como para conducir a gran velocidad en la oscuridad es preciso utilizar luces largas,

para conducir una transformación compleja como una reforma de salud, también se requiere una mirada puesta en aquello que resulta más relevante para:

- a) Conquistar más salud, reduciendo la morbi-mortalidad.
- b) Lograr una mejor distribución de la salud, reduciendo las brechas en los indicadores.
- c) Superar la fragmentación del sistema de salud, avanzando hacia su integración y logrando un uso racional, eficiente y sostenible de todos los recursos de la sociedad y el Estado.

La estructura del PES 2027 es la siguiente:



VALORES

Valores que guían al PES 2027

¿Qué?	<i>Misión</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la forma de producir salud en la Argentina. Actuando sobre la situación de salud, las políticas de salud y el sistema de salud.
	<i>Visión</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Constituirse en el vector de transformación para que la Argentina incorpore un Sistema Integrado de Salud (SIS), que ponga al ciudadano en primer lugar. Construyendo la transformación institucional del sector y partiendo del modelo de atención como eje estructurante.
¿Por qué?	<i>Problema</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Porque en varios aspectos, los argentinos no obtenemos los resultados de salud que esperamos y podríamos alcanzar. • Porque hay respuestas desiguales ante los mismos problemas de salud.

¿Para qué?	<i>Fin</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Para lograr la integración social y construir el derecho pleno de todos los ciudadanos a protecciones sanitarias adecuadas.
¿Cómo?	<i>Principios del Modelo de Atención</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientado a la Atención Primaria de la Salud (APS) y cuidados progresivos. • Centrado en necesidades y no en demandas. • Responsabilidad nominada de los servicios sobre la población. • Proactivo. • Construcción de protecciones universales. • Nuevo Programa Médico Obligatorio. • Funcionamiento en redes de cuidados progresivos.
	Principios del modelo de gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de competencias para cada actor. • Rectoría en la cabeza del Ministerio de Salud de la Nación y creación de un Instituto Nacional de Salud con un importante rol regulatorio. • Distinción de esquemas de protecciones generales y catastróficas. • Sistema de información como eje: Padrón Único de Beneficiarios, Historia Clínica Única. • Recategorización de servicios de planificación y control de la oferta de servicios y tecnología. • Gestión por resultados.
	Principios del modelo de financiación	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo de Equidad (temporario) para fortalecer los servicios del sector público, corregir la distribución desigual de la infraestructura/ capacidad instalada y reducir brechas en el acceso. • Fondo Nacional de Salud (FONASA) para garantizar protecciones sanitarias universales (generales y catastróficas) destinado a provincias y financiadores institucionales. • Fondo de Promoción en Salud destinado, en especial, a municipios para proteger y fomentar acciones saludables. • Fondos Provinciales de Protección Sanitaria que asuman compromisos de atención y gestión con los servicios.
	<i>Estrategias</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construcción de protecciones universales de salud por líneas de cuidados. 2. Transformación del sector público de salud. 3. Regulación sanitaria de los mercados de salud. 4. Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.

ESTRATEGIAS

Las cuatro estrategias se desagregan en programas y éstos en metas operativas concretas. A continuación, se caracterizó a cada una de las cuatro grandes estrategias para transformación del Sistema de Salud Argentino.

Estrategias del PES 2027 para cambiar la forma de producir salud:



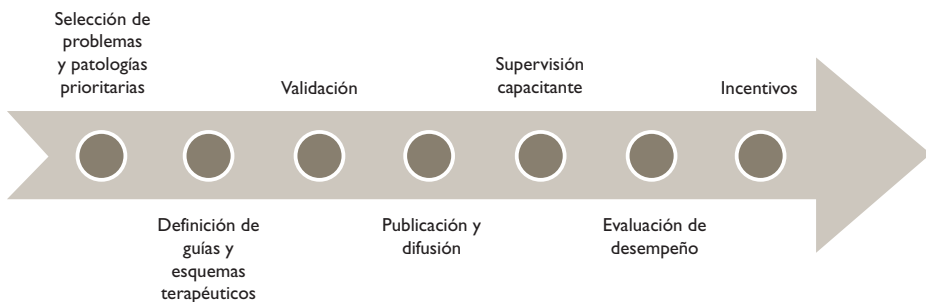
Estrategia 1. Construcción de protecciones universales de salud por líneas de cuidados

Objetivos:

- 1.1 Seleccionar y diseñar líneas de cuidados para construir protecciones sanitarias universales.
- 1.2 Distinguir protecciones sanitarias básicas y protecciones sanitarias frente a riesgos catastróficos.

- Una protección es una garantía explícita de respuesta social organizada frente a un determinado riesgo de enfermar y morir.
- Definir las líneas de cuidados a implantar constituiría la forma más importante de definir prioridades sanitarias.
- Las líneas de cuidados se constituyen en protecciones en la medida en que su implantación se vincula con acciones reguladoras.

Diagrama 2. Secuencia lógica de la construcción de protecciones sanitarias por líneas de cuidados



- Se trata de jerarquizar cuidados prioritarios, no de recortar prestaciones.
- Construir protecciones por líneas de cuidados implica tender puentes entre los subsistemas de salud.
- La implantación de líneas de cuidados involucra cambios profundos en el modelo de atención. Existen, al menos, cuatro requisitos que, a su vez, son

medidas de reforma consistentes en sí mismos y generan sinergias entre sí:

- a) Establecer servicio de primer nivel de atención con responsabilidad nominada sobre la población.
- b) Corregir desigualdades en la infraestructura y recursos humanos.
- c) Construir redes de cuidados progresivos.
- d) Regular a los financiadores (obras sociales y prepagas).

Estrategia 2. Transformación del sector público de salud

Objetivos:

- 2.1 Construir la rectoría de salud en cabeza del Ministerio Nacional.
- 2.2 Crear un Instituto Nacional de Salud que nucleee las funciones de regulación.
- 2.3 Integrar sistemas de salud provinciales.
- 2.4 Reconvertir los servicios públicos de salud.
- 2.5 Orientar la acción municipal en salud.
- 2.6 Desarrollar redes de atención centradas en el Primer Nivel.

2.1 Construir la rectoría de salud en cabeza del Ministerio Nacional

- **Ejercer la rectoría es definir el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud.** La competencia principal para construir la rectoría es diseñar y revisar el modelo de atención a ser implementado en todo el sistema de salud y en todo el territorio nacional.
- **La rectoría debe ser función exclusiva del Ministerio de Salud de la Nación.** Si bien la rectoría no puede ser compartida, sí debe ser validada y concertada en el ámbito del COFESA.
- **El COFESA asumirá decisiones vinculantes.** En el marco de un pacto nacional por la salud de los argentinos, las decisiones relativas a los modelos de atención, de gestión y de financiación que configurarán el “Modelo Argentino de Salud”, tendientes a la integración del sistema, serán refrendadas de forma automática por las autoridades provinciales.
- **La rectoría será apoyada por instrumentos financieros acordados.** Para ello tres fondos nacionales serán organizados: Fondo de Equidad para mejorar la capacidad instalada del sector público y corregir inequidades e irracionalidades en su distribución, Fondo Nacional de Salud y Fondo de Promoción en Salud.

2.2 Crear un Instituto Nacional de Salud que nuclea las funciones de regulación

- **Es imprescindible avanzar hacia una regulación estratégica en salud.**
- **Concentrar y fortalecer la capacidades regulatorias del Ministerio de Salud e incorporar nuevas funciones regulatorias en salud:** confeccionar y actualizar el mapa sanitario:

- a) Acreditar profesionales para desempeñarse dentro del sistema de salud.
- b) Acreditar y categorizar prestadores.
- c) Evaluar tecnologías sanitarias.
- d) Monitorear el cumplimiento de políticas y líneas de cuidados en las diferentes jurisdicciones y entre los diferentes financiadores de salud.
- e) Diseñar, implantar y supervisar sistemas de información en salud como la Historia Clínica Unificada Digital y la prescripción electrónica.
- f) Evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud.

2.3 Sistemas Integrados de Salud en las provincias

- **El Sistema Argentino de Salud alcanzará cobertura universal y homogénea a través de la coordinación de Sistemas Integrados de Salud Provinciales.** Esto significa que todas y todos los argentinos puedan tener un subsistema responsable por garantizarles la cobertura del nuevo PMO y que nadie tenga doble cobertura. La cobertura de aquellos que no tengan obra social o prepaga será organizada y garantizada por los subsistemas provinciales.
- **El primer paso para integrar el sistema de salud es la identificación inequívoca de población demandante.** El Padrón Universal de Beneficiarios de Salud racionaliza las coberturas. En cada provincia, el Ministerio de Salud conseguirá la universalidad de la cobertura asumiendo las protecciones generales de quienes no tengan obra social o prepaga.
- **El segundo paso para integrar el sistema de salud es promover la cooperación (y no la competencia) entre prestadores.** Se organizará una red pública (y allí donde haga falta, se complementará con contratos a prestadores privados) que funcione con cuidados progresivos y sobre una base programada y coordinada, donde cada efector cumpla con un perfil prestacional preciso. De esta manera, se evita la superposición de la oferta y se busca garantizar un acceso equitativo de la población a los servicios.
- **El tercer paso es eliminar los subsidios cruzados en la financiación de servicios.** Los recursos captados por el cobro de prestaciones a los aseguradores volverán a los servicios a través de compromisos de atención y gestión. La financiación de los servicios públicos no se desafectará del presupuesto correspondiente.

• **El cuarto paso consiste en reducir inequidades regionales.** Esto constituirá un objetivo del Ministerio de Salud de la Nación, en su carácter de ente rector, y contará para ello con dos instrumentos financieros. En primer lugar, el Fondo de Equidad en Salud, un fondo de inversión social que, guiado por el mapa sanitario, buscará equiparar la capacidad instalada de los sistemas provinciales. En segundo lugar, el FONASA, que asignará recursos a los sistemas provinciales de salud a través de compromisos de gestión y en función del cumplimiento de metas sanitarias relevantes.

2.4 Reconvertir los servicios públicos de salud

Los Centros de Atención Primaria deberán ser la piedra angular del modelo de atención. En las áreas rurales, conformando centros de salud familiar. En las áreas urbanas, avanzando hacia policlínicos. Pero en ambos casos, desplegando responsabilidad nominada sobre la población a su cargo, impulsando protecciones sanitarias por líneas de cuidados, promoviendo la atención programada, cuidados progresivos y funcionamiento en red. Por estos motivos, los centros de primer nivel deberán ser monitoreados, evaluados e incentivados en función de sus logros sanitarios (en términos de accesibilidad a procesos y resultados) sobre la población a su cargo.

Los hospitales se constituirán en empresas sociales de salud. Con plena autonomía en la gestión de sus recursos pero siempre operando dentro de un modelo de atención definido, con funcionamiento en red, con cuidados progresivos, con atención programada y avanzado en la construcción de protecciones por líneas de cuidados. Entre las características del modelo de gestión de las empresas sociales de salud se destacan:

- a) La conformación de un Directorio integrado por miembros de la comunidad donde opera el hospital.
- b) La elaboración de un plan maestro de operaciones que será aprobado por la jurisdicción provincial correspondiente, en el cual se comprometen a brindar respuesta en determinadas patologías y niveles de resolutivez a la población de su área de influencia.
- c) La recepción de parte de su financiación en función de compromisos de gestión vinculados al cumplimiento de metas sanitarias.
- d) La realización de compras y contrataciones descentralizadas a través de un portal electrónico único que permitirá una máxima transparencia en los procesos, fomentará la competencia entre oferentes y reducirá los tiempos de los procesos.

2.5 Orientar la acción municipal en salud

- **Hay cuatro competencias básicas en salud a desarrollar desde los municipios:**

- a) Posicionar a la promoción de salud en un lugar destacado dentro de la agenda de desarrollo local.
- b) Establecer alianzas y pactos que promuevan un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables.
- c) Incorporar lógicas de acción que sean participativas e intersectoriales.
- d) Organizar sus propios servicios de salud desde un enfoque de la salud familiar y comunitaria.

- **Las acciones municipales también precisan de rectoría.** Las acciones de promoción serán acreditadas e incentivadas desde la Nación y la gestión territorial desde la Provincia.

2.6 Desarrollar redes de atención de complejidad creciente

- **Una red de salud es un componente del modelo de atención que organiza a los servicios de forma que provean cuidados continuos y progresivos a los pacientes.**
- **Se propone construir redes que hagan su eje en el Primer Nivel de Atención.** Con:

- I. Servicios con población identificada y a cargo (responsabilidad nominada).
- II. Definición de competencias de cada servicio (acreditación y categorización).
- III. Incorporación creciente de herramientas de gestión clínica tales como protocolos y guías clínicas para diagnóstico y tratamiento, así como una Historia Clínica Unificada.
- IV. Criterios operativos para definir la referencia y contrareferencia de pacientes (interdependencia).
- V. Dispositivos de comunicación y traslado para movilizar el paciente.
- VI. Dispositivos de coordinación de los servicios que supervisen el funcionamiento en red.

- **El Ministerio de Salud de la Nación proveerá herramientas de gestión para consolidar las redes provinciales y municipales de salud.**
- **Las provincias asumirán su propio proyecto de red.**

Estrategia 3. Regulación sanitaria de los mercados de salud

Objetivos:

- 3.1 Implementar un mapa sanitario que oriente la distribución y expansión de la oferta de servicios públicos y privados de salud en todo el territorio nacional.
- 3.2 Incorporar un esquema adecuado para la formación, habilitación y acreditación de recursos humanos en salud.
- 3.3 Controlar el precio de los medicamentos y promover la oferta de productos genéricos.
- 3.4 Incorporar reglas e incentivos para que los aseguradores de salud maximicen su aporte a la salud de la población argentina.

3.1 Mapa sanitario

- **El mapa sanitario es una herramienta de planificación para lograr equidad que permite regular la oferta basada en necesidades.**
- **El mapa sanitario es un dispositivo georeferenciado que toma la oferta de servicios como variable dependiente de las necesidades sanitarias de la población.**
- **Una vez puesto en marcha, el mapa definirá prioridades para la inversión pública y criterios para la habilitación de prestadores privados.**

3.2 Planificación de los recursos humanos en salud

- **La cantidad y calidad de los profesionales de la salud es el factor de mayor peso dentro de la función de producción de salud de un país.**
- **Se debe mantener la autonomía universitaria, pero el INS acreditará a los profesionales que ejercen dentro del Sistema Argentino de Salud en función del mapa sanitario.**

3.3 Control del precio de los medicamentos y promoción de la oferta de productos genéricos

Componentes de la política de medicamentos centrada en el acceso:

Provisión pública	Regulación del mercado
Remediar	Promoción de genéricos
HIV/ SIDA	Regulación de precios
Seguro de catastróficas	

Herramientas de política de genéricos:

Oferta	Demanda
Implica reglamentar: <ul style="list-style-type: none"> • Bioequivalencia. • Cantidad de oferentes. • Etiquetado. • Registro abreviado. 	Implica reglamentar y fiscalizar cumplimiento de la ley 25.649/02: <ul style="list-style-type: none"> • Utilización de los medicamentos por su nombre genérico incluyendo la: • Prescripción obligatoria por Denominación Común Internacional, tanto en el ámbito público como en el privado. • Sustitución farmacéutica. • Monitoreo permanente de recetas. • Auditorías en farmacias. • Multas y sanciones por incumplimiento.

Herramientas de políticas para control de precios de medicamentos:

Régimen	Condición	Medidas
Autoregulación	<ul style="list-style-type: none"> • Seis o más oferentes y precios iguales o inferiores al valor de referencia internacional. 	Liberación de precios.
Libertad monitoreada	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de seis oferentes ó precios superiores al valor de referencia internacional. 	Pasar el producto al régimen de precios controlados y/o promover la oferta a través de la producción pública o de la importación directa, instrumentando trámites de registro abreviados.
Control directo	<ul style="list-style-type: none"> • Productos monopólicos y oligopólicos de alto costo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Precio fijado en función de comparaciones internacionales.

3.4 Reglas e incentivos para que los aseguradores de salud maximicen su aporte a la salud de la población argentina

• **Regular los seguros de salud con objetivos sanitarios es convertir a obras sociales y prepagas en instrumentos del PES 2027** Esto requiere:

- a) Evaluación del desempeño con criterios sanitarios.
- b) Incorporación de incentivos.

• **La estrategia regulatoria se apoya sobre el sistema de información.** Esto generará un círculo virtuoso porque al implementar los sistemas de registro y gestión clínica definidos (en particular la HCUD), garantizar la calidad de los datos allí vertidos y proveer la información en tiempo y forma se genera la posibilidad de captar incentivos financieros.

• **El elenco de servicios a ser cubierto debe ser único en todos los casos.**

• **Para producir salud no alcanza con garantizar cobertura de un elenco de prestaciones, hay que definir líneas de cuidados con algoritmos definidos y con metas asistenciales claras.**

• **La definición de las coberturas surgirá de la evaluación sanitaria y económica de las prestaciones y cuidados.**

• **El monitoreo del costo del PMO constituirá una herramienta regulatoria.**

• **El financiamiento de las coberturas básicas se hará desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA).** Los aseguradores recibirían del FONASA una cápita ajustada según riesgo e incentivos por su avance en la implementación del modelo de atención y de gestión. Se distinguirán tres componentes:

- a. Costo Operativo del PMO ajustado a riesgo.
- b. Vinculación de incentivos financieros al cumplimiento de metas asistenciales, que sólo se pagarán si se logran y verifican la consecución de metas que incidan en la implementación de las líneas de cuidados.
- c. Vinculación de incentivos financieros al cumplimiento de metas de gestión que premiará mejoras como la implementación en tiempo y forma de la historia Clínica Única Digital, la reducción de tiempos de espera para determinadas prácticas, la simplificación de trámites y mejora de la atención y orientación a los beneficiarios, etc.

Estrategia 4. Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas

Objetivos:

- 4.1 Identificar un conjunto de enfermedades que, por su baja prevalencia y alto costo, ameritan un tratamiento diferencial.
- 4.2 Desarrollar un modelo organizativo adecuado para garantizar acceso equitativo y calidad homogénea en su tratamiento.
- 4.3 Implementar un modelo de financiación sostenible y equitativo para dar respuesta adecuada las enfermedades catastróficas.

- **Se denomina catastróficas a un conjunto limitado de enfermedades, muchas de ellos de baja prevalencia y que demandan un volumen creciente de recursos.**
- **El Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas será un sistema solidario cuya misión será consolidar el derecho universal a los cuidados adecuados frente a las enfermedades catastróficas.**
- **La sostenibilidad del seguro tiene como requisito el reunir un conjunto de asegurados cuyos riesgos individuales se consolidan en un conjunto o pool de riesgo.**
- **El Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas se constituirá como un Ente Público Autónomo.**
- **El Seguro conformará un fondo fiduciario integrado por aportes del FONASA sobre una base capitada homogénea.** Logrará una respuesta adecuada porque:

1. Genera economías de escala.
2. Protocoliza tratamientos.
3. Acredita prestadores.
4. Propone una extensión de gradual de cobertura vertical.

Listado de enfermedades catastróficas seleccionadas según etapa de implementación de la política:

Año	Enfermedades a ser cubiertas
1	1. Fibrosis Quística, 2. Enfermedad de Gaucher, 3 Enfermedad de Fabry, 4. Enfermedad de Pompe, 5. Enfermedad de Crohn, 6. Tratamiento con Hormona de Crecimiento, 7. Insuficiencia Renal Crónica, 8. Trasplante y tratamiento Inmunosupresor post trasplante.

2	A las anteriores se agregan: 9. HIV/SIDA y 10. Hemofilia.
3	A las anteriores se agregan: 11. Esclerosis Múltiple, 12. Mieloma Múltiple, 13. Tumores del Sistema Nervioso Central, 14. Hepatitis C , 15. Leucemias y GIST, 16. Cáncer de mama, 17. Cáncer de Riñón y 18. Cáncer Colo-Rectal

PROGRAMAS DEL PES 2027

Programas propuestos para cada una de las estrategias del PES:

Estrategias	Programas		
1. Construcción de protecciones de salud universal por líneas de cuidados.	1.1 Manejo de Enfermedades Crónicas y Medicina Preventiva.	Gestión por Resultados	Informatización de la atención médica
	1.2 Control de las Embarazadas.		
	1.3 Control de Enfermedades Transmisibles.		
2. Transformación del Sector Público.	2.1 Fortalecimiento de los Hospitales Públicos.		
3. Regulación Sanitaria de los mercados de salud.	2.2 Fortalecimiento de la Red de Atención Primaria de la Salud.	Gestión por Resultados	Informatización de la atención médica
	3.1 Formación de RR.HH.		
	3.2 Evaluación de Tecnología Sanitaria.		
3.3 Regulación de Medicamentos.			
4. Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.	4. Protección Social Universal frente a Enfermedades Catastróficas.	Gestión por Resultados	Informatización de la atención médica

*Propuesta de Plan Estratégico de mediano
y largo plazo para construir un*

MODELO ARGENTINO DE SALUD

PES 2027

SIGLAS

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica.
APS: Atención Primaria de la Salud.
CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud.
COFESA: Consejo Federal de Salud.
DCI: Denominación Común Internacional.
DTM: Diabetes Mellitus.
EAP: Equipos de Atención Primaria.
EC: Enfermedades Catastróficas.
ETS: Evaluación de Tecnología Sanitaria.
FONASA: Fondo Nacional de Salud.
GIST: Tumor del Estroma Gastrointestinal.
Hb glicosilada: Hemoglobina glicosilada.
HC: Historia Clínica.
HCE: Historia Clínica Electrónica.
HIV: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
HMO: Health Maintenance Organization.
HTA: Hipertensión Arterial.
IAM: Infarto Agudo de Miocardio.
INS: Instituto Nacional de Salud.
MAC: Medicamentos de Alto Costo.
MIR: Médico Interno Residente. Examen de ingreso al sistema de residencias médicas en España.
PES: Plan Estratégico de Salud.
PMO: Programa Médico Obligatorio.
RR.HH.: Recursos Humanos.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIS: Sistema Integrado de Salud.
SISA: Sistema de Información Sanitaria Argentina.
TMM: Tasa de Mortalidad Materna.
TS: Tecnología Sanitaria.
VPM: Variabilidad en la Práctica Médica.

CONTENIDOS DEL PES 2027

1. Declaración de valores

- 1.1 Misión.
- 1.2 Visión.
- 1.3 Principios y valores.
 - 1.3.1 Fin último del PES 2027: un modelo ciudadano de salud.
- 1.4 Principios operativos del PES 2027.
 - 1.4.1 Modelo de atención.
 - 1.4.2 Modelo de gestión.
 - 1.4.3 Modelo de financiación.

2. Estrategias

- 2.1 Construcción de protecciones universales de salud por líneas de cuidados.
 - 2.1.1 Selección y diseño de líneas de cuidados para construir protecciones sanitarias universales.
- 2.2 Transformación del sector público de salud.
 - 2.2.1 Construir la rectoría de salud en cabeza del Ministerio Nacional.
 - 2.2.2 Crear un Instituto Nacional de Salud que nucleee las funciones de regulación.
 - 2.2.3 Sistemas Integrados de Salud en las provincias.
 - 2.2.4 Orientar la acción municipal en salud.
- 2.3 Desarrollar redes de cuidados progresivos.
- 2.4 Regulación sanitaria de los mercados de salud.
 - 2.4.1 Mapa sanitario.
 - 2.4.2 Planificación de los recursos humanos en salud.
 - 2.4.3 Control del precio de los medicamentos y promoción de la oferta de productos genéricos.
 - 2.4.5 Reglas e incentivos para que los aseguradores de salud maximicen su aporte a la salud de la población argentina.
 - 2.4 Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.

3. Programas

- Programa de Manejo de Enfermedades Crónicas y Medicina Preventiva.
- Programa de Control de las Embarazadas.
- Programa de Control de Enfermedades Transmisibles.

Programa de Fortalecimiento de los Hospitales Públicos.

Componente 1. Fortalecimiento de la capacidad instalada.

Componente 2. Implementación de Gestión Por Resultados en los Hospitales Públicos.

Componente 3: Recategorizar y Refuncionalizar los servicios.

Programa de Fortalecimiento de la Red de Atención Primaria de la Salud.

Programa de Formación de Recursos Humanos.

Programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria.

Programa de Regulación de Medicamentos.

Programa de Enfermedades Catastróficas.

Programa de Gestión por Resultados.

Programa de Informatización de la Atención Médica.

PRESENTACIÓN

¿Por qué hace falta transformar nuestra forma de producir salud? Porque nuestras respuestas sanitarias se han estancado. Si hace treinta años podíamos sentir orgullo por nuestro sistema de salud y por los resultados epidemiológicos que habíamos logrado para nuestra población, hoy sentimos la vergüenza de haber sido y el dolor de ya no ser. Continuamos siendo el país del continente que más gasta en salud, tenemos más infraestructura y recursos humanos que la mayoría de los países. Sin embargo, en indicadores de resultados básicos como la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna o la esperanza de vida al nacer nos hemos estancado e incluso fuimos superados para algunos de nuestros vecinos.

La mayor causa de este pobre desempeño es la indefinición de un modelo de salud. Ello se traduce en una fragmentación de la gestión, del financiamiento y de la atención de la salud, sumadas a la existencia de mecanismos de coordinación poco efectivos. Mejor que con números, el desempeño de nuestro sistema de salud se puede ver en las historias de vida de los argentinos. Veamos, cuatro ejemplos de mujeres de diferentes sectores sociales y con diferentes coberturas de salud.

Escena 1. Juana está embarazada de cinco meses y es beneficiaria del subsidio universal por hijo pero no le gusta ir al hospital a hacerse los controles. Porque cada vez las filas son mayores. “La última vez esperé casi seis horas y comencé a sentirme mal”, se lamenta. Y continúa... “la señora que llamaba a los turnos me dijo que no me queje, para mi es solo un día, para ellos es así todos los días y no les pagan más ni pusieron más gente para atender”.

Escena 2. Hortensia se acaba de jubilar. Trabajó toda su vida como empleada doméstica por horas. Pero lo hizo en negro, sin aportes ni obra social. Hoy, con 68 años estrena obra social y muestra orgullosa su aporte descontado del haber jubilatorio. La sorpresa de Hortensia ocurrió cuando precisó atención médica y la derivaron al hospital de referencia con que trabaja la obra social. Era el mismo hospital público donde se atendió toda su vida.

Escena 3. Marina necesitó operarse por una hernia inguinal. Decidió hacerlo con un reputado cirujano. Podría haberse intervenido en un hospital público donde este doctor es Jefe de Servicio, pero había una lista de espera muy larga y este opera también en una confortable clínica. Marina tiene cobertura de la Obra Social Provincial que le cubría la operación e internación, en cuarto compartido. Pero como Marina también contrató cobertura de una prepaga, pudo

internarse en cuarto individual. Solo que su médico no está en la cartilla de la prepa y tuvo que pagar sus honorarios aparte y en negro.

Escena 4. Marta está triste e indignada. Su bebé necesita hacerse una ecografía. Se lo indicó el pediatra con cara de preocupado. Con mucha dificultad consiguió un turno en un servicio de diagnósticos propio de su Obra Social y permiso en el trabajo para ausentarse. Cuando llegó al fin, con su hijo en brazos, le dijeron que el aparato hace dos meses que no funcionaba y no tenían idea de cuándo lo iban a arreglar. “Nadie me informó, nadie se hace cargo, mi bebé está enfermo y yo voy a terminar perdiendo el empleo si sigo faltando”, se queja con los ojos vidriosos.

Escenas como las anteriores ocurren porque no hay un responsable de coordinar las coberturas, las prestaciones y la financiación. Es así que en algunos lugares sobran médicos y en otros faltan, en algunos sobran tomógrafos o mamógrafos y en otros faltan. El resultado es ineficacia, ineficiencia e insatisfacción. Aún conseguimos que la gente tenga respuestas a sus problemas de salud, pero lo hacemos a un costo cada vez mayor.

Este documento surge como un esfuerzo para que consigamos finalmente tener un modelo argentino de salud, donde juguemos en equipo en lugar de continuar con este esquema donde cada uno atiende su propio juego. Donde avancemos en respuestas organizadas que privilegien a los ciudadanos y a su salud antes que los intereses de algunas corporaciones o empresas. Es una propuesta abierta. Aunque presenta estrategias, intervenciones, e incluso postula metas a ser alcanzadas, todo el plan requiere debate y validación. En su formulación, se partió de identificar situaciones de llegada en la que el sistema de salud y sus actores funcionarían de forma articulada y coherente para luego identificar los pasos sucesivos para llegar allí. Por eso, se trata de un plan de largo plazo en el que se desagregan acciones y metas para las etapas intermedias.

El Plan consta de tres capítulos. En el primero se presentan los valores y principios que guiaron su formulación. En el segundo se presentan las cuatro grandes estrategias identificadas para lograr la transformación del sistema de salud en la Argentina. Las mismas son entendidas como un conjunto articulado de políticas que luego serán presentadas de forma desagregada en el capítulo tercero.

1. DECLARACIÓN DE VALORES

1.1 Misión

El PES 2027 asume la misión de impulsar formas adecuadas para producir salud en la Argentina. Para alcanzarla propone caminos que permitirán avanzar hacia una transformación sostenida de la salud en su sentido más amplio. Esto incluye, en primer lugar, a la situación de salud de los argentinos. En segundo lugar, a las políticas de salud en el país y la forma de construirlas. En tercer lugar, al sistema de salud en su conjunto y a todas las instituciones que lo integran.

La pregunta que guió la formulación del PES 2027 es: ¿Cuál es la mejor manera de producir salud? Buscando responder a ella, se asumió un enfoque de “Reformas de Salud Basadas en Evidencias”, que involucra la revisión de la experiencia internacional para identificar funciones de producción de salud adecuadas¹. Esto requiere formular e implementar acciones eficientes (que consigan más salud con los recursos disponibles), eficaces (que alcancen los objetivos propuestos) y efectivas (que aumenten la cantidad y calidad de vida de los argentinos).

1.2 Visión

La visión que guía al PES 2027 es constituirse en el vector de transformación para que Argentina incorpore un Sistema Integrado de Salud (SIS) que ponga al ciudadano en primer lugar. Aspira conseguir más y mejor salud para los argentinos, empleando y movilizandolos todos los recursos humanos, de tecnología, infraestructura y financieros disponibles en el país. Poner al ciudadano en primer lugar incluye tener en cuenta sus expectativas así como las barreras y dificultades que encuentra al transitar el sistema. Defender su derecho a la salud (y definir sus obligaciones) antes que los de toda corporación. En este contexto, un sistema integrado es aquel en donde todos los actores participan, pero lo hacen con un rol definido dentro de una función de producción precisa y bajo un comando único.

El PES 2027 involucra la transformación institucional del sector. Comenzando por construir la rectoría del sistema en cabeza del Ministerio de Salud. Para avanzar hacia un Sistema Integrado de Salud hace falta disponer de un coman-

¹ Tobar, Federico (2010). *¿Qué aprendimos de las reformas de salud?*. Buenos Aires, 2010. Fundación Sanatorio Güemes

do estratégico único. No hay rectoría mientras el Ministerio de Salud no tenga influencia sobre las obras sociales (nacionales y provinciales), sobre las prepagas y mientras se postule una rectoría fraccionada entre los ministerios de salud provinciales (que tampoco detentan un comando único sobre su jurisdicción y territorio). La estructura política y administrativa federal del país condiciona el funcionamiento pero no condena a la atomización y la anarquía donde “cada cual atiende su juego”. Otros países federales consiguieron construir la rectoría en salud e implantar mecanismos de consenso y concertación estables. La Argentina también puede hacerlo.

El PES 2027 parte de la definición del modelo de atención como piedra angular del sistema. Modelo de atención es un esquema de división del trabajo sanitario para producir salud. Definir el modelo de atención significa establecer qué cuidados se deben brindar, quién los debe brindar, cuando y cómo (según cuales parámetros técnicos). Producir salud es un objetivo muy complejo y, tal vez, el más ambicioso que se ha propuesto la humanidad y no se parece a la producción de ningún otro bien. Por ejemplo, menos cuidados de los necesarios pueden aumentar los riesgos de enfermar de la población. Pero también brindar más cuidados de los necesarios puede aumentar los riesgos sanitarios, además de los costos. A su vez, servicios de alta complejidad que asumen cuidados primarios resultan disfuncionales, tanto como servicios del primer nivel que se transforman en centros de emergencia.

1.3 Principios y valores

Un Plan puede ser factible por su consistencia técnica, pero sólo se hace viable a través de una construcción política. Concretar sus objetivos implica superar obstáculos, construir alianzas, tener argumentos suficientemente sólidos como para convencer a todos los involucrados y ganar aliados en ese proceso. Implica la capacidad de generar y proyectar un futuro deseable pero, sobre todo, compartido por los beneficiarios de la política, destinatarios últimos de todo este esfuerzo.

Para sincronizar acciones y voluntades hace falta primero compartir una bandera. Este es uno de los principios básicos del pensamiento estratégico. Antes de desplegar las propias fuerzas en el terreno del combate es imprescindible afirmar y confirmar porqué se va a luchar. En este caso la bandera es el fin último y los fundamentos, un horizonte hacia el cual avanzar inspirados en un conjunto de valores deseables. Un plan de esta naturaleza significa construir una imagen compartida por la cual valga la pena el compromiso para asumir los conflictos existentes en cualquier sociedad democrática, frente a cambios que implican afectar intereses o simplemente rutinas instaladas de larga data. Este horizonte también significa construir la claridad para definir las alianzas necesarias y saber ceder en lo que haya que ceder, sin perder la esencia del objetivo meta.

Partir de valores es avanzar sobre lo importante antes que sobre lo urgente.

La transformación sostenida y sostenible no se logra a través de respuestas sucesivas a los problemas inmediatos. Porque el árbol no deja ver el bosque y las respuestas puntuales que se ensayen pueden ir creando nuevos problemas configurando un círculo vicioso que demande cada vez más esfuerzos sin permitir avances estructurales. El camino para avanzar de forma decidida hacia un escenario bandera comienza desde el punto de llegada. Una vez que se logre acuerdo suficiente sobre hacia dónde ir, esa imagen, ese objetivo meta se convierte en norma.

1.3.1 Fin último del PES 2027: un modelo ciudadano de salud

El sentido de las políticas de salud es la integración social. La salud es una conquista social. Concretar derechos es más que combatir enfermedades y ganar años de vida. El fin último de las políticas de salud no se limita a que la gente viva más y más sana. Al fin y al cabo las medidas respecto a cuánto es vivir mucho y cuánto es vivir poco no dejan de ser artificiales. El animal humano está preparado para vivir en condiciones naturales poco más de 30 años. Hoy, en media, los argentinos alcanzan dos veces y media esa cantidad. Pero ese logro no resulta suficiente ni genera satisfacción. Porque resulta inaceptable perder una sola vida humana antes de tiempo. Además de evitar las muertes, tanto como sea posible, hace falta darle vida a los años ganados. El sector salud no garantiza esto pero contribuye reduciendo la enfermedad y sus secuelas. En otras palabras se trata de ganar tanto cantidad como calidad de vida para que los argentinos se realicen y concreten sus derechos.

La propuesta es construir protecciones sociales en salud para todos los argentinos. Identificar el fin último es relevante porque no solo se trata de conseguir más salud sino también de definir cómo se la concibe. Lograr resultados sanitarios es un medio para avanzar hacia un fin mayor y más ambicioso. Reducir la política de salud a los indicadores sanitarios puede ser equivalente a reducir la política educativa a las notas que los chicos traen en el boletín de la escuela. El fin último que se propone para el PES 2027 es la integración nacional a través de la concreción de derechos sociales construyendo protecciones en salud. Las mismas se afirman sobre seis consignas:

1. La salud es un bien universal en la medida que de su garantía depende el bien común. El primer fundamento se refiere a la naturaleza del bien a construir². La

² Frenk, J & Gómez-Dantés, Octavio (2007). "La globalización y la nueva salud pública". *Salud Pública de México* / vol.49, no.: 156-164, marzo-abril de 2007

salud es un bien social porque es un logro social y porque es interdependiente. No se produce salud de forma individual (la salud del otro es garantía de mi propia salud).

2. La salud como derecho debe ser garantizada por el Estado. Porque este posee los medios para hacer cumplir las leyes y tiene capacidad de generar y administrar los recursos para financiarlo. Pero si es un bien social cuya producción demanda de importantes intervenciones del Estado, entonces la salud se aleja necesariamente de una mercancía. Esto significa que para que el Estado garantice la salud como derecho, es requisito que sea también el Estado quien defina cuándo, dónde y cómo se produce salud. Puesto que se asume que la salud como resultado social no deviene del libre juego de la oferta y la demanda.

3. La provisión pública no es suficiente para garantizar el derecho a la salud. Proveer servicios de forma directa a la población es solo una de las funciones del Estado en salud. Hay otras tanto o más importantes como la regulación y la promoción. Por lo tanto, para garantizar la salud no alcanza con que el Estado provea servicios. Ni tampoco esta es una condición, ya que para producir salud como un bien social los proveedores pueden ser públicos, privados, del tercer sector o una combinación de ellos. Porque más importante que quien provee el servicio es cómo lo hace. Sí, el bien salud resulta accesible a todos los ciudadanos si se lo produce en forma eficaz y eficiente. Por esto, este plan parte de las capacidades institucionales preexistentes y las potencia, integrando a los múltiples prestadores de salud. En este sentido, es un plan para su Sistema Integrado de Salud.

4. Siendo el acceso a la salud un derecho universal, también debe garantizarse cuidados de calidad homogénea. Es decir, semejante para todos, independientemente de la capacidad de pago de las personas. Un derecho universal no debe segregar ni social ni territorialmente, no debemos perpetuar un modelo sanitario con una salud pobre para pobres y una salud de calidad para ricos³.

5. En quinto lugar, el acceso a los cuidados debe ser independiente del ingreso o condición social del ciudadano. Siendo la salud un bien común cuyo acceso en condiciones de calidad homogénea es garantizado por el Estado, la política sanitaria se debe inspirar en un principio de justicia redistributiva que, a través del financiamiento colectivo, permita al acceso a bienes y servicios de calidad aún para aquellos ciudadanos que carecen de medios para pagar por las prestaciones que reciben. Claramente, esto significa que quienes tienen capacidad contributiva deben colaborar con aquellos que no la tengan, por lo cual el principio es que cada uno contribuye de acuerdo a sus recursos y recibe de acuerdo a sus necesidades sanitarias.

³ Tobar, F. (2006). "Universalismo Básico en salud". En: Molina, C.G. Organizador (2006). *UNIVERSALISMO BÁSICO: Una alternativa posible para la Construcción del Estado de Bienestar Latinoamericano*. Planeta. México D.f.

6. La Salud es un derecho y una obligación. El constituirse en un bien social involucra que los resultados de salud tienen una alta interdependencia. La salud se produce de forma colectiva y ningún argentino tiene capacidad por sí solo de garantizarse un futuro saludable mientras no lo tenga el resto del país. Esto exige que no solo profesionales y servicios ajusten su accionar y sigan, en forma progresiva, guías y esquemas terapéuticos. También es requisito el compromiso del paciente. Los cuidados de salud no son un bien de consumo que el paciente puede usufructuar a su criterio y entendimiento. Para que todos los argentinos sean más sanos, hace falta que cada paciente siga un camino de cuidados progresivos, entrando por una puerta definida al sistema de salud, comprometiéndose con los cuidados y la adhesión a los tratamientos y a las acciones de promoción y prevención.

Es razonable y hasta deseable, que un sistema de salud tenga consideración respecto a la legítima expectativa de acceder en tiempo y forma a un turno con un médico pero no parece igualmente recomendable que sea el usuario del sistema quien defina qué cantidad de “chequeos” anuales necesita o si hace falta una tomografía computada para estudiar su cefalea. Es aquí donde suelen colisionar demanda con necesidad, dos conceptos muchas veces asumidos como uno solo y que pueden no sólo generar sensaciones de insatisfacción por parte del paciente sino también, conducir a resultados no deseados en salud. Existen múltiples definiciones para entender la diferencia entre ambos conceptos pero basta mencionar que “necesidad” se refiere a aquello que se precisa para alcanzar un objetivo determinado mientras que “demanda” es sólo la sensación subjetiva de dicha necesidad^{4,5,6,7}. Muchas veces ambos conceptos coinciden pero otras tantas no es así, por lo cual es recomendable que sean consideradas las expectativas de los pacientes que no se refieran a temas estrictamente técnicos.

La manera más adecuada para reducir dichas inequidades se sustenta en establecer protecciones sociales en salud universales y de calidad homogénea⁸. Para ello y como se describirá en el capítulo siguiente, el modelo de atención se orientará a la Atención Primaria de la Salud (APS) y pondrá en marcha determinadas líneas de cuidado, una serie de prestaciones tanto diagnósticas como terapéuticas basadas en la evidencia que deberán estar al alcance de todos quienes padezcan la enfermedad.

⁴ Bedregal, Paula G; Quezada, Margarita V; Torres, Marisa H, Scharager, Judith & García, José, O (2002). “Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios”. *Revista Médica de Chile*. v.130 n.11 Santiago nov. 2002. Páginas 1287-1294.

⁵ Zurita, Alfredo (2010). “Salud: Oferta, Demanda y Necesidad”. *Nación y Salud*. 20 de julio de 2010. Disponible en: <http://nacionysalud.com/node/426>. Última visita: 20 de julio de 2011.

⁶ Cornell SJ (1999). “Public health and primary care collaboration - a case study”. *J Publ Hlth Med* 1999; 21: 199-204.

⁷ Murray SA, Tapson J, Turnbull L, McCallum J, Little A (1994). “Listening to local voices: adapting rapid appraisal to assess health and social needs in general practice”. *Br Med J* 1994; 308: 698-700.

⁸ Filgueira, Fernando; Molina, Carlos Gerardo; Papadópulos, Jorge & Tobar, Federico (2005). “Universalismo Básico”. Washington D.C. INDES-BID. Diciembre de 2005.

1.4 Principios operativos del PES 2027

Para señalar las principales definiciones sobre las cuales se formuló el PES 2027 se partirá de considerar las tres grandes lógicas de la decisión en salud: el modelo de atención, el modelo de gestión y el modelo de financiación⁹.

1.4.1 Modelo de atención

El modelo de atención es el pilar del sistema de salud propuesto. Toda reforma se sustenta en determinados pilares. En este caso, se asume que el eje de esta propuesta radica en el modelo de atención entendido como la dimensión sanitaria de los componentes de un sistema de salud y debe dar respuesta, entre otros, a los siguientes interrogantes:

- ¿Qué prestaciones permiten obtener mejores resultados en salud?
- ¿Cómo dar respuesta adecuada a la demanda?
- ¿Quiénes prestan el servicio?
- ¿Cómo distribuir la oferta de servicios?

El modelo de atención propuesto se sustenta en 4 componentes fundamentales, entrelazados en su concepción así como en la potenciación que cada uno de ellos representa para el otro componente y sobre todo, para la sostenibilidad del modelo:

1. Orientación a la APS. Por un lado, desde la declaración de Alma Ata se ha construido consenso respecto a que se trata de la mejor forma de producir salud. Por otro lado, porque la evidencia indica que las estrategias de Atención Primaria de Salud que logran mejores resultados son aquellas de cobertura universal en las que se responsabiliza a un servicio por brindar respuestas adecuadas a un grupo poblacional identificado y conocido^{10,11}. Si en un momento la ventaja radicaba en la capacidad de organizar el funcionamiento del sistema al establecer una “puerta de entrada”, luego se identifica que la responsabilidad nominada permite cambiar

⁹ Este enfoque para análisis de las decisiones en salud que distingue las tres lógicas ha sido desarrollado en: Tobar, F. (2000) “Herramientas para el análisis del sector salud”. *Medicina y Sociedad*. volumen 23 número 2:84-99. Septiembre. 2000. Ha sido rápidamente adoptado en la formulación de diversos planes de salud. En primer lugar en Uruguay (ver: Muñoz, María J. (2006) “La reforma de Salud en Uruguay” – Asociación de Docentes de la Universidad de la República – 9 de noviembre de 2006. Luego en Argentina, tanto en el Plan Federal de Salud 2004-2008 como en el posterior Plan Federal de Salud 2010-2016.

¹⁰ Starfield B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press.

¹¹ Starfield, B; Hyde, J; Géroas, J & Heath, I (2008). “The concept of prevention: a good idea gone astray?” *Journal of Epidemiology and Community Health*: 62:580-583.

integralmente el modelo de atención. Sobre una población definida y conocida es posible asumir un enfoque centrado en las necesidades epidemiológicas más que en las demandas espontáneas que se concretan en los servicios, es posible establecer cuidados programados y una lógica de cuidados progresivos en red, es más factible desplegar acciones extramuros o comunitarias, es más viable incorporar esquemas de monitoreo y evaluación del desempeño de los servicios y redes.

2. Centrado en necesidades y no en demanda. Esto implica abandonar el modelo de atención actual limitado a cuidados episódicos y discontinuados para avanzar hacia otro donde se identifican las necesidades de la población con criterios sanitarios y se programan acciones para salir a la búsqueda del paciente. Las demandas espontáneas de la población, en ocasiones, expresan necesidades sentidas, en otras se orientan a criterios subjetivos que poco tienen que ver con los resultados de salud de la población y, en una significativa proporción de casos, las necesidades permanecen ocultas bajo una demanda reprimida¹². Un servicio que permanece a la espera pasiva del paciente tiene bajo impacto sobre la morbimortalidad. La solución es recuperar la programación de servicios desde un enfoque basado en la necesidad y, a partir de allí, desplegar conductas proactivas.

3. Responsabilidad nominada de los servicios sobre la población. Resulta imprescindible establecer quién es responsable por los cuidados de cada persona, que cada una de ellas tenga asignado un médico de confianza o un equipo de salud familiar¹³. Como contrapartida, cada médico y/o equipo de salud que actúe en APS debe tener asignado un grupo de personas bajo cuidado sobre las cuales poner en marcha las medidas definidas. Esta nominación permitirá conocer el real acceso de los pacientes a su red de atención así como premiar el cumplimiento de determinados estándares¹⁴.

4. Proactividad. Aún definiendo un modelo de atención orientado a la APS y con responsabilidad nominada, no está garantizado el alcance de resultados sino la elección de un camino para obtenerlos. Es por ello que resulta conveniente sumar herramientas que permitan detectar el cumplimiento de determinados estándares y, a partir de allí, eventualmente poner en marcha medidas correctivas.

¹² Starfield; Barbara (1995). "Comment: Health Systems Effects on Health Status-Financing vs the Organization of services". *American Journal of public Health* (vol.85) n°10:1350-1. Octubre.

¹³ En función de los lineamientos del modelo de atención, cada provincia preservará su autonomía para implementar las redes y concretar las protecciones como le resulte más conveniente. Así es posible que en algunas localidades urbanas se avance hacia la reconversión de los Centros de Atención Primaria de la Salud en policlínicos donde atiendan equipos de salud familiar interdisciplinarios, en otros lugares de carácter rural no habrá equipos sino sólo médicos de familia y en algunas provincias donde la oferta actual es mucho más hospitalocéntrica será necesario construir al modelo de atención sobre la base de hospitales en lugar de centros de salud.

¹⁴ Tobar, Federico (2008) "Cambios de paradigma en salud pública". *Medicina y sociedad* Año 28 , N°4 . Diciembre, 2008.

Como se ha mencionado, en la actualidad el sistema toma contacto con el paciente en la etapa sintomática, y se pierde la posibilidad de intervenir en la etapa asintomática y de aplicar medidas preventivas o de detección precoz. Este modelo, de probada utilidad en el manejo de enfermedades agudas, no lo es tanto para las enfermedades crónicas y mucho menos para poner en práctica medidas de carácter preventivo. Teniendo en cuenta el aumento en las tasas de enfermedades crónicas, responsables de los mayores usos y costos de los sistemas de salud y de la morbi-mortalidad de la población^{15, 16}, resulta conveniente reorientar el modelo hacia uno en el cual los contactos del paciente con el sistema surjan a partir de verdaderas necesidades de este último y no de sus demandas, tanto para evitar la sobreutilización del sistema como, y sobre todo, para no sub-utilizar medidas con soporte de la evidencia científica y de alto impacto en la morbi-mortalidad de la población.

Las tasas de control en este tipo de enfermedades han sido reportados como muy bajos, de hecho en patologías como la hipertensión arterial o la diabetes los reportes oscilan entre un 10 y un 40% de pacientes correctamente controlados^{17, 18}.

Un estudio realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre el padrón de afiliados de PAMI mostró que solamente el 54% de los pacientes hipertensos recibía tratamiento farmacológico y sólo el 18.5% tenían su enfermedad controlada¹⁹. Se han puesto en marcha diferentes estrategias para adecuar el modelo de atención a las necesidades de este tipo de enfermedades. Entre ellas, puede citarse el "Modelo para el Cuidado Crónico" ("The Chronic Care Model"²⁰), así como algunos proyectos puestos en marcha en 16 estados de Estados Unidos con el fin de evaluar el impacto del rediseño del modelo prestacional^{21,22}.

Puede contraponerse el modelo proactivo al que podría denominarse "medicina del radar", donde el contacto médico-paciente sólo se produce ante la aparición del síntoma y luego de su resolución el paciente deja de ser captado por el "radar",

¹⁵ Hoffman, C., D. Rice, and H.Y. Sung (1996). "Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs". *Jama*, 1996. 276(18): p. 1473-9.

¹⁶ Mokdad, A.H., Marks JS, Stroup JL, Gerberding JL. (2004). "Actual Causes of Death in the United States, 2000. *JAMA*, 2004. 291(10): p. 1238-1245.

¹⁷ Kearney, P., Whelton M, Reynolds K, Whelton P, He J. "Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review". *J Hypertens*, 2004. 22: p. 11-19.

¹⁸ Burt, VL; Cutler, JA; Higgins, M; Horan, MJ (1995). "Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the health examination surveys, 1960 to 1991". *Hypertension*, 1995. 26(1): p. 60-9.

¹⁹ Przygoda, P., J Janson, M O'Flaherty. (1998). "Lack of effective blood pressure control among an elder hypertensive population in Buenos Aires". *Am J Hypertens*, 1998. 11(8 Pt 1): p. 1024-7.

²⁰ Bodenheimer, T., E.H. Wagner, and K. Grumbach. "Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2". *Jama*, 2002. 288(15): p.1909-14.

²¹ Centers for Medicare & Medicaid Services, Medicare Coordinated Care Demonstration. 2004.. http://www.cms.hhs.gov/researchers/demos/fact_03_01_04.pdf. Visitado: 10 Mar 2004.

²² Shelton, P.S (2002). "Disease Management Programs: The second generation". *Dis Manage Health Outcomes*, 2002. 10(8): p. 461-467.

es decir, que el desencadenante del proceso de atención es la demanda del propio paciente²³. El modelo proactivo involucra un sistema integrado de intervenciones, mediciones y mejorías del cuidado de la salud, destinado a optimizarla desde el punto de vista clínico y económico.

Entre los requerimientos de un modelo proactivo, la información resulta un elemento fundamental. En este sentido, es necesario montar sistemas de registro sistemático y monitoreo continuo de las variables que permitan detectar incumplimiento de metas predeterminadas²⁴.

Uno de los componentes centrales de este tipo de modelos proactivos lo constituyen las denominadas Medidas de Soporte para la Toma de Decisiones (Clinical Decision Support System, en inglés), herramientas que actúan como alertas para el equipo asistencial y permiten identificar situaciones de incumplimiento a fin de poner en marcha medidas correctivas.

Como ejemplos de estas medidas de soporte pueden citarse las siguientes:

- Cumplimiento de cronograma de vacunación.
- Realización de determinada práctica de laboratorio (por ejemplo, dosaje de hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos).
- Identificar pacientes con mal control de su enfermedad (pacientes con hemoglobina glicosilada por encima de 7.5%).

A partir del impacto de las enfermedades crónicas, tanto en cuanto a costos como al impacto en la calidad de vida de los pacientes, se ha planteado una modalidad de atención diferenciada. El cuadro 1 compara las características de ambos modelos.

Cuadro 1: Características del modelo del radar vs el modelo proactivo.

Medicina del radar	Modelos proactivo
Reactivo (sólo en etapa sintomática).	Proactivo ("sale" a buscar al paciente).
Condicionado por la demanda (no siempre por la necesidad).	Continuado, no episódico.
Se ocupa de casos individuales.	Manejo poblacional.
Tratamiento disgregado.	Manejo multidisciplinario, integrado.

²³ Lifschitz Esteban (2009). "Los Gritos del Silencio". *Revista Adecra*, Año 12, N° 3: 34-35.

²⁴ Nobel, J.J. and G.K. Norman (2003). "Emerging information management technologies and the future of disease management". *Dis Manag.* 6(4): p. 219-31.

No estimula la prevención.	Estimula la prevención.
Estimula la Variación de la Práctica Clínica.	Normatización de tratamientos. Supervisión capacitante en servicio.

Resulta ilustradora la frase de Berwick²⁵ según el cual “cada sistema está perfectamente diseñado para lograr exactamente los resultados que logra”.

La implementación de un modelo de atención proactivo resulta potenciada por la implementación de una Historia Clínica Única Digital. Porque sistematiza los registros de información y facilita la auditoría de calidad de los tratamientos, pero en especial, porque permitiría emitir alertas de forma automática. En otras palabras, se trata de vincular los diagnósticos de los pacientes con el historial de sus contactos con el sistemas de salud (y los servicios que integran dicho sistema de salud). Esto permitirá identificar de forma automática si hubo o no continuidad de los cuidados, si hay situaciones de riesgo que requieren intervenciones inmediatas, así como si las indicaciones del médico tratante se ajustan o no a los protocolos. Pero la informatización de la Historia Clínica permite también automatizar este proceso, no sólo detectando tales situaciones, sino también emitiendo alertas que pueden convertirse en mensajes al clínico responsable en el mismo sistema de información, correos electrónicos y/o mensajes de texto a través de teléfonos celulares tanto al profesional como al mismo paciente notificándole la conveniencia de realizar una determinada práctica.

5. Construcción de protecciones universales. Superar un elenco de prestaciones cubiertas para avanzar hacia verdaderos programas de salud que propongan algoritmos de cuidados, definiendo funciones de producción en salud. Para construir protecciones universales de salud por líneas de cuidado, se definirá y estandarizará una serie de prestaciones tanto diagnósticas como terapéuticas que deben recibir quienes presenten una enfermedad, garantizando uniformidad en el acceso a la salud^{26,27}. La normatización del manejo de enfermedades permitirá, por un lado, asegurar al paciente determinadas prácticas y tratamientos de probada eficacia y, al mismo tiempo, reducir la variabilidad en la práctica médica. Cuando las protecciones estén implantadas,

²⁵ Berwick, D., “Charting the future of healthcare improvement”. *Qual Lett Healthc Lead*, 1998. 10(12): p. 2-4.

²⁶ CEPAL (2006). Capítulo III Protección social y sistemas de salud. *La Protección social de cara al futuro: Acceso al financiamiento y solidaridad*. CEPAL. Santiago.

²⁷ Tobar, F (2010) “Para reducir la fragmentación del sistema de salud” *Revista Isalud Volumen 4-Número 20*. Diciembre. Páginas 54-55.

los argentinos que padezcan una determinada enfermedad no tendrán acceso a prestaciones sino a cuidados garantizados y no podrán recibir prestaciones de más ni de menos, sino justamente las adecuadas para garantizar y preservar los mejores resultados de salud posibles.

6. Definir un Nuevo Programa Médico Obligatorio. De vigencia universal, tanto para beneficiarios de obras sociales y prepagas como para aquellos cuya cobertura será responsabilidad del subsector público. Pero además, el nuevo PMO no se limitará a enunciar un elenco de prestaciones sino que avanzará en definir protocolos de atención. Esto se hará de forma progresiva a través de la implementación sucesiva de líneas de cuidados.

7. Funcionamiento en redes de cuidados progresivos. No solo es indispensable definir una puerta de entrada al sistema sino también pautar la circulación del paciente por el mismo, maximizando la resolutivez y evitando la duplicación de ofertas así como los vacíos de la misma en determinados lugares. Lo cual agrava las brechas regionales en el acceso a los servicios. Por eso, se organizarán redes de cuidados progresivos incorporando protocolos de atención desagregados por nivel de atención (líneas de cuidados), recategorizando los servicios, instituyendo oficinas dedicadas a organizar la referencia y contra-referencia en los hospitales, incorporando mecanismos para monitoreo del funcionamiento en red, capacitando e incentivando a los prestadores.

1.4.2 Modelo de gestión

Si bien el modelo de atención es el verdadero eje de la reforma, tanto el modelo de financiación como el de gestión permitirán su sostenibilidad en el tiempo.

El modelo de gestión propuesto para el sistema de salud se centra en una clara y precisa definición de competencias. La intención es avanzar de forma progresiva hacia un escenario más planificado y coordinado que garantice no solo mejores resultados de salud para todos los argentinos, sino también que haga más sostenible la financiación del sistema. El primer paso consiste en buscar la eficiencia sistémica evitando superposición de coberturas y de funciones. Para ello, se definen cuatro instancias o pilares fundamentales del modelo de gestión:

1. El primer pilar del modelo de gestión consiste en consolidar una rectoría sólida en la cabeza del Ministerio de Salud de la Nación. Y su principal función será definir y coordinar la implantación de un modelo de atención único y universal. Para coordinar al sistema en su conjunto será imprescindible lograr un

acuerdo nacional por la salud que se plasme luego en una Ley Nacional de Salud a la cual deberán suscribir todas las provincias. Este es el único camino para lograr que el modelo de provisión pública y el modelo de aseguramiento por medio de obras sociales y prepagos tiendan a integrarse garantizando respuestas equivalentes en acceso, calidad y resolutivez.

2. Las protecciones de salud serán universales pero se distinguen dos niveles de protección para los cuales se admitirán modelos organizativos diferentes. En primer lugar, las protecciones generales se corresponderán con un nuevo Programa Médico Obligatorio y deberán ser garantizadas a todos los ciudadanos de forma explícita. Quienes sean contribuyentes podrán optar por un asegurador (obra social o prepaga), mientras quienes no lo sean tendrán la misma cobertura garantizada por el subsector público provincial. En segundo lugar, las protecciones catastróficas serán cubiertas para todos los argentinos por igual, siguiendo los mismos protocolos de atención y en la misma red de prestadores; a través de un seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas. Esto implica que la cobertura de las enfermedades de baja prevalencia y alto costo será excluida del Nuevo Programa Médico Obligatorio.

3. Asumir un sistema de información adecuado como eje para la toma de decisiones en todos los niveles de gestión (macro, meso y micro). Implementar el modelo de atención requiere cambios sustantivos en el sistema de información de la atención. En forma indivisible al modelo propuesto se requiere de un sistema de información que permita detectar cada contacto del paciente con el sistema, los resultados de los estudios solicitados así como detectar desvíos en los cuidados propuestos, generar alertas ante esos desvíos, permitir monitorear el cumplimiento de determinados estándares y así convertirse en la punta de lanza de un plan de incentivos.

Existen múltiples formatos de sistemas de información, ya sean desarrollos propios o los denominados “enlatados”. Cada uno de ellos ofrece ventajas y desventajas respecto al otro pero es necesario que, cualquiera sea la modalidad definida, el sistema se sustente sobre determinados pilares:

I. Historia Clínica Única Digital: plantear continuidad en la atención implica que los diferentes actores del sistema “giran” alrededor del paciente. Esto es, que más allá de quién haya sido el actor contactado por el paciente (médico de cabecera, sub-especialista, estudio por imágenes, internación, guardia, etc.), todos ellos tienen derecho a acceder a la información relevante del paciente y al mismo tiempo, la obligación de reportar sus hallazgos para mantener ese derecho en futuros contactos. El principal objetivo es contar con una historia clínica que integre toda la información sanitaria del paciente.

II. Orientada a problemas y centrada en el paciente: la atención en salud se desarrolla en diferentes momentos de la vida de la gente, siendo el seguimiento ambulatorio el que representa el mayor tiempo en el seguimiento habitual de una persona. A diferencia de una consulta en guardia o una internación, en la cual se producen “episodios” puntuales que motivan la atención, el seguimiento ambulatorio conlleva implícito un continuum de atención con enfermedades que permanecen por mucho tiempo o incluso nunca se curan (como por ejemplo, la HTA o la Diabetes). Estas enfermedades se denominan “problemas”, para diferenciarlos de los “episodios” comentados previamente. Es por ello que la evidencia recomienda diseñar las HC orientadas a problemas para el seguimiento ambulatorio.

III. Identificación inequívoca de las personas: armar un sistema de información que permita “fichar” cada contacto del paciente con el sistema y evolucionar los resultados de cada uno de esos contactos, requiere inevitablemente que cada vez que ese paciente se hace presente para su atención, la información generada sea cargada en su historia clínica y no en la otra persona. Para ello es imprescindible contar con un sistema que identifique en forma precisa y certera a las personas y ayude a reducir errores surgidos de la duplicación.

IV. Posibilidad de identificar cada contacto del paciente con el sistema, así como el resultado de dicho contacto: para implementar un modelo de atención proactivo es necesario que cada vez que el paciente se ponga en contacto con el sistema, éste logre captarlo. Al mismo tiempo, es necesario que capte el resultado de dicho contacto. Como ejemplo, podría citarse el caso de un paciente diabético que concurre dos veces en el año al laboratorio a realizarse una hemoglobina glicosilada²⁸. Es clave que en su Historia Clínica consten ambas extracciones así como el valor de cada una de ellas. Sin ambos datos (contactos y resultados) sería utópico plantear un sistema que pretende “salir a buscar” a aquellos pacientes que no han realizado las medidas preventivas recomendadas y mucho menos, poner en marcha medidas correctivas en caso de no obtenerse los resultados esperados.

V. Que permita conocer el perfil prescriptivo: Una de las herramientas que será desarrollada posteriormente consiste en una clara política de incentivos. La Historia Clínica permitirá conocer características asistenciales de cada médico e institución y desarrollar un “profiling” individualizado. No sólo será de utilidad para corroborar el cumplimiento de algunos indicadores sino como herramienta al definir concursos para cargos profesionales.

²⁸ Lifschitz Esteban (2010). *¿Sirven los chequeos?*. Revista Adecra, Año 12 N° 5: 28-29

4. Implementar un esquema controlado y planificado para organizar la oferta de servicios y tecnología. Para avanzar en este sentido se construirá el mapa sanitario argentino como una herramienta de planificación para lograr equidad que permite regular la oferta basada en necesidades. Tiene como principales utilidades adecuar el perfil y la distribución geográfica de los recursos humanos y tecnología sanitaria.

1.4.3 Modelo de financiación

Las prioridades del modelo de financiación serán orientar los recursos hacia los resultados, conquistar la equidad y garantizar la sostenibilidad. Se crearán tres fondos centrales: el FONASA, el Fondo de Equidad y el Fondo de Promoción. El primero y el último serán permanentes, mientras que el segundo será un fondo de inversión temporario y tendrá por objetivo recuperar y fortalecer la capacidad instalada del sector público y corregir las desigualdades e irracionalidades en su distribución.

Orientar los recursos hacia resultados. Se buscará reorientar el modelo desde el subsidio a la oferta (como ocurre en el sector público) y el subsidio a la demanda (sector de obras sociales y prepagas) hacia un modelo orientado a la eficacia y la efectividad de las acciones. Se han identificado tres grandes estrategias de organización y financiación de los servicios públicos²⁹:

a) Modelo de integración vertical. Involucra la financiación de la oferta donde la asignación se realiza en función de modelos retrospectivos como los presupuestos históricos. En las dos últimas décadas del siglo XX, muchos países buscaron abandonar esta forma de asignar recursos porque no incentiva un aumento en la eficiencia como resultado de una mayor producción e incorpora costos fijos³⁰. Sin embargo, utilizando de forma adecuada la programación de la atención, la integración vertical puede constituir una oportunidad para obtener conquistas en términos de eficiencia y eficacia. Este es uno de los motivos por los cuales en la actualidad son varias las obras sociales y empresas de medicina prepaga que están construyendo o comprando clínicas y sanatorios.

²⁹ Tobar, F (2002). "Economía del Hospital". En: Báscolo, Ernesto (editor). *Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio*. Rosario. Instituto Juan Lazarte 2002. Páginas 11-40.

³⁰ Kutzin, Joseph (1995). "Experiences With Organizational and Financing Reform of the Health Sector". Ginebra. OMS. *Division of Strengthening of Health Services. Paper no 8. Enero*.

b) Modelo de reintegro. Involucra la incorporación de la financiación de la demanda. La misma permite diversas versiones relacionadas con los modelos de pago que van de los más agregados (como el pago capitado) a los más desagregados (como el pago por acto médico). La opción por cada modalidad de pago involucra ventajas y desventajas. A medida que aumenta el nivel de agregación de la unidad de pago es mayor la parte del riesgo transferida al prestador pero, por otro lado, se corre el riesgo de perder información y capacidad de control sobre el sistema. Por otro lado, el reintegro admite dos modalidades según a quién se reintegra el dinero. Los modelos de seguro de enfermedad practican directamente un reembolso a los pacientes. Pero en los servicios públicos esta modalidad es de difícil aplicación.

c) Modelo de contratos programa o compromisos de gestión. Se trata de establecer un vínculo contractual entre el proveedor y el financiador que involucra el cumplimiento determinadas metas. En términos financieros, es la aplicación de un modelo de presupuesto global prospectivo para financiar la implementación de un determinado programa de asistencia médica. Existen dos modelos de contratos:

I) Los compromisos de gestión o **contratos de programa** son una herramienta más de programación que contractual a través de la cual se explicitan los criterios de política, las responsabilidades y mecanismos de asignación de recursos entre los ministerios y los servicios de salud. Si las autoridades ministeriales son renovadas o la política cambia, el contrato programa puede ser cancelado sin inconvenientes para las autoridades centrales.

II) Los **contratos de gestión** son instrumentos legales cuyo incumplimiento por una de la partes puede suscitar reclamos judiciales por la otra.

En el modelo de contratos establece anualmente el tipo de servicios que se deben brindar, la asignación y transferencia de recursos, así como los indicadores de desempeño que deberán ser evaluados. De esta manera, son definidos los mecanismos de delegación de autoridad y responsabilidades, permitiendo la evaluación y supervisión de lo delegado. Los resultados e indicadores de la gestión se convierten en las variables determinantes de la asignación de los recursos. Entre éstos indicadores pueden figurar índices de actividad, metas de crecimiento y/o evaluaciones de desempeño.

Uno de los procesos de construcción y definición más importantes de este instrumento es el análisis de los aspectos de calidad de los servicios de salud y la pertinencia de los indicadores correspondientes. La modalidad de su implementación es

participativa, envolviendo un juego de poder en su negociación, ya que los Servicios de Salud definen conjuntamente con los ministerios su misión, metas y necesidades financieras. Como componentes del Contrato de Gestión entre el Comprador de Servicios y el Prestador podemos mencionar los siguientes puntos:

1. **El objeto del contrato, definiendo su misión, objetivo y alcance.**
2. **Roles de las partes.**
3. **Derechos y Obligaciones de las partes.**
4. **Los Mecanismos de Control de Gestión establecidos.**
5. **Los Mecanismos de Resolución de Conflictos.**
6. **Cláusulas de Excepción.**

De esta forma, la aplicación de esta estrategia permite modificar las tradicionales relaciones interinstitucionales, sintetizándolas en un sólo documento, y convirtiéndose de esta manera en un papel ordenador fundamental del nuevo modelo organizacional.

En el diagrama 1 se ilustra esta dinámica presentando las alternativas de asignación de recursos financieros en los servicios de salud como un conjunto de opciones que se organizan dentro de un triángulo.

Diagrama 1. Modalidades de asignación de recursos en salud



El financiamiento se hará desde un fondo (el FONASA), el cual estará compuesto principalmente por aportes de los trabajadores y de los empleadores o de los patrones en caso de ser empresas unipersonales o monotributistas. Asimismo aportarán al fondo los trabajadores retirados (es decir, jubilados). El FONASA constituirá el núcleo central del sistema en la medida que además de financiar la atención médica, propiciará una más justa redistribución del ingreso en la sociedad argentina. Lo hace, básicamente, empleando tres fuentes: i) Aportes de los trabajadores activos, proporcionales a sus ingresos; ii) Contribuciones patronales y iii) Aportes del Tesoro Nacional.

Los recursos del FONASA serán asignados a:

- 1. Cobertura general de salud:** A través de transferencias capitadas a los responsables, ya sean aseguradores (obras sociales y prepagas) o subsistemas públicos provinciales.
- 2. Cobertura de riesgos catastróficos,** a través de transferencias capitadas al Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.

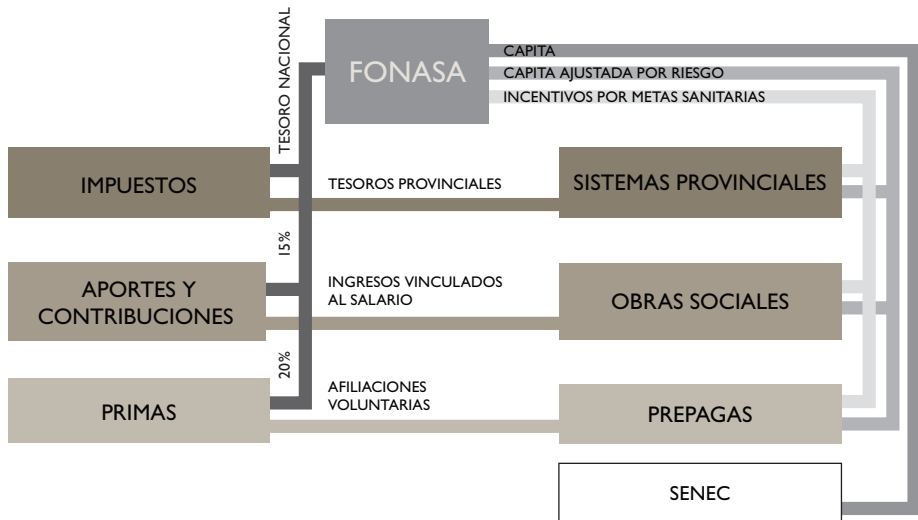
A su vez, para garantizar la cobertura general de salud las transferencias capitadas tendrán diferentes componentes según el responsable por la cobertura.

Podrán inscribirse en el FONASA como aseguradores generales de salud las obras sociales y prepagas que suscriban contrato con el mismo y recibirán transferencias sobre una base capitada en la que se distinguirán tres componentes: a) Costo Operativo del PMO ajustado a riesgo³¹, b) Incentivos por cumplimiento de líneas de cuidados, c) Incentivos por cumplimiento de metas de gestión.

Se mantendrá la financiación pública provincial de los servicios de salud y el FONASA complementará para garantizar la equidad y la adhesión al modelo de atención. Las provincias recibirán recursos del FONASA sobre una base capitada en la que se distinguirán dos componentes: a) Incentivos por cumplimiento de líneas de cuidados, b) Incentivos por cumplimiento de metas de gestión.

³¹ *Para ello constituye un avance y aporte importante el desarrollo de la Cátedra de Economía de la Salud de la Universidad Del Salvador y la Fundación del Sanatorio Güemes. Ver: Van der Kooy; Ernesto; Pezzella, Héctor & Lima Quintana, Laura (2011). Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Buenos aires. Fundación Sanatorio Güemes.*

Diagrama 2. Fuentes y flujos financieros en el Sistema Argentino de Salud. Escenario final a ser alcanzado en el largo plazo



Fuente: Elaboración propia

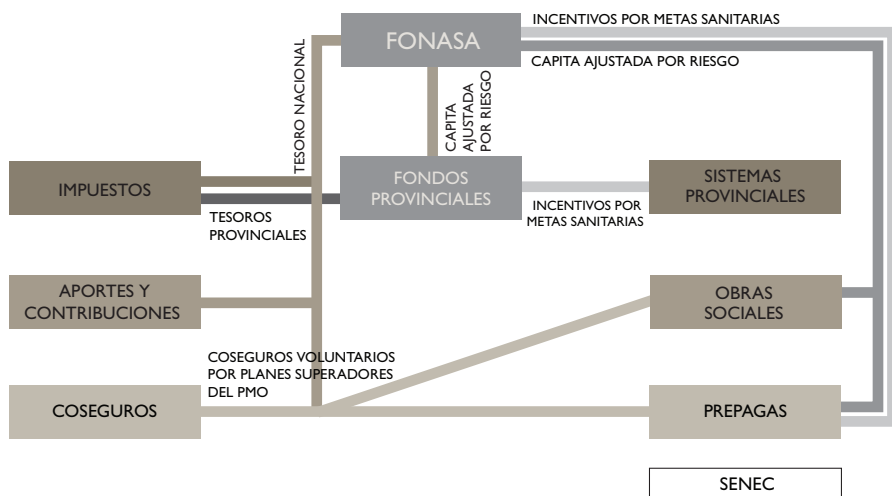
Para llegar a este escenario se contempla una estrategia de avance gradual.

De forma inmediata se constituirá el FONASA pero en lugar de captar la totalidad de los recursos de aportes y contribuciones, el mismo tomará aquellos que hoy se incorporan al Fondo Solidario de Redistribución y continuará distribuyendo el Subsidio Automático Nominativo (SANO) entre las obras sociales nacionales. A las empresas de medicina prepaga que decidan incorporarse al sistema se les asignará una capita ajustada según riesgo en función del costeo del PMO pero se les exigirá, como contraparte, que hagan un aporte al FONASA del orden del 20% de los co-seguros cobrados a los beneficiarios (Diagrama 3).

La transición entre el escenario de financiación inicial y el de largo plazo se concretará en función de dos variables. Por un lado, se espera que los usuarios actuales de empresas de medicina prepaga que quieran continuar contando con sus servicios tiendan a canalizar sus aportes y contribuciones desde el FONASA hacia estas empresas, de modo que se reduzca de forma progresiva la doble afiliación. En segundo lugar, se espera que, a medida que las obras sociales avancen en la incorporación del modelo de atención definido y orienten su gestión hacia la ob-

tención de resultados sanitarios, comiencen a percibir una porción relevante de sus ingresos en función de los compromisos de gestión por los cuales percibirán incentivos vinculados al cumplimiento de metas sanitarias. Esto podrá resultar más redituable que detentar un porcentaje fijo sobre el salario de los afiliados.

Diagrama 3. Fuentes y flujos financieros en el Sistema Argentino de Salud. Escenario inicial a ser alcanzado en el corto plazo



Fuente: Elaboración propia

El Fondo de equidad se constituirá con recursos del tesoro nacional y eventualmente con el apoyo de créditos externos. Su objetivo será recuperar la capacidad instalada de los servicios públicos de salud apuntando a su fortalecimiento y a lograr un acceso más equitativo por parte de la población beneficiaria. La identificación de los proyectos a financiar será realizada en función del mapa sanitario. Definir las prioridades en la asignación de los recursos será responsabilidad del COFESA y ejecutar las obras será responsabilidad de las provincias. Este fondo tendrá una duración de cinco años al cabo de los cuales se espera lograr una distribución más equitativa de los servicios de salud así como una refuncionalización de las plantas físicas y adecuación de la tecnología disponible para lograr una respuesta adecuada al modelo de atención y construir las protecciones sociales en salud priorizadas.

El fondo de promoción busca proteger los recursos para financiar acciones de promoción en salud evitando la puja distributiva con la asistencia médica. En una primera instancia sus destinatarios serán exclusivamente los municipios para lograr reorientar sus prioridades en salud hacia la formulación e implementación de acciones saludables. Pero en el largo plazo y a medida que los financiadores (obras sociales y prepagas) se reconvirtan hacia el modelo de atención propuesto y hacia el modelo de gestión por resultados, se deberá abrir la posibilidad para que disputen recursos del fondo. La administración estará a cargo del Ministerio de Salud de la Nación el cual acreditará todas las acciones y proyectos de promoción en salud que se implementen en el territorio nacional.

ESTRATEGIAS

El PES 2027 asume cuatro grandes estrategias de cambio que se concretan a través de un conjunto articulado de políticas sustantivas. Las mismas pueden ser representadas como una pirámide (diagrama 4) en cuya base se afirma el propósito de lograr la eficiencia sistémica a través de una adecuada división del trabajo, definiendo competencias y evitando superposiciones de coberturas y de prestaciones. Ello se logra a través de una redefinición de los roles de todos los actores involucrados, tanto del sector público (nacional, provincial y municipal), cómo del mercado (de seguros sociales, de seguros privados y de prestadores privados con y sin fines de lucro).

Diagrama 4. Estrategias para cambiar la forma de producir salud



Fuente: Elaboración propia

El impacto sanitario se logra definiendo objetivos concretos y asumiendo una rectoría única. En el vértice superior de la pirámide estratégica se ubica el impacto sanitario esperado, entendido como un cambio sostenido y sustentable en los resultados de salud medidos por indicadores epidemiológicos. Pero para llegar a este fin hará falta que, partiendo de una base de eficiencia sistémica, se asuman objetivos y se alcancen metas concretas de funcionamiento.

A continuación se presenta cada una de las estrategias del PES 2027.

1.1 Construcción de protecciones universales de salud por líneas de cuidados.

Una protección es una garantía explícita de respuesta social organizada frente a un determinado riesgo de enfermar y morir. El objetivo es avanzar de forma progresiva en la construcción de protecciones que optimicen los esfuerzos de la sociedad y del Estado en su conjunto para conseguir más y mejor salud para los argentinos. Más que un modelo de reforma de salud es una estrategia para construir ciudadanía, porque un modelo ciudadano de salud requiere consolidar protecciones iguales en calidad y resolutivez para todos los argentinos.

Definir las líneas de cuidados a implantar constituiría la forma más importante de definir prioridades sanitarias. Porque no se trata solo de definir qué se va a cubrir sino fundamentalmente cómo se lo va a tratar. No es igual definir un menú o elenco de prestaciones entre las cuales se incluye la cobertura del parto y la atención prenatal que definir e implantar un algoritmo que establece la cantidad y periodicidad de los controles, un mínimo de tres ecografías (una cada trimestre), la prescripción de hierro y ácido fólico, la derivación a un servicio de referencia en caso de eclampsia u otra situación de riesgo, etc. Incorporar líneas de cuidados es implantar políticas que afecten la gestión clínica llegando al corazón de cómo se produce salud. Por eso debe ser responsabilidad de la autoridad rectora el conjunto de problemas de salud que serán priorizados en cada etapa del camino.

Se trata de jerarquizar cuidados prioritarios. La idea no es racionar sino hacer una discriminación positiva, jerarquizando la respuesta frente a protecciones necesarias para responder a los problemas de salud que generan mayor carga de enfermedad. Todas las demás acciones se deben seguir haciendo, mientras sea necesario y no haya evidencia suficiente que indique lo contrario. Pero algunos cuidados de promoción, de prevención, de tratamiento y rehabilitación deben constituir prioridades. Protecciones sociales en salud que los argentinos asumimos como mínimos de ciudadanía no negociables. Conquistas que no pueden volver atrás

ante ninguna coyuntura, ni por ciclos macroeconómicos, ni cambios de gestión.

Construir protecciones por líneas de cuidados implica construir puentes entre los subsistemas de salud. Aunque, como se ha definido, la imagen objetivo es alcanzar iguales respuestas frente a iguales problemas, es necesario definir un camino para comenzar a conquistar esa igualdad. La propuesta es hacerlo desde el modelo de atención, buscando reducir la variabilidad de la práctica médica y asumiendo parámetros que estandaricen el diagnóstico y el tratamiento. Esto se hará de forma progresiva, enfermedad por enfermedad. Incorporando los avances de la Medicina Basada en la Evidencia para definir protocolos y guías de atención. Luego, los mismos serán implantados en todos los subsistemas buscando que en todos los casos, aunque la responsabilidad por la cobertura, la prestación y la financiación puedan diferir, los cuidados recibidos por los pacientes se ajusten al protocolo correspondiente.

Objetivos:

- Seleccionar y diseñar líneas de cuidados para construir protecciones sanitarias universales.
- Distinguir protecciones sanitarias básicas y protecciones sanitarias frente a riesgos catastróficos.

2.1.1 Selección y diseño de líneas de cuidados para construir protecciones sanitarias universales.

El Ministerio de Salud de la Nación definirá las líneas de cuidados así como el cronograma para su implantación. Para ello, seguirá la secuencia lógica ilustrada en el diagrama 5. En primer lugar, instituirá una comisión que, a partir de la investigación epidemiológica sobre mortalidad, morbilidad y carga de enfermedad, proponga patologías y problemas de salud prioritarios por su incidencia y prevalencia sobre la salud de los argentinos. En segundo lugar, a partir de la evaluación tecnológica en salud y captando y aprovechando los avances de la Medicina Basada en Evidencia, elaborará protocolos, guías y esquemas terapéuticos para organizar y estandarizar los cuidados. Luego los mismos serán validados, tanto en el ámbito del COFESA como a través de una convocatoria amplia a la comunidad académica y a los colegios y entidades profesionales. En cuarto lugar, será tarea del ministerio nacional dar a conocer las líneas de cuidados tanto a los aseguradores y financiadores como a los servicios y a la población. Además, deberá capacitar en servicio a los profesionales para instrumentar la efectiva puesta en marcha de las líneas de cuidados. Por último, será también su función evaluar el desempeño de los sistemas de protección (subsistemas provinciales, obras sociales y prepagas) en

la implementación de las líneas de cuidados, así como incorporar incentivos para fortalecer esta incorporación.

Diagrama 5. Secuencia lógica de la construcción de protecciones sanitarias



Fuente: Elaboración propia

La implantación de líneas de cuidados involucra cambios profundos en el modelo de atención. Hay, al menos, cuatro requisitos funcionales para construir protecciones universales por líneas de cuidados. Pero estos, a su vez, son medidas de reforma consistentes en sí mismas y generan sinergias entre sí:

e) Establecer responsabilidad nominada. En este esquema de división del trabajo es fundamental establecer quién es responsable por los cuidados de cada persona. Debe haber un profesional o un equipo responsable para que la población, a su cargo, reciba los cuidados y adhiera a los tratamientos. No se trata de prestar un servicio si alguien lo viene a demandar, sino de identificar la necesidad y salir al encuentro de una demanda que a veces no es manifiesta. Sólo cuando hay un servicio que funciona como puerta de entrada al sistema y que, si hace falta, se encarga de gestionar las derivaciones, es que los cuidados de salud se convierten en garantías explícitas. Los servicios públicos tienen que conocer la población que tendrán a cargo y salir a buscarlos, en vez de permanecer a la espera de que la gente venga a demandar las prestaciones. Esto requiere que su desempeño sea evaluado y tiene como condición que se disponga de infraestructura y personal adecuados.

f) Corregir desigualdades en la infraestructura y recursos humanos. Para que el heterogéneo subsistema público de salud consiga dar cuenta del desafío de brindar protecciones frente a las enfermedades priorizadas con igual trato en tiempo y forma, hará falta garantizar una oferta efectiva de servicios. El primer paso para lograrlo consiste en que, de una buena vez, los argentinos implementemos una categorización de nuestros servicios de salud. Mientras todos hagan “de todo” o, peor aún, mientras cada uno haga lo que puede en lugar de lo que debe hacer, no conseguiremos que la salud sea un verdadero derecho para los argentinos. Entonces será posible conquistar de forma progresiva servicios que brinden los cuidados que necesita la población que tienen a su cargo y cuyo desempeño sea evaluado. Pero esa evaluación exigirá, necesariamente, sincerar los recursos disponibles. Y es muy probable que en muchos lugares haga falta incrementar los recursos disponibles en términos de personal, infraestructura y presupuesto operativo.

g) Construir redes de cuidados progresivos. El siguiente desafío para el subsector público consiste en integrar verdaderas redes de cuidados progresivos donde la referencia y contrareferencia deje de ser una declamación para convertirse en una realidad palpable. Las redes no se construyen en abstracto sino en respuesta concreta frente a cada problema de salud. Los sistemas de información, como las historias clínicas electrónicas constituyen un apoyo importante para ello.

h) Regular a los financiadores. Una vez que el sistema público pueda garantizar tales cuidados, se exigirá a los seguros que también los brinden. Será tarea de la Superintendencia de Servicios de Salud transformar al Programa Médico Obligatorio en guías de cuidados y verificar que obras sociales y prepagas los concreten en la población que tienen a su cargo.

2.1.2 Distinción de protecciones sanitarias básicas y protecciones sanitarias frente a riesgos catastróficos.

Aunque el método para definir líneas de cuidados sea único, para implementarlas se las distinguirá según su incidencia y costo. De esta forma se establecerán dos grandes niveles de cobertura sanitaria: cobertura básica y riesgos catastróficos. Las primeras serán garantizadas por los subsistemas provinciales y por los seguros de salud. Las segundas serán garantizadas por un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.

Las líneas de cuidados se constituyen en protecciones en la medida en que su implantación se vincula con acciones reguladoras. Una vez que el sistema público pueda garantizar tales cuidados, se exigirá a los seguros que también los brinden. Será tarea de la Superintendencia de Servicios de Salud transformar al Programa Médico Obligatorio en guías de cuidados y verificar que obras sociales y prepagas los concreten en la población que tienen a su cargo.

2.2 Transformación del sector público de salud.

La transformación del sector público involucra revisar las funciones y competencias de cada jurisdicción. En primer lugar, es preciso consolidar un comando único para ejercer la rectoría desde el Ministerio de Salud de la Nación. En segundo lugar, hace falta reinventar los ministerios provinciales para que conduzcan Sistemas Provinciales Integrados de Salud. En tercer lugar, hace falta orientar a los municipios para que avancen por el camino adecuado de la gestión territorial y la promoción en la implementación de acciones sanitarias, evitando su superposición con los esfuerzos provinciales. Además, será imprescindible fortalecer al COFESA para coordinar un desarrollo equitativo y armónico de los sistemas integrados de salud en todas las provincias y para avanzar en la regulación hacia una distribución más racional de la oferta pública y privada.

También hará falta crear nuevas instituciones. Se contempla la creación de un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas como un ente público no estatal y también de una Junta Nacional de Salud como el ente colegiado que administre fondos para corregir las desigualdades estructurales del sector y promover el adecuado funcionamiento del sistema y sus subsistemas.

Objetivos:

- Construir la rectoría de salud en cabeza del Ministerio Nacional.
- Integrar sistemas de salud provinciales.
- Desarrollar redes de cuidados progresivos
- Fortalecer y reconvertir los servicios públicos de salud.
- Orientar la acción municipal en salud.

2.2.1. Construir la rectoría de salud en cabeza del Ministerio Nacional.

Ejercer la rectoría es definir el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud. Tomando como analogía una orquesta, allí hay diferentes músicos

que interpretan sus instrumentos con destreza, pero para lograr un concierto hace falta que haya un director único y que cada uno se ajuste a su propia partitura. Lo mismo ocurre en el sistema de salud. Aún con recursos humanos e instalaciones y tecnologías adecuados, para obtener como resultado más y mejor salud hará falta que cada uno haga lo que tiene que hacer³².

La competencia principal para construir la rectoría es diseñar y revisar el modelo de atención a ser implementado en todo el sistema de salud y en todo el territorio nacional³³. En el marco del PES 2027, se trata de una competencia fundante. La piedra angular del sistema. El ministerio nacional tiene la responsabilidad indelegable de diseñar los modelos de atención e identificar las hipótesis de intervención más adecuadas para resolver los problemas de salud de la población, así como identificar escenarios de convergencia de los sistemas provinciales y municipales hacia un modelo equitativo y universal. Esto involucra competencias como:

- a) Definir las líneas de cuidados a ser implementadas.
- b) Acreditar servicios para cada nivel de atención y coordinar con las provincias la recategorización de los servicios públicos.
- c) Acreditar acciones de promoción y prevención que se desplieguen desde municipios y provincias.
- d) Normatizar y promover el funcionamiento en red.
- e) Evaluar el desempeño de los subsistemas provinciales y de aseguramiento.
- f) Corregir inequidades e irracionalidades en la distribución de la oferta.
- g) Definir sistemas de información para gestión clínica, gestión en red y vigilancia.

La rectoría debe ser función exclusiva del Ministerio de Salud de la Nación. No puede ser compartida. Si entre los fundamentos del PES 2027, el principal es transformar la forma de producir salud en la Argentina y la equidad es un principio rector en la medida en que se busca lograr el acceso a iguales cuidados frente a iguales necesidades, no es posible que las provincias preserven su autonomía para definir el modelo de atención, la regulación de la oferta, ni el sistema de monitoreo y evaluación sanitaria. Porque esto podría generar estructuras desequilibradas y procesos diferentes que solo agravarían las profundas inequidades en salud.

Si bien la rectoría no puede ser compartida, sí debe ser validada y concertada en el ámbito del COFESA. Por lo tanto, una responsabilidad central del

³² Tobar, F (2002). "Cómo curar al sistema de salud Argentino". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol 11, No. 4, Abril.

³³ Tobar, F & Rodríguez Richeri, P (2004). *Hacia un Federalismo Sanitario Efectivo: el caso del consejo Federal de Salud Argentino, análisis y propuestas*. Ediciones Isalud Buenos Aires.

ministerio nacional consiste en convocar y presidir las reuniones del COFESA. Coordinar la ejecución del PES 2027 en todo el país.

La autonomía de las provincias será respetada, pero en el marco de un acuerdo federal para la implantación del Modelo Argentino de Salud. Es bajo la jurisdicción provincial que se integrará al sistema de salud, pero hace falta consolidar al COFESA como un verdadero espacio de articulación que vele por la construcción de un modelo de salud, reduzca los obstáculos para su implementación y avance en la reducción de las inequidades territoriales en el acceso, financiación y resultados de salud.

El COFESA asumirá decisiones vinculantes. En el marco de un pacto nacional por la salud de los argentinos, las decisiones relativas a los modelos de atención, de gestión y de financiación que configurarán el “Modelo Argentino de Salud”, tendientes a la integración del sistema, serán refrendadas de forma automática por las autoridades provinciales. Esto significa fortalecer al COFESA en su carácter ejecutivo, potenciando su capacidad de decisión. La revisión de experiencias internacionales de países federales que, como Brasil y Canadá, consiguieron (o están consiguiendo) avanzar en la reducción de las desigualdades regionales indica que es necesario instaurar un marco de acuerdos o pactos federales en el cual se armonicen medidas y se corrijan inequidades.

La rectoría será apoyada por instrumentos financieros acordes. Como será fundamentado más adelante, se contempla una ingeniería financiera que de sustento a la transformación del sistema de salud y a la consolidación del modelo de atención. En primer lugar, se implementará un fondo de equidad en salud con carácter transitorio y con el objetivo de corregir desigualdades en la distribución de la capacidad instalada del sector público. En segundo lugar, se operará de forma permanente un Fondo Nacional de Salud (FONASA), que garantizará la financiación de las protecciones sanitarias. Las provincias recibirán del FONASA una cápita ajustada según riesgo por cada ciudadano, cuya cobertura básica quede a cargo del subsistema público provincial. Además, parte de las transferencias del FONASA se harán a través de una lógica de gestión por resultados buscando incentivar el cumplimiento de metas prestacionales desde las redes provinciales de salud. Por último, para preservar las acciones de promoción de la puja distributiva con la asistencia médica, se constituirá un fondo nacional de promoción de salud con recursos independientes que incentivará el despliegue local de acciones de promoción articuladas con el modelo de atención impulsado desde el Ministerio Nacional.

2.2.2 Crear un Instituto Nacional de Salud que nuclea las funciones de regulación.

Es imprescindible avanzar hacia una regulación estratégica en salud. Esto requiere unificar y coordinar mejor las funciones regulatorias que ya se ejercen desde el Estado

nacional, así como coordinar y potenciar las acciones regulatorias no delegadas por provincias y municipios. Siguiendo el ejemplo y aprovechando la experiencia de otros países federales, se creará una poderosa agencia regulatoria que incluya a todos los factores involucrados dentro de la función de producción de salud. En primer lugar, los recursos humanos; en segundo lugar, la tecnología (incluyendo dentro de ella a los medicamentos); en tercer lugar, la infraestructura y oferta de servicios; y en cuarto lugar, los financiadores que tienen competencia en el aseguramiento en salud dentro del país.

Concentrar y fortalecer las capacidades regulatorias del Ministerio de Salud. A nivel nacional, las funciones de regulación en la actualidad se encuentran diseminadas entre diversas unidades organizativas como ANMAT, la Superintendencia de Servicios de Salud, la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Salud, la Administración de Programas Especiales, etc. Es necesario coordinar sus acciones en función del propósito de avanzar en la conquista de más y mejores resultados sanitarios así como de una mejor distribución de los mismos reduciendo las inequidades.

Incorporar nuevas funciones regulatorias en salud. Además de las funciones que ya desempeñan los organismos que intervienen en el área y que serán nucleados dentro del INS, se incorporarán nuevas competencias aún no desarrolladas en el sistema de salud argentino:

- g) Confeccionar y actualizar el mapa sanitario.
- h) Acreditar profesionales para desempeñarse dentro del sistema de salud.
- i) Acreditar y categorizar prestadores.
- j) Evaluar tecnologías sanitarias.
- k) Revisar, costear y actualizar de forma permanente el PMO.
- l) Monitorear el cumplimiento de políticas y líneas de cuidados en las diferentes jurisdicciones y entre los diferentes financiadores de salud.
- m) Diseñar, implantar y supervisar sistemas de información en salud como la Historia Clínica Unificada Digital y la prescripción electrónica.
- n) Evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud.

2.2.3 Sistemas Integrados de Salud en las provincias.

El Sistema Argentino de Salud alcanzará cobertura universal y homogénea a través de la coordinación de Sistemas Integrados de Salud Provinciales.

Será competencia de los ministerios de salud provinciales:

- a) Garantizar la implementación del modelo de atención definido por el Ministerio Nacional en el territorio provincial.
- b) Coordinar el funcionamiento de programas y servicios programando la

oferta proactiva de servicios con base en necesidades y no como respuesta a demandas espontáneas.

c) Alcanzar protecciones de salud universales y de calidad homogénea.

d) Reducir inequidades en el acceso dentro del territorio provincial.

El primer paso para integrar el sistema de salud es la identificación inequívoca de población demandante. Esto involucra la construcción de un Padrón Universal de Beneficiarios de Salud que identifique quien es el responsable por asegurar la cobertura básica de cada ciudadano.

El Padrón Universal de Beneficiarios de Salud racionaliza las coberturas. Esta responsabilidad por la cobertura general de cada ciudadano no es compartida, de modo que el padrón no permitirá registrar más de un asegurador responsable. Por un lado, se eliminará la superposición de coberturas. Por otro lado, para todos los argentinos habrá un subsistema de salud que se hará cargo de brindar las protecciones sanitarias generales.

En cada provincia, el Ministerio de Salud conquistará la universalidad de la cobertura asumiendo las protecciones generales de quienes no tienen seguro de salud. Esto significa que para quienes no tengan obra social ni prepaga, el estado provincial garantizará las mismas protecciones sanitarias a través de una red que parta de sus servicios, de servicios municipales y, donde no haya oferta pública adecuada, de contratos con prestadores privados.

El segundo paso para integrar el sistema de salud es promover la cooperación y no competencia entre prestadores. La eficacia del modelo de atención propuesto descansa en una adecuada división de competencias entre los servicios y en su despliegue territorial. Se trata de un modelo planificado y no competitivo. Donde cada servicio hace lo que debe y no lo que quiere o lo que le resulta más rentable. Se trataría de un elemento distintivo de los subsistemas públicos provinciales que brindarían las mismas protecciones que las obras sociales y prepagas en el sentido de la integralidad de la cobertura. Es decir, no se trata de un esquema que brindaría menos prestaciones sino que lo haría de otra manera. La primera característica distintiva de los sistemas provinciales es que partirían de la integración vertical entre prestador y asegurador y de un modelo de provisión directa complementado donde haga falta, con una contratación selectiva de proveedores. La segunda característica es que tiene mayores restricciones en la elección del prestador por parte del paciente.

El tercer paso es eliminar los subsidios cruzados en la financiación de servicios. Cuando se alcance la universalidad de la cobertura y de las protecciones

generales de salud en el ámbito provincial y se pueda identificar quién es el asegurador de cada ciudadano en salud, será posible eliminar las transferencias indirectas que se producen cada vez que un beneficiario de una obra social o de un prepago asiste a un servicio público. Será función de los gobiernos provinciales el instrumentar el cobro por tales prestaciones, ya sea a través del Nomenclador de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, o de aranceles concertados a través de contratos de prestación con los aseguradores (prepagos y obras sociales).

Los recursos captados por el cobro de prestaciones a los aseguradores volverán a los servicios a través de compromisos de atención y gestión. En cada provincia se integrará un fondo público de protección sanitaria que contribuirá a garantizar el cumplimiento de las protecciones sanitarias generales. El mismo será integrado por recursos del tesoro provincial y por la recaudación obtenida a través del cobro por las prestaciones brindadas a población con cobertura de prepagos y obras sociales. En función de la planificación sanitaria y la programación de servicios para dar cumplimiento al modelo de atención, se definirá metas prestacionales a ser alcanzadas por cada servicio. Se asumirán compromisos de gestión entre el Ministerio Provincial y los servicios (provinciales y/o municipales) que vincularán la asignación de los recursos del fondo al cumplimiento de dichas metas.

La financiación de los servicios públicos no se desafectará del presupuesto correspondiente. El entorno de compromisos de atención y gestión planteado involucra incentivos a los servicios para fortalecer la implementación del modelo de atención pero no reemplaza la financiación de la oferta. Las provincias y municipios deberán mantener sus asignaciones presupuestarias para financiar los servicios de salud de su jurisdicción.

Habrán incentivos financieros nacionales para garantizar la equidad de la cobertura y la implementación del modelo de atención y gestión del PES 2027. Las provincias recibirán recursos del FONASA sobre una base capitada en la que se distinguirán dos componentes:

- a) Componente meta asistencial, que se pagará si se logran y verifican la consecución de metas que incidan en la implementación de las líneas de cuidados.
- b) Componente meta de gestión, que premiará mejoras como la implementación en tiempo y forma de la historia Clínica Única Digital, la reducción de tiempos de espera para determinadas prácticas, la simplificación de trámites y mejora de la atención y orientación a los beneficiarios, etc.

2.2.4 Orientar la acción municipal en salud.

Los municipios pueden y deben asumir un papel protagónico en la producción de salud. Hay dos funciones en salud que los municipios pueden desempeñar mejor que nadie³⁴. La primera de ellas es privilegiar desde sus acciones el enfoque de determinantes de salud, la segunda es partir de la gestión territorial para construir modelos de salud familiar y comunitaria.

Privilegiar el enfoque de determinantes es asumir que la salud de la población depende de muchos factores más que del desarrollo de los servicios de salud. Este es uno de los grandes aportes del enfoque de determinantes sociales de la salud, tal como fuera formulado por el profesor Marc Lalonde en su informe titulado “Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses” (1974), que identifica cuatro determinantes generales que influyen en la salud: a) biología humana, b) ambiente, c) formas de vida y d) la organización del cuidado de la salud. El abordaje de determinantes constituyó un punto de inflexión en la concepción de las políticas de salud y el rol del Estado, recuperando el papel de la promoción de la salud.

Desplegar políticas de promoción de la salud abordando los determinantes de salud requiere necesariamente de un enfoque multisectorial. La respuesta adecuada a gran parte de los problemas de salud de la población requerirá de esfuerzos conjuntos que, además de los actores y autoridades de salud, involucren de forma progresiva a otros actores y autoridades representativos de los demás sectores políticos, económicos, sociales y culturales. Promover la inclusión social y, en un sentido más amplio, concretar la integración social; requiere garantizar respuestas que abarcan mucho más que el acceso a los servicios y cuidados de salud.

El abordaje intersectorial es más viable desde el nivel municipal. En el nivel nacional y provincial las respuestas sociales y sanitarias tienden a responder más al diseño burocrático de los organismos y programas que a las necesidades concretas de los ciudadanos. En cambio en el territorio, la cooperación entre diferentes áreas está sobredeterminada no solo por la escala (porque hay menos gente y se conocen más) sino porque los responsables locales se encuentran permanentemente con personas que demandan respuestas múltiples e integrales y no se les puede responder desde una óptica fragmentada.

³⁴ Tobar, F (2011). “Qué deben hacer los municipios en Salud”. *Médicos: Año XII N° 56*. Marzo.

Lo más importante que deben hacer los municipios en salud es promoción.

A nivel regional se ha denominado iniciativa de municipios saludables a esta estrategia que busca fortalecer la capacidad local para operar sobre los determinantes y condicionantes de la salud. Argentina está avanzada en esta iniciativa y cuenta con un Programa Nacional que asiste y acredita a los Municipios en sus avances hacia constituirse en saludables y otorga incentivos³⁵.

La asistencia médica debe ser una función secundaria. Desde este enfoque, aún es necesario que los municipios desplieguen acciones desde los servicios de salud. En particular, es importante aprovechar los servicios disponibles en aquellos municipios que poseen Centros de Atención Primaria de Salud y/o hospitales. Pero es imprescindible que el funcionamiento de los servicios municipales apunte a la transformación del modelo de atención.

Cuando asumen actividades de asistencia médica, los municipios deben desplegar la gestión territorial con eje en la salud familiar y comunitaria.

Gestión territorial significa asumir la responsabilidad por satisfacer las necesidades de la población que habita un espacio determinado³⁶. Los municipios deben constituirse en responsables primarios por las protecciones de salud en el primer nivel. Cuando los tienen, a partir de centros de atención primaria (CAPS), cuando no, a través de médicos de familia. En ambos casos, asumiendo un rol activo con la población que tienen a su cargo.

Hay cuatro competencias básicas en salud a desarrollar desde los municipios:

- a) Posicionar a la promoción de salud en un lugar destacado dentro de la agenda de desarrollo local.
- b) Establecer alianzas y pactos que promuevan un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables.
- c) Incorporar lógicas de acción participativas e intersectoriales.
- d) Organizar sus propios servicios de salud desde un enfoque de la salud familiar y comunitaria.

Las acciones municipales también precisan de rectoría. Los esfuerzos locales no deben funcionar de forma aislada porque pueden atentar contra la eficiencia y eficacia del sistema en su conjunto. Así como los servicios de salud precisan de

³⁵ Tobar F & Anigstein C (2008). *Hacia una nueva teoría de los Municipios y Comunidades Saludables*. Documento elaborado en el marco del proyecto ISALUD-OPS. Reposicionamiento de la Estrategia de Municipios y comunidades Saludables en las Américas. Buenos Aires.

³⁶ Tobar, Federico (2011). "Gestión territorial de la salud" En: Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Compiladores). *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Capacidades, problemas y desafíos*. Universidad Nacional de General Sarmiento. Instituto del Conurbano. 2010. Páginas 4 a 20.

una rectoría estatal y no deben quedar librados al juego del mercado, lo mismo ocurre con los municipios que tampoco deben hacer en salud lo que pueden o lo que quieren sino lo que deben. El desarrollo de lo local precisa un centro fuerte que compense donde deba compensar (en recursos humanos, materiales y financieros) si el objetivo municipalista es también el del acceso universal y de calidad homogénea. Por lo tanto, no se puede avanzar en lo local si no hay un ministerio con capacidad de transferir recursos de un lado al otro (para nivelar diferencias) y asegurar prestaciones generales universales sin un ministerio (o centro) fuerte.

Las acciones de promoción serán acreditadas e incentivadas desde la Nación y la gestión territorial desde la Provincia. Para consolidar las acciones de municipios saludables se instituirá un Fondo Nacional de Promoción en Salud que otorgará incentivos a los municipios para el despliegue coordinado de acciones saludables. Los recursos podrán ser compartidos con los gobiernos provinciales en los casos en que se sustenten sobre pactos territoriales que involucren acciones conjuntas. A su vez, a través de la programación conjunta de servicios y acciones de salud entre la Provincia y el Municipio, se asumirán compromisos de atención y gestión que otorgarán incentivos provenientes de los fondos provinciales de protección sanitaria a los municipios y sus servicios en función del cumplimiento de metas prestacionales acordadas con el modelo de atención propuesto.

2.2.5 Desarrollar redes de cuidados progresivos.

Una red de salud es un modelo de atención que organiza a los servicios de forma que provean cuidados continuos y progresivos a los pacientes. El funcionamiento en red tiene como requisito que los servicios se identifiquen, se reconozcan y cooperen. Esto conlleva, normas y procesos definidos, intercambio de información y coordinación. Pero por sobre todo, el funcionamiento en red se traduce en la definición de circuitos precisos para la circulación de los pacientes.

Redes de cuidados progresivos son aquellas que parten desde el Primer Nivel de Atención. En vez de organizar la lógica de funcionamiento de los servicios desde el hospital o centro de regencia se lo hace asumiendo al primer nivel como puerta de entrada y se pauta la circulación de los pacientes por el sistema en busca de la respuesta adecuada. En ese sentido, una red con eje en la atención primaria se distingue por tener una puerta de entrada al sistema de salud claramente definida, en la cual hay:

- a) Servicios con población identificada y a cargo (responsabilidad nominada).
- b) Definición de competencias de cada servicio (acreditación y categorización).
- c) Incorporación creciente de herramientas de gestión clínica tales como pro-

tocolos y guías clínicas para diagnóstico y tratamiento, así como una Historia Clínica Unificada.

d) Criterios operativos para definir la referencia y contrareferencia de pacientes (interdependencia).

e) Dispositivos de comunicación y traslado para movilizar el paciente.

f) Dispositivos de coordinación de los servicios que supervisan el funcionamiento en red.

El Ministerio de Salud de la Nación proveerá herramientas de gestión para consolidar las redes provinciales y municipales de salud. Entre los mismos se definirán los requisitos mínimos que deben ser alcanzados así como los pasos a seguir dentro de una estrategia gradual, progresiva y flexible. Estos se concretarán en dos instrumentos centrales: a) Bases para diseño de proyectos provinciales de fortalecimiento de redes y; b) Modelo de evaluación y seguimiento de redes de salud.

Las provincias asumirán su propio proyecto de red. Cada provincia mantendrá su autonomía para diseñar su propia red de salud con la definición de la puerta de entrada, de acuerdo a su propia oferta. Integrando a los servicios municipales, allí donde los hubiere. Promoviendo la articulación entre el sector público, las obras sociales y la red privada para aquellas acciones que resulten más adecuadas. Instituyendo unidades organizativas de referencia, contrareferencia y con los procesos y normativas que cada instancia requiera.

2.6 Fortalecer y reconvertir los servicios públicos de salud.

Concretar un cambio fundamental en el modelo de atención requiere implementar medidas acordes en los modelos de gestión y financiación de los servicios públicos de salud. Consolidar el funcionamiento en red con eje en el primer nivel de atención, la nominalización de la responsabilidad por los cuidados desde el primer nivel, la implantación de una Historia Clínica Única Digital y el funcionamiento en base a una atención programada proactiva, exigen un papel protagónico de los servicios públicos de salud. Hospitales y centros de atención primaria de la salud tienen que pasar de hacer “lo que pueden” para hacer “lo que deben”. Esto se consigue con políticas operativas claras pero también con una recuperación de su capacidad instalada, con mayores recursos operativos y con autonomía para ejecutarlos en función de los objetivos sanitarios.

Los Centros de Atención Primaria deberán ser la piedra angular del modelo de atención. En las áreas rurales, conformando centros de salud familiar. En las áreas urbanas, avanzando hacia policlínicos. Pero en ambos casos desplegando

responsabilidad nominada sobre la población a su cargo, impulsando protecciones sanitarias por líneas de cuidados, promoviendo la atención programada, cuidados progresivos y funcionamiento en red. Por estos motivos, los centros de primer nivel deberán ser monitoreados, evaluados e incentivados en función de sus logros sanitarios (en términos de accesibilidad a procesos y de resultados) sobre la población a su cargo.

Los hospitales se constituirán en empresas sociales de salud. Con plena autonomía en la gestión de sus recursos pero siempre operando dentro de un modelo de atención definido, con funcionamiento en red, con cuidados progresivos, con atención programada y avanzado en la construcción de protecciones por líneas de cuidados. Entre las características del modelo de gestión de las empresas sociales de Salud se destacan:

- a) Tendrá un directorio integrado por miembros de la comunidad donde opera el hospital.
- b) Elaborarán un plan maestro de operaciones que será aprobado por la jurisdicción provincial correspondiente en el cual se comprometen a brindar respuesta en determinadas patologías y niveles de resolutiveidad a la población de su área de influencia.
- c) Recibirán parte de su financiación en función de compromisos de gestión vinculados al cumplimiento de metas sanitarias.
- d) Realizarán compras y contrataciones descentralizadas a través de un portal electrónico único que permitirá una máxima transparencia en los procesos, fomentará la competencia entre oferentes y reducirá los tiempos de los procesos.

En este nuevo entorno, el hospital debe recuperar su papel protagónico dentro de la política de salud. En su "Teoría del hospital", Ramón Carrillo señalaba que "... los hospitales no se organizan a base de libros, ni a conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino principalmente a base del conocimiento de la problemática social de la población a la que el establecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado desde un gobierno"³⁷. La constitución de empresas sociales de salud permitirá constituirlos en entes que defiendan los intereses comunitarios pero en el marco de una red y de una política definidas. Los compromisos de gestión como modalidad de asignación de recursos permitirán vincular la financiación con el logro de metas.

Los hospitales comenzarán a planificar su acción y a tener cada vez mayor autonomía en la gestión de sus recursos. Pero para ello será imprescindible que los hospitales elaboren su plan maestro de funcionamiento acorde a la política provincial y

³⁷ Carrillo, Ramón (1953) "Teoría del hospital", Tomo I. Organización y Arquitectura. Incluido en Carrillo, R. Obras completas. Buenos Aires. Eudeba. 1986.

nacional³⁸. El mismo deberá ser aprobado por el ministerio provincial correspondiente (incluso en el caso de hospitales municipales) y, cuando también sea posible, por los Consejos Provinciales de Salud correspondientes. Es a partir de entonces que se procederá a celebrar compromisos de gestión entre el servicio y el sistema de salud provincial. De esta manera, la financiación hospitalaria surgirá en parte de un presupuesto centrado en la oferta y, en parte, de los compromisos de gestión. Los recursos obtenidos por este segundo mecanismo de asignación les permitirán incorporar incentivos al personal, realizar proyectos y acciones innovadoras e incluso realizar obras y adquisiciones.

2.3 Regulación sanitaria de los mercados de salud.

Regulación sanitaria significa someter el funcionamiento de los mercados de salud a los objetivos de la política de salud. La regulación es imprescindible porque el mercado no asigna los recursos de la manera adecuada para resolver los problemas de salud de la población. La desregulación de los mercados sanitarios produce encarecimiento de las prestaciones y una concentración irracional e inequitativa de los oferentes, pero en ningún caso genera más y mejor salud. Regular es “ajustar el funcionamiento de un sistema a unos fines determinados”. Esos fines son políticos, no económicos, por lo tanto, la regulación constituye un componente fundamental de la rectoría.

Los dos componentes centrales de la estrategia de regulación sanitaria de los mercados de salud son: a) la regulación de la oferta de bienes y servicios de salud y b) la regulación de seguros de salud. La primera incluye desde los recursos humanos hasta los medicamentos, pasando por las tecnologías de diagnóstico y los establecimientos de salud. La segunda incluye a obras sociales y prepagas. En todos los casos el fundamento que rige la política es que la cantidad y la calidad en que estos factores centrales en la producción de salud estén disponibles afecta no solo el costo de la salud para el país en su conjunto sino también los resultados de salud alcanzados y, por lo tanto, deben ajustarse a los objetivos y criterios del plan estratégico.

Objetivos:

- Implementar un mapa sanitario que oriente la distribución y expansión de la oferta de servicios públicos y privados de salud en todo el territorio nacional.
- Incorporar un esquema planificado para la formación, habilitación y acreditación de recursos humanos en salud.

³⁸ *Barnum, Howard; Kutzin, Joseph (1993). Public hospitals in developing countries. Resources, cost, financing. Baltimore, Johns Hopkins University Press.*

- Controlar el precio de los medicamentos y promover la oferta de productos genéricos.
- Incorporar reglas e incentivos para que los aseguradores de salud maximicen su aporte a la salud de la población argentina.

2.3.1 Mapa sanitario

¿Cuántas camas hospitalarias deben existir en relación al número de habitantes? ¿Cómo debe distribuirse entre especialidades? ¿Donde deben distribuirse las camas y en qué cantidad y calidad? No son estos interrogantes nuevos, es así como comenzaba el Plan Analítico de Salud de 1951³⁹. Desde entonces, la situación, lejos de mejorar, fue empeorando y haciéndose más compleja a medida que crecía la innovación tecnológica y se profundizaba la especialización de los profesionales. A fines de la década del noventa había en la Argentina equipamientos de diagnóstico suficientes como para atender a toda la población de América Latina, pero por supuesto muy inadecuadamente distribuidos⁴⁰. Es necesario revertir esta irracional distribución de la oferta, tanto de profesionales como de servicios.

El mapa sanitario es una herramienta de planificación para lograr equidad y permite regular la oferta basada en necesidades. Tiene como principales utilidades adecuar el perfil y la distribución geográfica de los recursos humanos y tecnología sanitaria⁴¹. El diseño de un mapa sanitario involucra una serie de variables que permiten estimar, con un alto grado de certeza, las reales necesidades de oferta de servicios⁴². Asimismo, debe ser suficientemente dinámico en su actualización para evitar que una herramienta inicialmente útil se convierta en obsoleta perdiendo sus reales utilidades.

El mapa sanitario es un dispositivo georeferenciado que toma la oferta de servicios como variable dependiente de las necesidades sanitarias de la población. Los pasos a seguir para desarrollar el mapa sanitario incluyen:

³⁹ Argentina. Ministerio de Salud Pública de la Nación (1951). *Plan Analítico de Salud Pública. Período 1952-1958. Capítulo 1. Medicina Asistencial o curativa. Parte A. objetivo I número de camas. Asistir al enfermo "no pudiente" en un número de establecimientos "suficientes", cuantitativa y cualitativamente considerados, sean hospitales, centros médicos o institutos, facilitando medicamentos al mismo tiempo que servicios médicos.* Páginas 18 y 19.

⁴⁰ Grula, Susana y Canitrot, Carlos (1990). *El sector productivo de equipos y otros dispositivos médicos en Argentina: caracterización del sector y lineamientos para una futura política.* Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. Representación OPS/OMS en Argentina. Publicación N° 25.

⁴¹ Perez Romero L.A. (2009). "Geomarketing y geoepidemiología para formular estrategias en salud pública y privada". *Salud Uminorte. Barranquilla (Col.)* 2009; 25 (2): 293-318

⁴² Lifschütz, E & Tobar, F (2010). "Cuando más no es mejor". *Médicos: Año XII N° 59.* Septiembre de 2010

1. Análisis de la oferta actual de los servicios y tecnologías a ser incluidas en el mapa (recursos humanos a ser formados y habilitados, servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel). Y análisis de los flujos asistenciales: procesos vigentes para registro de turnos y derivación, niveles de ocupación y aprovechamiento registrado y potencial.
2. Definición de procesos para evaluación de las nuevas tecnologías a ser incluidas.
3. Análisis de la necesidad de disponibilidad de los servicios. Información sobre pacientes que utilizan o deberían utilizar el servicio: características demográficas y sociales, información epidemiológica.
4. Determinación de estándares para programar la oferta. En función de estándares internacionales y/o de criterios lógicos fundamentados en las características del modelo de atención impulsado.

Una vez puesto en marcha el mapa definirá prioridades para la inversión pública y criterios para la habilitación de prestadores privados. Se establecerá una “masa crítica” de número de casos mínimos a ser alcanzados por el prestador para asegurar tanto una suficiente experiencia en la realización de determinada práctica, como la sostenibilidad del mismo. Por lo tanto, el mapa permitirá detectar excesos y faltantes en la oferta de servicios⁴³. Las inversiones públicas (del Fondo de Equidad en Salud) se orientarán para cubrir esos faltantes, pero también se utilizará el mapa para exigir a los aseguradores que garanticen una red completa de atención en cada provincia.

2.3.2 Planificación de los recursos humanos en salud.

La cantidad y calidad de los profesionales de la salud es el factor de mayor peso dentro de la función de producción de salud de un país. Los recursos humanos son el componente más importante para generar salud. Por un lado, el modelo de atención centrado en APS y salud familiar, con redes de cuidados progresivos requiere de la disponibilidad de recursos profesionales adecuados en cada jurisdicción. Por otro lado, un exceso en la oferta de especialistas puede atentar contra la viabilidad del modelo de atención propuesto. Por lo tanto, el primer paso de una política adecuada de recursos humanos en salud pasa por definir los perfiles profesionales necesarios para el sistema y delimitar los cupos o cantidades adecuadas para disponibilidad de los mismos.

⁴³ Fisher ES (1999). *Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care. How Might More be Worse?*. JAMA 1999; 281(5):446-453

El INS acreditará los recursos humanos de salud que ejercerán dentro del sistema de salud. Las universidades argentinas tienen autonomía para definir su oferta formativa, así como para definir cupos de ingreso y requisitos para la titulación de sus egresados. Sin embargo, un sistema de salud que funcione de forma adecuada en concordancia con un modelo nacional de salud requiere identificar cuáles son los requisitos de disponibilidad y distribución del más importante factor para generar salud, que son los recursos humanos. Por este motivo, al igual que lo han hecho otros países, será necesario definir los perfiles profesionales adecuados, en función del diseño del modelo de atención y su distribución, en función del mapa sanitario nacional. Será competencia del Instituto Nacional de Salud acreditar a los profesionales para ejercer en el sistema de salud argentino y esto se hará a partir de los méritos de los mismos profesionales y de las necesidades sanitarias de la población.

2.3.3 Control del precio de los medicamentos y promoción de la oferta de productos genéricos.

El acceso a los medicamentos constituye un gran problema social. Por un lado, su utilización crece y los medicamentos constituyen el insumo estratégico más utilizado por los profesionales de salud. Su peso dentro del gasto total en salud del país crece, así como también sus precios y en algunos casos se sitúan por encima de los registrados en otros países que pueden ser tomados como referencia, tales como Europa, Canadá y Australia. Por otro lado, los medicamentos constituyen el componente más regresivo dentro del gasto sanitario. En sus tres cuartas partes el gasto en medicamentos proviene del ingreso de los hogares y, en función a sus ingresos, los pobres gastan más que los ricos.

La política de medicamentos tiene dos grandes brazos: la provisión pública y la regulación del mercado. Para el primer brazo se mantendrán los programas vigentes en el Ministerio de Salud de la Nación, complementados con la adquisición centralizada de Medicamentos de Alto Costo desde el Seguro Nacional de Enfermedades. Para el segundo brazo se contempla el despliegue de políticas de genéricos y del control de precios.

La promoción de genéricos incluirá aspectos centrados en la oferta y en la demanda. Sobre la oferta, instrumentando requisitos mínimos para que un producto sea categorizado como genérico. Esto involucra reglamentar la comprobación de su intercambiabilidad (a través de estudios de bioequivalencia), la cantidad de oferentes que debe haber en el segmento, el etiquetado y la tramitación del registro (que será simplificada y abreviada). Para promover la demanda de productos genéricos se

reglamentará y fiscalizará el cumplimiento de la ley 25.649/02 y sus correspondientes en las 24 provincias, que promueve la utilización de los medicamentos por su nombre genérico incluyendo la prescripción obligatoria por Denominación Común Internacional tanto en el ámbito público como en el privado y la sustitución farmacéutica. Esto incluye un monitoreo permanente de recetas, auditorías en farmacias y la aplicación de multas y sanciones por incumplimiento tanto a los responsables por la prescripción, como por la dispensación y la financiación de los productos.

La política de control de precios de medicamentos definirá tres regímenes regulatorios diferentes. Para ello se considerarán dos variables: a) cantidad de oferentes del mismo producto en el mercado (principio activo, dosaje, presentación y forma farmacéutica) y b) precio medio en vigente en el mercado comparado con países asumidos como referencia internacional y ajustado según paridad del poder adquisitivo. A partir de la distribución a la luz de ambas variables, las más de 20.000 presentaciones comerciales autorizadas por ANMAT serán agrupadas en tres categorías o canales regulatorios:

a) Liberación de precios para el mercado autoregulado conformado por aquellos productos que cuentan con seis o más oferentes en el mercado nacional y cuyos precios medios resulten compatibles con el precio de referencia internacional.

b) Libertad monitoreada para aquellos productos que no cumplan con una de las dos condiciones anteriores. Es decir:

b.1) Son competitivos (tienen seis o más oferentes) pero el precio medio vigente en el mercado interno es superior al precio de referencia internacional.

b.2) Son oligopólicos (tienen menos de seis oferentes) pero el precio medio vigente en el mercado interno es igual o inferior al precio de referencia internacional.

En ambos casos, el Ministerio de Salud de la Nación informará a los oferentes sobre la situación, pudiendo solicitar a éstos que fundamenten sus conductas. Si lo considera necesario, el Ministerio podrá: pasar el producto al régimen c) de precios controlados, y/o promover la oferta a través de la producción pública o de la importación directa instrumentando trámites de registro abreviados.

c) Precios controlados: Para los productos monopolísticos y oligopólicos de alto costo. En este caso el Ministerio de Salud de la Nación fijará un precio de referencia basado en comparaciones internacionales.

2.3.4 Reglas e incentivos para que los aseguradores de salud maximicen su aporte a la salud de la población argentina.

Regular a los financiadores de salud con objetivos sanitarios es convertir a obras sociales y prepagas en instrumentos del PES 2027. Regular, en ese sentido, es modelar conductas en el mercado para alcanzar metas y objetivos de salud pública. Esto requiere:

a) Evaluación de desempeño de todos y cada uno de los seguros de salud en el país. Con medición de los resultados de salud obtenidos sobre la población asegurada, así como del cumplimiento de procesos asistenciales priorizados, como: i) la implementación de Historia Clínica Unificada Digital en tiempo y forma; ii) la responsabilidad nominada en el primer nivel de atención; iii) los niveles de instrumentación de las líneas de cuidados y el despliegue proactivo para captación de pacientes; iv) el armado de redes de cuidados progresivos.

b) Incorporación de incentivos. Supone incorporar incentivos para que las obras sociales y prepagas promuevan la salud y no sólo brinden asistencia médica o aseguramiento. Cada seguro es responsable por la salud de un determinado grupo poblacional al cual brinda cobertura médica. Si el seguro organiza su modelo de atención en función de las definiciones del Ministerio de Salud de la Nación, así como si consigue reducir las tasas de prevalencia de determinadas patologías, el mismo se haría merecedor de incentivos financieros del FONASA; en caso contrario recibiría sanciones. Esto se instrumentará a través de un flujo de recursos vinculado a metas prestacionales.

La estrategia regulatoria se apoya sobre el sistema de información. El fortalecimiento de los sistemas de información es el mayor requisito para la factibilidad de la regulación. La Historia Clínica Única Digital es un pilar en ese sentido, no solo porque registra información epidemiológica sino porque también permite verificar la adhesión y el cumplimiento de líneas de cuidados, realizar la trazabilidad del paciente verificando el funcionamiento en red y aportar información para verificar el perfil prestacional de los servicios. La regulación sanitaria requiere no solo del registro de tales datos sino de la construcción de usos inteligentes de la información para modelar los mercados de prestaciones y aseguramiento. Por ejemplo, uno de los resultados relevantes de la información gestionada debería ser un cuadro de mando integral de los subsistemas de salud que permita rankearlos por su desempeño. Esto constituiría información útil no solo para la macrogestión sanitaria sino también para orientar las elecciones de los usuarios que podrían elegir su asegurador en función de criterios objetivos. El sistema de información clínica. Pero además esta información permitirá consolidar reportes de prestaciones y contratos vigentes entre los seguros y sus prestadores.

El elenco de servicios a ser cubierto debe ser único en todos los casos. Se trata de un requisito básico de los seguros sociales en salud. Por eso se propone la distinción de las coberturas básicas que podrán ser cubiertas por aseguradores sociales, privados o por los subsistemas provinciales, de los riesgos catastróficos, que serán cubiertos por un único seguro nacional que cubrirá a todos los argentinos.

Para producir salud no alcanza con garantizar cobertura de un elenco de prestaciones. Como lo define el modelo de atención, hace falta definir qué se cubre, cómo se lo cubre, quien presta los servicios y cuando lo hace. Por eso, de forma progresiva y a través de la implementación de líneas de cuidados se avanzará desde una canasta básica de prestaciones (que hoy es conocida como PMO) hasta verdaderos programas de cuidados sobre la base de algoritmos definidos y con metas asistenciales claras.

La definición de las coberturas surgirá de la evaluación sanitaria y económica de las prestaciones y cuidados. La comisión de evaluación de tecnología en salud propondrá las tecnologías y prestaciones a incorporar sobre la base de evaluaciones de: a) efectividad clínica fundamentada en revisiones de Medicina Basada en Evidencias; b) costo oportunidad de su cobertura y c) viabilidad financiera de su inclusión dentro del elenco de prestaciones cubiertas por el FONASA. Anualmente el Ministro de Salud de la Nación presentará las previsiones de inclusiones en un reporte al Congreso de la Nación y el mismo se constituirá, a su vez, en un elemento para la discusión y aprobación del presupuesto nacional. La aprobación de esta previsión adquirirá carácter de Ley instaurando una barrera a la extensión de coberturas por dictámenes judiciales.

El monitoreo del costo del PMO constituirá una herramienta regulatoria. Tanto la información reportada por los seguros de las prestaciones brindadas y sus contratos, como la previsión anual de cobertura incorporadas, servirán para monitorear sobre bases robustas el costo del PMO y su desagregación por grupos de riesgo. Es importante distinguir que se propone un modelo con cobertura universal, con un Programa Médico Obligatorio único y homogéneo para todos los subsistemas de salud y en el cual se avanzará de forma progresiva desde un elenco de prestaciones hacia verdaderos programas de cuidados proactivos. En este marco, la incorporación de cada línea de cuidados afectará los costos prestacionales. Por lo tanto, es central que se controle el PMO como una forma de controlar el gasto en salud. En síntesis, el Ministerio de Salud de la Nación definirá de forma periódica valores de referencia de un Costo Operativo del PMO desagregado por sexo y edad, así como por otras categorías y criterios que sean considerados necesarios para ajustarlo a riesgo. Esto será una función del Instituto Nacional de Salud.

El financiamiento de las coberturas básicas se hará desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El mismo estará compuesto principalmente por aportes de los trabajadores y de los empleadores o de los patrones en caso de ser empresas unipersonales o monotributistas, de jubilados y pensionados; así como del tesoro nacional. Los beneficiarios serán:

- a) Los aseguradores inscriptos (obras sociales y prepagas).
- b) Los subsistemas provinciales de salud.

Los aseguradores recibirían del FONASA una cápita ajustada según riesgo e incentivos por su avance en la implementación del modelo de atención y de gestión. El ingreso de los seguros sociales se debe desvincular de la renta de sus beneficiarios pero se debe vincular al costo actuarial de su cobertura⁴⁴. Tanto los subsistemas públicos como los aseguradores recibirán transferencias sobre una base capitada en la que se distinguirán tres componentes:

- Costo Operativo del PMO ajustado a riesgo.
- Metas asistenciales, que se pagarán si se logran y verifican la consecución de metas que incidan implementación de las líneas de cuidados.
- Metas de gestión que premiarán mejoras como la implementación de tiempo y forma de la historia Clínica Única Digital, la reducción de tiempos de espera para determinadas prácticas, la simplificación de trámites y mejora de la atención y orientación a los beneficiarios, etc.

2.4 Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas

Se denomina catastróficas a un conjunto limitado de enfermedades, muchas de ellas de baja prevalencia y que demandan un volumen creciente de recursos. Se las denomina enfermedades catastróficas, no por su peso relativo sobre la carga de enfermedad sino por su impacto económico. Su impacto financiero sobre quienes las padecen y sobre quienes las financian, es muy alto⁴⁵.

El Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas será un sistema solidario cuya misión será consolidar el derecho universal a los cuidados ade-

⁴⁴ Varios países que detentan sistemas de seguros sociales han incorporado mecanismos de asignación de recursos a través de cápitadas ajustadas según riesgo, entre ellos Israel, Colombia, Holanda, Suiza, Alemania, Bélgica y más recientemente Uruguay. En Argentina, esto sólo se ha implementado de forma parcial como mecanismo de compensación por medio del decreto 1901 del 2006 (SANO)

⁴⁵ Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM (2005). "Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure". Ginebra; WHO, Technical Briefs for Policy Makers No.2

cuados frente a las enfermedades catastróficas. Todas y todos los argentinos que padezcan estas enfermedades recibirán la asistencia y tratamiento acordes al estadio de la misma, de forma independiente a su nivel de ingreso y lugar de residencia. Para alcanzar su misión el seguro dispone de autonomía, de fondos estables y administra riesgos.

Un seguro es un mecanismo que permite reducir incertidumbres transfiriendo el riesgo de ocurrencia de un hecho fortuito (siniestro) a un tercero que por ello recibe un pago adelantado. **La sostenibilidad del seguro tiene como requisito el reunir un conjunto de asegurados cuyos riesgos individuales se consolidan en un conjunto o pool de riesgo.** Cuanto más grande el pool de riesgo, más sostenible. Es decir, más “seguro” resulta el seguro. A mayor población cubierta, menor incidencia y mayor costo de las prestaciones involucradas, mejor resultará el funcionamiento de los seguros de salud como mecanismos de protección social frente a la adversidad económica que generan los eventos de enfermedad. Por ejemplo, tratar a un paciente con Enfermedad de Gaucher puede costar más de U\$s 300 mil al año. Este valor resulta fatal si lo debe enfrentar el paciente o su grupo familiar. El costo del tratamiento también desequilibraría las finanzas de un seguro de salud que cuenta con alrededor de 10.000 beneficiarios. Pero repartido entre 40 millones de habitantes, el impacto sería mínimo.

Las enfermedades catastróficas configuran una encrucijada porque, de no implementarse respuestas adecuadas, generarán nuevas ineficiencias e inequidades ya que por una parte, los recursos financieros disponibles para salud podrían resultar asignados a gastos poco efectivos y por otra, el impacto financiero que las mismas implican para quienes la padecen, podrían excluir al paciente del tratamiento adecuado. Resulta urgente la inclusión dentro de la agenda de políticas sanitarias de protecciones universales frente a enfermedades catastróficas que garanticen el acceso oportuno y equitativo a tratamientos médicos adecuados.

El Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas se constituirá como un Ente Público Autónomo. No Estatal, administrado de forma autárquica por una estructura profesional estable y presidido por una junta integrada por siete miembros: un representante del Ministerio de Salud de la Nación (quien la preside), un representante del Consejo Federal de Salud, un representante de las Obras Sociales Nacionales, un representante de las Obras Sociales Provinciales, un representante de las Empresas de Medicina Prepaga, un representante de los prestadores privados y un representante de los usuarios. Los miembros de la junta directiva serán nombrados por el Congreso Nacional, su mandato será de cuatro años y no se corresponderá íntegramente con los mandatos de la presidencia del Poder Ejecutivo Nacional.

El Seguro conformará un fondo fiduciario integrado por aportes del FONASA sobre una base capitada homogénea. Esto permitirá generar un padrón único de beneficiarios de salud que identificará quién es el financiador de cada ciudadana y ciudadano argentino. Hay cinco hipótesis de intervención que permitirán al seguro lograr una respuesta adecuada:

1) Generar Economías de escala. El seguro se constituirá en el único comprador (monopsonio) de un conjunto de prestaciones de servicios, pero fundamentalmente de bienes tecnológicos. Las tres cuartas partes de los gastos catastróficos son en medicamentos (en su mayoría biotecnológicos). Las compras se realizarán por licitación pública, lo que permitirá obtener importantes economías sobre los gastos actuales.

2) Protocolizar tratamientos. Entre los mayores desafíos actuales para la salud pública se destaca el control de la variabilidad en la práctica clínica. Esta involucra la posibilidad de que se brinden diferentes tratamientos para un mismo problema de salud y se asocia potencialmente a dos riesgos: la sub-prestación y la sobreprestación. Ambas pueden generar complicaciones y encarecer el tratamiento. Por tal motivo, el seguro partirá de estandarizar el manejo de estas enfermedades, normatizando su diagnóstico y tratamiento. Cabe destacar que no se trata de un problema exclusivo de las enfermedades catastróficas, pero por el costo que involucra la atención de estas, las consecuencias económicas de la variabilidad de la práctica clínica, así como de la demanda inducida por los prestadores, son mucho mayores. Por eso, el seguro dispondrá de una comisión de efectividad clínica que evaluará la inclusión de tecnologías y diseñará y validará protocolos de atención a partir de la Medicina Basada en la Evidencia. El propósito es desplegar líneas de cuidados como una función de producción para cada una de las enfermedades catastróficas incorporadas, incluyendo criterios para la utilización de determinado medicamento y/o tecnología. Estas recomendaciones deberán tener carácter normativo y en caso de ser requerido, se evaluará individualmente el caso para determinar la necesidad de un tratamiento no contemplado inicialmente. Además, la estandarización de tratamientos redundará en una disminución de los requerimientos de cobertura por vía judicial.

3) Acreditar prestadores. Para programar y controlar la implementación de líneas de cuidados, el seguro dispondrá de tres instrumentos centrales: a) un padrón único de beneficiarios; b) protocolos de atención detallados para cada patología; y a estos se agrega un esquema de acreditación de servicios racional y adecuado a las necesidades de la población objetivo. Por lo tanto, las prestaciones médicas, así como la dispensación de medicamentos serán brindadas

desde centros acreditados. Como consecuencia de este conjunto de medidas complementarias se lograrían tres conquistas relevantes para la respuesta social frente a enfermedades catastróficas. En primer lugar, se incorporarían herramientas para controlar el gasto. En segundo lugar, se incorporarían herramientas para controlar la variabilidad de la práctica clínica. En tercer lugar, como consecuencia de las anteriores, la población cubierta tendría acceso igualitario a prestaciones de calidad y efectividad homogénea y controlada.

4) Extensión de gradual de cobertura vertical. El seguro expandirá la cobertura vertical de forma progresiva buscando incorporar protecciones pero al mismo tiempo controlar los costos como para garantizar la sostenibilidad financiera. A medida que la cobertura vertical se expande, las prestaciones involucradas serán excluidas del Nuevo Programa Médico Obligatorio, puesto que se habrá conquistado la implantación de líneas de cuidados homogéneos y universales a través del seguro. Se prevé la incorporación escalonada de las patologías cubiertas para privilegiar la gobernanza del seguro y cuidar su solvencia. La propuesta consiste en avanzar en tres fases sucesivas de extensión de cobertura, cada una de las cuales requerirá, idealmente un año de operación del seguro (*cuadro 2*).

Cuadro 2. Listado de enfermedades catastrófica seleccionadas según etapa de implementación de la política

Año	Enfermedades a ser cubiertas
1	1. Fibrosis Quística 2. Enfermedad de Gaucher 3. Enfermedad de Fabry 4. Enfermedad de Pompe 5. Enfermedad de Crohn 6. Tratamiento con Hormona de Crecimiento 7. Insuficiencia Renal Crónica 8. Trasplantes y tratamiento Inmunosupresor post trasplante
2	A las anteriores se agregan: 9. HIV/SIDA 10. Hemofilia

3	A las anteriores se agregan: 11. Esclerosis Múltiple 12. Mieloma Múltiple 13. Tumores del Sistema Nervioso Central 14. Hepatitis C 15. Leucemias y GIST 16. Cáncer de mama 17. Cáncer de Riñón 18. Cáncer Colo-Rectal
---	---

PROGRAMAS

Las estrategias planteadas se llevarán a cabo mediante el diseño de un conjunto coherente de programas. Los mismos consisten en una serie de acciones concretas y articuladas para alcanzar los objetivos propuestos. Los programas incluidos dentro de esta Plan Estratégico son aquellos que apuntan hacia la transformación del sistema de salud en lo que refiere al modelo de atención, al modelo de gestión y al modelo de financiación. Esto significa que no se incluyen a continuación el detalle de aquellos programas que ya existen, funcionan y son necesarios y, por tanto, su continuidad es relevante y necesaria. El Cuadro 3 muestra los programas propuestos para llevar adelante cada una de las estrategias planteadas. Como se puede apreciar, algunos de ellos se corresponden de forma exclusiva con una estrategia, mientras que otros involucran de forma transversal a todas ellas.

Cuadro 3: Programas propuestos para cada una de las estrategias del PES

Estrategias	Programas	
1. Construcción de protecciones de salud universal por líneas de cuidados.	1.1 Manejo de Enfermedades Crónicas y Medicina Preventiva	Gestión por Resultados Informatización de la atención
	1.2 Control de las Embarazadas.	
	1.3 Control de Enfermedades Transmisibles.	
2. Transformación del Sector Público.	2.1 Fortalecimiento de los Hospitales Públicos.	
	2.2 Fortalecimiento de la red de Atención Primaria de la Salud	
3. Regulación Sanitaria de los mercados de salud.	3.1 Formación de RR.HH.	
	3.2 Evaluación de Tecnología Sanitaria.	
	3.3 Regulación de Medicamentos.	
4. Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.	4.1 Programa de Protección social frente a las enfermedades catastróficas.	

Cada uno de los programas se presenta definiendo sus objetivos, quiénes son los ejecutores y protagonistas, las acciones para llevarlo adelante y las metas planteadas para su ejecución.

Programa de Manejo de Enfermedades Crónicas y Medicina Preventiva.

Es aquí donde se encuentra la mayor oportunidad para lograr una conquista en términos de mejores resultados de salud para la población argentina. La hipótesis de intervención que fundamenta este programa consiste en reformular la manera de encarar la atención de los pacientes que padecen un conjunto de patologías de alta prevalencia y mutar de un modelo reactivo, dependiente de la demanda de los pacientes, a otro proactivo que salga a buscar a los mismos para mejorar los resultados en salud.

Un grupo de patologías crónicas configuran, en la Argentina, una situación que se caracteriza por:

- a) Su alta prevalencia en la población y significativo peso dentro de la carga de enfermedad, en muchos casos subdiagnosticadas y en más aún donde al diagnóstico inicial no le sigue un tratamiento adecuado y continuo, o cuando el sistema si lo busca no suscita la adhesión y el compromiso del paciente.
- b) Costos de tratamiento crecientes, que pueden ser atribuidos a una alta variabilidad de la práctica clínica, a la tendencia a recurrir a respuestas desde el segundo y tercer nivel de atención puenteando al primero, que es donde se pueden obtener mejores resultados en términos poblacionales privilegiando el abordaje desde la promoción y prevención.

Es por estos motivos que resulta fundamental implementar medidas que mejoren el acceso de los pacientes a prácticas preventivas de probada eficacia.

¿Quiénes lo ejecutan?

El programa se implementará en forma gradual en todos los subsectores para lograr que en 2027 toda la población acceda al mismo. Inicialmente se desarrollará en el sector público, incorporándose posteriormente el subsector de obras sociales y medicina prepaga.

Un elemento indispensable para llevarlo adelante resulta el despliegue de un esquema de responsabilidad nominada, en el cual cada paciente tenga un médico asignado a su cuidado, así como cada médico tendrá un grupo de pacientes bajo su responsabilidad.

Este programa está ligado a la estrategia N° 1. Se describen a continuación los objetivos del mismo.

Objetivos

1. Mejorar el porcentaje de personas que acceden a prácticas preventivas recomendadas.
2. Mejorar el porcentaje de personas que acceden a cuidados de enfermedades crónicas acordes a las recomendaciones.
3. Conquistar niveles más homogéneos de calidad en los cuidados de salud de la población.
4. Reducir la variabilidad en la práctica médica.
5. Optimizar el uso de recursos en enfermedades de alto consumo.

Acciones

- **Seleccionar un grupo de enfermedades crónicas a abordar inicialmente.** El listado de enfermedades crónicas pasibles de ser encaradas mediante este modelo es amplio. Inicialmente se deberá definir un número reducido de patologías que por su prevalencia, impacto en los costos y variabilidad en el manejo requieran un abordaje prioritario.
- **Normatizar el manejo de enfermedades seleccionadas.** A partir de la mejor evidencia disponible y con el liderazgo de sociedades científicas referentes, se procederá a generar guías de manejo de cada una de las patologías seleccionadas. Es deseable que las mismas tengan carácter normativo.
- **Programar cuidados según grupo etario.** En igual sentido que la acción anterior, se seleccionarán aquellas medidas con sustento científico que deban estar al alcance de quienes formen parte del grupo etáreo en cuestión.
- **Definir un conjunto de datos mínimos a ser relevados en forma sistemática.** Una vez seleccionadas las patologías y medidas preventivas, deberán elegirse una serie de datos que permitan evaluar la correcta aplicación de las recomendaciones. Los mismos se relacionarán por un lado con la realización de determinadas prácticas en períodos de tiempo (ejemplo, una mamografía anual para detección precoz del cáncer de mama), así como los resultados de dichas prácticas.
- **Desarrollar alertas.** Por alerta se entienden herramientas que avisen al “sistema” que una medida no se produjo. Ejemplo: que en caso de haber pasado más tiempo del esperado para la realización de una mamografía, el médico de cabecera se entere y se pongan en marcha medidas correctivas. Uno de los pilares de este modelo de atención es la proactividad, esto es: la decisión de ponerse en contacto con el paciente independientemente de su decisión individual. Esta conducta tiene como principal objetivo reducir la brecha existente entre demanda y necesidad, permitiendo intervenir activamente ante la detección de desvíos.

Estos alertas se generarán a partir de los datos que se definan relevantes y ante el incumplimiento de algún estándar (ejemplo: un paciente diabético que no se realiza un fondo de ojo anual).

- **Diseñar actividades de capacitación para profesionales y pacientes.** Ambos actores resultan fundamentales en el manejo de enfermedades crónicas. En el caso de los profesionales, resultará clave la difusión de las normativas y la importancia de su puesta en práctica. A su vez, los pacientes deberán recibir capacitación sobre la importancia del auto-cuidado y los controles que deberá realizar en función de la enfermedad que presente.

- **Capacitar al personal administrativo sobre la carga de datos relevantes.** El dato adquiere una importancia notable y el momento en que se produce el contacto del paciente con el sistema de salud es el indicado para relevar la información deseada.

- **Actualizar periódicamente las guías de manejo.** El avance de la ciencia obliga a actualizar las recomendaciones e incorporar las innovaciones que hayan demostrado aportar valor agregado al manejo de la enfermedad.

- **Incorporar nuevas enfermedades a ser encaradas mediante programas médicos.** En un plazo a determinar, se agregarán otras enfermedades crónicas a esta modalidad de atención. Para ello deberá evaluarse la prioridad de cada una de ellas a la hora de tomar la decisión.

- **Medir el grado de cumplimiento de las normativas.** Una vez puesta en marcha la modalidad de atención deberá medirse en forma periódica el desempeño del programa en el terreno. La medición permitirá detectar desvíos y sus causas y servirá de base para las medidas correctivas necesarias.

- **Diseñar políticas de incentivos para profesionales y pacientes.** Deberán definirse estándares a cumplir y una política de incentivos en caso de buen desempeño. Los incentivos repercuten positivamente en los involucrados potenciando los resultados con beneficios para todos los involucrados.

- **Adecuar el sistema de información a los requerimientos de este modelo de atención.** La historia clínica única representa el eslabón fundamental para unir tareas asistenciales, medición de cumplimiento de estándares, generación de alertas y servir de sostén para una política de incentivos.

Metas

- **Selección de enfermedades**

Para 2015

- Seleccionar el grupo etario inicial sobre el que se desarrollará el programa de medicina preventiva en las patologías elegidas (DTM, HTA).

Para 2020

- Incorporar 3 nuevas enfermedades, sumando en total 5 patologías crónicas.
- Ampliar el alcance del programa de medicina preventiva al 60% de la población.

Para 2027

- Incorporar 5 nuevas enfermedades, totalizando 10 bajo esta modalidad de atención.
- Desarrollar el programa de medicina preventiva en el 100% de la población.
- Normatización del manejo de las enfermedades

Para 2015

- Desarrollar guías de práctica clínica para las 2 enfermedades incluidas.
- Definir las medidas preventivas a ser incluidas en el grupo etario inicial (> 65 años).

Para 2020

- Desarrollar guías de práctica clínica para las nuevas enfermedades seleccionadas.
- Actualizar las guías de práctica en las enfermedades incluidas inicialmente.
- Definir las medidas preventivas recomendadas para el siguiente grupo etario (18-64 años).
- Actualizar el listado de medidas preventivas en el grupo etario incluido inicialmente.

Para 2027

- Desarrollar guías de práctica para las 5 enfermedades agregadas en este período.
- Actualizar las guías de las enfermedades bajo programa.
- Definir las medidas preventivas para el resto de la población (< 18 años).
- Actualizar el listado de medidas preventivas en el grupo etario incluido inicialmente.

- **Alertas**

Para 2015

- Generar al menos 1 alerta en cada una de las enfermedades incluidas.

Para 2020

- Generar al menos 1 alerta en las nuevas enfermedades seleccionadas.
- Evaluar la utilidad de las alertas previamente desarrolladas y eventualmente modificarlas.

Para 2027

- Generar al menos 1 alerta en las nuevas enfermedades seleccionadas.
- Evaluar la utilidad de las alertas previamente desarrolladas y eventualmente modificarlas.

• **Capacitación**

Para 2015

- Difundir las guías de práctica en el 50% de los médicos de APS.
- Capacitar a 1 representante administrativo de al menos el 50% de las entidades de salud en la carga de datos definidos para cada situación clínica.

Para 2020

- Ampliar la difusión de las guías al 75% de los médicos de APS.
- Ampliar la capacitación a 1 representante administrativo de al menos el 75% de las entidades de salud en la carga de datos definidos para cada situación clínica.

Para 2027

- Ampliar la difusión de las guías al 100% de los médicos de APS.
- Ampliar la capacitación a 1 representante administrativo del 100% de las entidades de salud en la carga de datos definidos para cada situación clínica.

• **Medición y Medidas correctivas**

Para 2015

- Analizar el grado de cumplimiento de las normativas en las enfermedades seleccionadas (periodicidad anual).
- Realizar un perfil individualizado del cumplimiento de las normativas en los médicos de APS capacitados previamente.
- Diseñar al menos 1 medida correctiva ante el desvío para cada una de las enfermedades seleccionadas.
- Lograr que al menos el 30% de los pacientes que presentan las enfermedades crónicas seleccionadas accedan a las medidas recomendadas.
- Lograr que al menos el 30% de las personas accedan a las medidas preventivas recomendadas para su grupo etario.

Para 2020

- Analizar el grado de cumplimiento de las normativas en las enfermedades seleccionadas (periodicidad anual).
- Realizar un perfil individualizado del cumplimiento de las normativas en los médicos de APS capacitados previamente.
- Diseñar al menos 1 medida correctiva ante el desvío para cada una de las enfermedades seleccionadas.
- Medir el impacto de las medidas correctivas en la adherencia a las recomendaciones en las enfermedades incluidas en la primera etapa.
- Lograr que al menos el 50% de los pacientes que presentan las enfermedades crónicas seleccionadas accedan a las medidas recomendadas.
- Lograr que al menos el 50% de las personas accedan a las medidas preventivas recomendadas para su grupo etario.

Para 2027

- Analizar el grado de cumplimiento de las normativas en las enfermedades seleccionadas (periodicidad anual).
- Realizar un perfil individualizado del cumplimiento de las normativas en los médicos de APS capacitados previamente.
- Diseñar al menos 1 medida correctiva ante el desvío para cada una de las enfermedades seleccionadas.
- Medir el impacto de las medidas correctivas en la adherencia a las recomendaciones en las enfermedades incluidas en la primera y segunda etapa.
- Lograr que al menos el 80% de los pacientes que presentan las enfermedades crónicas seleccionadas accedan a las medidas recomendadas.
- Lograr que al menos el 80% de las personas accedan a las medidas preventivas recomendadas para su grupo etario.

A continuación, se detallan las metas del programa por quinquenio. Cabe destacar que en todos los programas que se describen, las metas planteadas para 2015 incluyen exclusivamente al sector público, ampliándose las mismas al sector de obras sociales y prepagas para 2020 y 2027.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	<p>-50% de los pacientes con diagnóstico de patologías del grupo 1 (DTM y HTA) enrolados en un protocolo de atención con sus correspondientes controles.</p> <p>-Protocolos desarrollados y capacitación acorde para las enfermedades crónicas prevalentes de mayor peso en la carga de enfermedad.</p> <p>-50% de pacientes con DTM enrolados en protocolo con al menos 1 Hb glicosilada/año.</p> <p>-30% de mujeres entre 50-69 años con mamografía anual.</p> <p>-30% de mujeres >21 años con al menos 1 PAP cada 3 años.</p> <p>-Capacitación de al menos 50% de médicos de APS en enfermedades bajo protocolo.</p>	<p>-80% de los pacientes con diagnóstico de DTM y HTA enrolados en un protocolo de atención con sus correspondientes controles.</p> <p>-50 % de los pacientes de las 3 patologías del segundo grupo enrolados en un protocolo de atención.</p> <p>- Protocolos desarrollados y capacitación acorde para las patologías del grupo 3.</p> <p>-75% de pacientes con DTM enrolados en protocolo con al menos 1 Hb glicosilada/año.</p> <p>-50% de mujeres entre 50-69 años con mamografía anual.</p> <p>-50% de mujeres >21 años con al menos 1 PAP cada 3 años.</p> <p>-Capacitación de al menos 75% de médicos de APS en enfermedades bajo protocolo.</p>	<p>-100% de los pacientes del grupo 1 enrolados en el protocolo de atención con sus correspondientes controles.</p> <p>-80 % de los pacientes de las patologías del segundo grupo enrolados en un protocolo de atención.</p> <p>-50% de los pacientes del grupo 3 enrolados en protocolo.</p> <p>-100% de pacientes con DTM enrolados en protocolo con al menos 1 Hb. glicosilada/año</p> <p>-100% de mujeres entre 50-69 años con mamografía anual.</p> <p>-100% de mujeres >21 años con al menos 1 PAP cada 3 años.</p> <p>-Capacitación del 100% de médicos de APS en enfermedades bajo protocolo.</p>

<p>De resultados</p>	<p>-Tasa de mortalidad por cardiovasculares reducida en un 5%.</p> <p>-Reducir 0.5% la Hemoglobina glicosilada promedio anual de los pacientes con DTM enrolados respecto del basal.</p> <p>-Tasa de mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino reducida en 15%⁴⁶.</p>	<p>-Tasa de mortalidad por cardiovasculares reducida en un 10% (sobre línea de base).</p> <p>- Tasa de IAM y ACV reducida en un 30%.</p> <p>-Tasa específica de mortalidad vinculada a patologías del grupo 2 reducida en un 15%.</p> <p>-50% de pacientes con DTM enrolados en protocolo con 2 Hb glicosilada/año.</p> <p>-50% de pacientes con DTM enrolados en protocolo con Hb glicosilada <7%.</p> <p>-Tasa de mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino reducida en 20%.</p>	<p>Tasa de mortalidad por cardiovasculares reducida en un 15%.</p> <p>-Tasa de mortalidad para el conjunto de crónicas seleccionadas reducida en al menos un 20%.</p> <p>-75% de pacientes con DTM enrolados en protocolo con 2 Hb glicosilada/año.</p> <p>-75% de pacientes con DTM enrolados en protocolo con Hb glicosilada <7%.</p> <p>-Tasa de mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino reducida en 30%.</p>
----------------------	---	--	--

Programa de Control de las Embarazadas

La atención del embarazo conlleva un número de medidas tendientes a minimizar la aparición de complicaciones prevenibles, tanto para la madre como para el bebé.

Dificultades en el acceso a prácticas de probada eficacia está directamente relacionada con el desarrollo de complicaciones, impactando esto en la tasa de mortalidad materna, mortalidad infantil y mortalidad intraútero.

La proporción de embarazadas que llegan al parto sin haber recibido los controles adecuados de la gestación constituye una de las mayores debilidades del sistema de salud argentino⁴⁷. Esto se traduce en riesgos innecesarios para la madre y el niño, en sobrecarga de cuidados de mayor complejidad que se podrían haber evitado y en un funcionamiento del sistema más centrado en la respuesta a la emergencia

⁴⁶ En 2007 se registraban por esta causa unas 213.16 muertes cada 100.000 hab. En 2008, causó 30% de las muertes.

⁴⁷ Solo el 38,5% de las embarazadas realizaron controles durante el primer trimestre de gestación en 2007.

que en la programación de la atención por cuidados progresivos. Es inaceptable para los argentinos que las brechas regionales en las tasas de mortalidad de este segmento vengan aumentando en lugar de disminuirse. Por tal motivo, la hipótesis de intervención de este programa consiste en lograr que todos los argentinos que nazcan, lo hagan en las mejores condiciones médicas posibles y sus madres hayan recibido los cuidados adecuados, de forma independiente de su condición socioeconómica, subsistema de cobertura médica y lugar de residencia.

Objetivos

1. Reducir inequidades en el acceso a prácticas preventivas de probada eficacia.
2. Conquistar niveles más homogéneos de calidad en los cuidados de salud de las embarazadas.
3. Reducir la variabilidad en la práctica médica.

Acciones

Componente 1: Reducir inequidades en acceso

- Normatizar seguimiento de embarazo sin complicaciones.
- Normatizar seguimiento de embarazo de alto riesgo.
- Normatizar criterios de cesárea.
- Desarrollar alertas para detección de desvíos en el cumplimiento de las normativas.
- Aquí también creo que deberíamos hablar de programar acciones y servicios y luego en gestión por resultados darle seguimiento.

Metas

Para 2015

- 50% de embarazadas con 1° control antes de semana 20.
- Reducir la Tasa de Mortalidad Materna 30% del basal.
- Reducir mortalidad intraútero 30% sobre basal.
- 10 provincias con compromisos de gestión para combatir desnutrición en mujeres en edad fértil.

Para 2020

- 70% de embarazadas con 1° control antes de semana 20.
- Reducir Tasa de Mortalidad Materna 50% del basal.
- Reducir mortalidad intraútero 50% sobre basal.
- 20 provincias con compromisos de gestión para combatir desnutrición en mujeres en edad fértil.

Para 2027

- 90% de embarazadas con 1° control antes de semana 20.
- Reducir Tasa de Mortalidad Materna 75% del basal.
- Reducir mortalidad intraútero 80% sobre basal.
- 24 provincias con compromisos de gestión para combatir desnutrición en mujeres en edad fértil.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-50% de embarazadas con 1° control antes de semana 20. -10 provincias con TMM dentro de la meta.	-70% de embarazadas con 1° control antes de semana 20. - 20 provincias con TMM dentro de la meta.	-90% de embarazadas con 1° control antes de semana 20. -24 provincias con TMM dentro de la meta.
De resultados	-TMM reducida en 30% respecto a basal. -Mortalidad intraútero reducida 30% respecto a basal. -Reducir 15% tasa de anemia ferropénica en embarazadas.	- TMM reducida en 50% respecto a basal. -Mortalidad intraútero reducida 50% respecto a basal. -Reducir 20% tasa de anemia ferropénica en embarazadas.	-TMM reducida en 75% respecto a basal. -Mortalidad intraútero reducida 80% respecto a basal. -Reducir 30% tasa de anemia ferropénica en embarazadas.

Programa de Control de Enfermedades Transmisibles

Las enfermedades transmisibles representan un serio problema de salud pública y su abordaje debe abarcar desde la prevención de su aparición hasta la detección precoz y el acceso a los tratamientos de probada eficacia. Existen actualmente una serie de programas que abordan esta problemática, siendo la intención del PES continuar con los mismos.

Objetivos

1. Erradicar la Enfermedad de Chagas de la República Argentina.
2. Reducir la mortalidad por Tuberculosis.
3. Reducir la incidencia, prevalencia y mortalidad por HIV/SIDA.

Acciones

- Asegurar el acceso a prácticas diagnósticas.
- Asegurar el acceso a tratamientos recomendados.
- Implementar medidas tendientes a erradicar la transmisión vertical y transfusional de la Enfermedad de Chagas.
- Implementar mejoras habitacionales en zonas endémicas de Enfermedad de Chagas.

Metas

Para 2015

- Reducir 10% la mortalidad por HIV/SIDA.
- Reducir 20% la tasa de incidencia de HIV/SIDA.
- Reducir 10% la tasa de prevalencia de HIV/SIDA en mujeres embarazadas entre 15-24 años.
- Reducir 20% incidencia de TBC.
- Reducir 20% tasa de mortalidad por TBC.
- 15 provincias con certificación de erradicación de Enfermedad de Chagas.

Para 2020

- Reducir 15% la mortalidad por HIV/SIDA.
- Reducir 30% la tasa de incidencia de HIV/SIDA.
- Reducir 15% la tasa de prevalencia de HIV/SIDA en mujeres embarazadas entre 15-24 años.
- Reducir 35% incidencia de TBC.
- Reducir 30% tasa de mortalidad por TBC.
- 20 provincias con certificación de erradicación de Enfermedad de Chagas.

Para 2027

- Reducir 20% la mortalidad por HIV/SIDA.
- Reducir 40% la tasa de incidencia de HIV/SIDA.
- Reducir 20% la tasa de prevalencia de HIV/SIDA en mujeres embarazadas entre 15-24 años.
- Reducir 50% incidencia de TBC.
- Reducir 50% tasa de mortalidad por TBC.
- 24 provincias con certificación de erradicación de Enfermedad de Chagas.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de 15% en el uso de preservativo en jóvenes entre 15-24 años. - 50% de tratamientos para TBC finalizados en plazos previstos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de 20% en el uso de preservativo en jóvenes entre 15-24 años. - 75% de tratamientos para TBC finalizados en plazos previstos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de 25% en el uso de preservativo en jóvenes entre 15-24 años. - 100% de tratamientos para TBC finalizados en plazos previstos.
De resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad por HIV/SIDA reducida 10%. - Incidencia de TBC reducida un 20%. - Mortalidad por TBC reducida 20%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad por HIV/SIDA reducida 15%. - Incidencia de TBC reducida un 35%. - Mortalidad por TBC reducida 30%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad por HIV/SIDA reducida 20%. - Incidencia de TBC reducida un 50%. - Mortalidad por TBC reducida 50%.

Fortalecimiento de los Servicios Públicos de Salud

Los servicios públicos de salud constituyen el pilar mayor del sistema de salud argentino y, por lo tanto, constituyen la principal prioridad del PES 2027. La misión del subsector público dentro del PES se define como impulsar la construcción de protecciones sociales en salud a través de la construcción de líneas de cuidados. La idea de avanzar sobre líneas de cuidados no descansa de forma exclusiva sobre el sector de obras sociales y medicina prepaga. Se pretende que sean los servicios públicos quienes lideren la transformación del sistema garantizando protecciones sanitarias a quienes más las necesitan. En otras palabras, la transformación del sistema de salud debe comenzar por los mayores responsables de producir salud en el país.

Desde el modelo de atención, esto se logrará avanzando hacia el funcionamiento en red, la atención programada y los cuidados organizados desde redes de complejidad creciente. Desde el modelo de gestión se consolidará la autonomía en el manejo de los recursos, la participación social en la toma de decisiones y la gestión por resultados. Desde el modelo de financiación la consigna es incrementar los recursos, evitar los subsidios cruzados y asignar parte creciente de la financiación a los servicios a través de compromisos de gestión que premien el logro de metas sanitarias.

Pero asumir desafíos tan ambiciosos requiere de un conjunto de recaudos. Por eso se propone una estrategia compleja. Por un lado, se desagregan dos programas de la política dirigida a servicios (uno para hospitales y otro para CAPS) y en cada uno se identifican con diferentes componentes. Por otro lado, la política dirigida a los servicios públicos se articula fuertemente con otras políticas (estrategias, programas y proyectos). A continuación, se presentan los fundamentos de la transformación propuesta.

¿Cómo transformar el sector público de salud?

La transformación del sector público involucra revisar las funciones y competencias de cada jurisdicción. En primer lugar, es preciso consolidar un comando único para ejercer la rectoría desde el Ministerio de Salud de la Nación. Pero al mismo tiempo hace falta reinventar los ministerios provinciales para que conduzcan Sistemas Provinciales Integrados de Salud y orientar a los municipios para que avancen por el camino adecuado de la gestión territorial y la promoción en la implementación de acciones sanitarias, evitando su superposición con los esfuerzos provinciales.

1. Construir la rectoría de salud en cabeza exclusiva del Ministerio Nacional.

Ejercer la rectoría es definir el rumbo hacia donde deben avanzar los sistemas de salud. En el sistema de salud, al igual que en una orquesta, hay diferentes músicos que interpretan sus instrumentos con destreza, pero para lograr un concierto hace falta que haya un director único y que cada uno se ajuste a su propia partitura.

La competencia principal para construir la rectoría es diseñar y revisar el modelo de atención a ser implementado en todo el sistema de salud y en todo el territorio nacional. El Ministerio Nacional tiene la responsabilidad indelegable de diseñar los modelos de atención e identificar las hipótesis de intervención más adecuadas para resolver los problemas de salud de la población, así como identificar escenarios de convergencia de los sistemas provinciales y municipales hacia un modelo equitativo y universal.

2. Sistemas Integrados de Salud en las Provincias.

El Sistema Argentino de Salud alcanzará cobertura universal y homogénea a través de la coordinación de Sistemas Integrados de Salud Provinciales. Será competencia de los ministerios de salud provinciales:

- e) Garantizar la implementación del modelo de atención definido por el Ministerio Nacional en el territorio provincial.
- f) Coordinar el funcionamiento de programas y servicios programando la oferta proactiva de servicios con base en necesidades y no como respuesta a demandas espontáneas.
- g) Alcanzar protecciones de salud universales y de calidad homogénea.
- h) Reducir inequidades en el acceso dentro del territorio provincial.

El primer paso para integrar el sistema de salud es la identificación inequívoca de población demandante. Esto involucra la construcción de un Padrón Universal de Beneficiarios de Salud que identifique quien es el responsable por asegurar la cobertura básica de cada ciudadano.

Los recursos captados por el cobro de prestaciones a los aseguradores volverán a los servicios a través de compromisos de atención y gestión. En cada provincia se integrará un fondo público de protección sanitaria que contribuirá a garantizar el cumplimiento de las protecciones sanitarias generales. Se asumirán compromisos de gestión entre el Ministerio Provincial y los servicios (provinciales y/o municipales) que vincularán la asignación de los recursos del fondo al cumplimiento de dichas metas.

3. Orientar la acción municipal en salud.

Los municipios pueden y deben asumir un papel protagónico en la producción de salud. Hay dos funciones en salud que los municipios pueden desempeñar mejor que nadie. La primera de ellas es privilegiar desde sus acciones el enfoque de determinantes de salud, la segunda es partir de la gestión territorial para construir modelos de salud familiar y comunitaria.

Desplegar políticas de promoción de la salud abordando los determinantes de salud requiere necesariamente de un enfoque multisectorial. Promover la inclusión social y, en un sentido más amplio, concretar la integración social; requiere garantizar respuestas que abarcan mucho más que el acceso a los servicios y cuidados de salud.

Lo más importante que deben hacer los municipios en salud es promoción.

A nivel regional se ha denominado iniciativa de municipios saludables a esta estrategia que busca fortalecer la capacidad local para operar sobre los determinantes y condicionantes de la salud. La Argentina está avanzada en esta iniciativa y cuenta con un Programa Nacional que asiste y acredita a los municipios en sus avances hacia constituirse en saludables y otorga incentivos.

Cuando asumen actividades de asistencia médica, los municipios deben desplegar la gestión territorial con eje en la salud familiar y comunitaria. Gestión territorial significa asumir la responsabilidad por satisfacer las necesidades de la población que habita un espacio determinado. Los municipios deben constituirse en responsables primarios por las protecciones de salud en el primer nivel. Cuando los tienen, a partir de centros de atención primaria (CAPS), cuando no, a través de médicos de familia. En ambos casos, asumiendo un rol activo con la población que tienen a su cargo.

Hay cuatro competencias básicas en salud a desarrollar desde los municipios:

- a) Posicionar a la promoción de salud en un lugar destacado dentro de la agenda de desarrollo local.
- b) Establecer alianzas y pactos que promuevan un cambio viable y sostenible hacia condiciones de vida saludables.
- c) Incorporar lógicas de acción participativas e intersectoriales.
- d) Organizar sus propios servicios de salud desde un enfoque de la salud familiar y comunitaria y atención programada.

Las acciones de promoción serán acreditadas e incentivadas desde la Nación y la gestión territorial desde la Provincia.

Para consolidar las acciones de municipios saludables se instituirá un Fondo Nacional de Promoción en Salud que otorgará incentivos a los municipios para el despliegue coordinado de acciones saludables. Los recursos podrán ser compartidos con los gobiernos provinciales en los casos en que se sustenten sobre pactos territoriales que involucren acciones conjuntas. A su vez, a través de la programación conjunta de servicios y acciones de salud entre la Provincia y el Municipio se asumirán compromisos de atención y gestión que otorgarán incentivos provenientes de los fondos provinciales de protección sanitaria a los municipios y sus servicios en función del cumplimiento de metas prestacionales acordes con el modelo de atención propuesto.

4. Desarrollar redes de cuidados con complejidad creciente.

Una red de salud es un modelo de atención que organiza a los servicios

de forma que provean cuidados continuos y progresivos a los pacientes. El funcionamiento en red tiene como requisito que los servicios se identifiquen, se reconozcan y cooperen. Esto conlleva, normas y procesos definidos, intercambio de información y coordinación. Pero por sobre todo, el funcionamiento en red se traduce en la definición de circuitos precisos para la circulación de los pacientes.

La propuesta es consolidar redes de atención con eje en el Primer Nivel de Atención. En vez de organizar la lógica de funcionamiento de los servicios desde el hospital o centro de regencia se lo hace asumiendo al primer nivel como puerta de entrada y se pauta la circulación de los pacientes por el sistema en busca de la respuesta adecuada. En ese sentido, una red con eje en la atención primaria se distingue por tener una puerta de entrada al sistema de salud claramente definida, en la cual hay:

- g) Servicios con población identificada y a cargo (responsabilidad nominada).
- h) Definición de competencias de cada servicio (acreditación y categorización).
- i) Incorporación creciente de herramientas de gestión clínica, tales como protocolos y guías clínicas para diagnóstico y tratamiento, así como una Historia Clínica Unificada.
- j) Criterios operativos para definir la referencia y contrareferencia de pacientes (interdependencia).
- k) Dispositivos de comunicación y traslado para movilizar el paciente.
- l) Dispositivos de coordinación de los servicios que supervisan el funcionamiento en red (centros reguladores regionales, oficinas de referencia y contrareferencia en los hospitales y centros de turnos programados).

¿Cómo llevar adelante esta transformación? Las medidas de transformación planteadas requieren de un abordaje coherente con los objetivos a ser alcanzados. Para ello se plantea la implementación de dos programas específicos, uno de ellos destinado a fortalecer los hospitales públicos y otro, a mejorar la red prestacional en función de un modelo de atención orientado a la APS.

Programa de fortalecimiento de los hospitales públicos

Dentro del Modelo Argentino de Salud los hospitales asumirán un papel relevante. Con funciones y responsabilidades claramente definidas, con infraestructura y recursos adecuados a sus requerimientos, con autonomía de gestión y, fundamentalmente, con gestión participativa.

Hay cuatro vectores de transformación. El fortalecimiento se logrará a través de: a) una fuerte inversión en recuperación y readecuación de la capacidad instalada; b) la descentralización de la gestión hospitalaria constituyéndolos en

organizaciones sociales de salud; c) incorporación de la gestión por resultados promoviendo la atención programada y avanzado en la construcción de protecciones por líneas de cuidados y d) regulación del sistema a través de un modelo de acreditación y categorización y del monitoreo permanente.

Objetivos

1. Lograr una distribución de la capacidad instalada de salud en el territorio nacional que resulte equitativa, racional y funcional a la conquista de mejores resultados sanitarios.
2. Orientar el modelo de atención hacia el funcionamiento en red y la atención programada.
3. Orientar la gestión hacia resultados acordes al modelo de atención definido a nivel nacional y al funcionamiento en red definido a nivel provincial.
4. Recategorizar y refuncionalizar los servicios definiendo sus competencias en general y la cartera de prestaciones que debe asumir en el caso particular de las líneas de cuidados.
5. Modernizar y eficientizar la gestión de suministros a través de la implementación de una plataforma de compras on line.
6. Descentralizar la gestión de recursos humanos y presupuestarios a los hospitales.
7. Implantar un sistema de información clínica y asistencial adecuado al modelo de atención.

Acciones

Para alcanzar sus objetivos el programa se organizará a partir de cuatro componentes, de la siguiente manera:

Componente 1. Fortalecimiento de la capacidad instalada y operativa

1. Nivel federal. Sobre la base del mapa sanitario, herramienta de planificación que se desarrollará específicamente en el Programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria, el equipo del programa nacional de fortalecimiento hospitalario presenta ante el COFESA un Plan Quinquenal de Inversiones en Infraestructura y Tecnología Sanitaria a nivel macro que será financiado con los recursos del Fondo de Equidad en Salud.

2. Nivel provincial. Cada provincia integrará un Consejo Provincial de Salud, conformado por los responsables municipales, un representante de la obra social

provincial, y de cada una de las regiones sanitarias y presidido por el Ministro provincial. La versión aprobada del plan quinquenal de inversiones a nivel federal pasa luego a ser discutida y validada a nivel provincial por el Consejo Provincial de Salud correspondiente. Como dentro de la estrategia para la transformación del sector público de salud, cada provincia preservará su autonomía para organizar la implementación del modelo de atención en función de las particularidades locales y, en particular, diseñará el modelo de funcionamiento en red a implementar, la discusión y adaptación del Plan Quinquenal de Inversiones en Infraestructura y Tecnología Sanitaria a nivel local servirá para garantizar que las prioridades de inversión resulten coherentes y funcionales con el diseño de la red a nivel provincial.

3. Nivel regional. Se realizará una concertación con los directivos y trabajadores de los hospitales. Para ello un equipo técnico en cada región comenzará por contactar a los directores de las instituciones para conocer la realidad del servicio. Luego, se analizará la demanda de cada hospital y ver qué necesita para satisfacerla, complementando la información obtenida en terreno con la registrada en el mapa sanitario y por el SISA. El resultado será un documento que detalle el perfil de producción esperado para cada hospital en el marco del diseño de la red provincial para cumplir con el PES2027 y garantizar la implementación del modelo de atención en el territorio provincial.

4. Nivel hospitalario. Será competencia de cada hospital el formular un Plan de operaciones con duración quinquenal en el que se definen metas prestacionales, así como de investigación y formación. Se plantea la incorporación tecnológica, de infraestructura y de personal requerida, se define y fundamenta la incorporación de nuevos servicios. La formulación del plan maestro será asistida y acompañada por el Programa Nacional de Fortalecimiento del Hospital Público.

Las acciones a implementar para llevar a cabo este componente incluyen:

- Definir la infraestructura necesaria en cada establecimiento y servicio.
- Analizar la infraestructura actual.
- Consolidarlas en un Plan Quinquenal de Inversiones en Infraestructura y Tecnología Sanitaria a ser aprobado y monitoreado por el COFESA. La evaluación será realizada sobre bases técnicas y políticas. Las primeras se centrarán en la contrastación del perfil de la oferta contemplado en el plan maestro de infraestructura y tecnología de cada provincia y el mapa sanitario nacional. En la segunda se buscará avanzar hacia un desarrollo articulado y equitativo de la capacidad de respuesta en el marco del federalismo sanitario.
- Asignar recursos del Fondo de Equidad para la implementación del Plan Quinquenal

de Inversiones en Infraestructura y Tecnología Sanitaria que permita la recuperación y fortalecimiento de la capacidad instalada de los servicios públicos de salud.

- Implementar las contrataciones y adquisiciones para concretar la implementación del Plan Quinquenal de Inversiones en Infraestructura y Tecnología Sanitaria jurisdicción.
- Dar seguimiento a las obras y adquisiciones del Plan Quinquenal de Inversiones en Infraestructura y Tecnología Sanitaria jurisdicción.
- Retroalimentar al SISA y al Mapa sanitario en función de las modificaciones logadas en la mejora de la capacidad instalada de los servicios públicos de salud.

Componente 2. Descentralización de la Gestión Hospitalaria

El propósito de este componente es concretar la transformación del modelo de gestión hospitalaria. Los cambios y mejoras en la infraestructura y capacidad instalada constituirán una oportunidad para redefinir el modelo de gestión. La imagen objetivo es convertir a los hospitales en Organizaciones Sociales de Salud, como empresas sociales con participación de la comunidad y de los trabajadores en la toma de decisiones. Entre los principales elementos del modelo a construir se destacan:

- a) Se conformará un directorio integrado por miembros de la comunidad donde opera el hospital.
- b) Elaborarán un plan maestro de operaciones que será aprobado por la jurisdicción provincial correspondiente en el cual se comprometen a brindar respuesta en determinadas patologías y niveles de resolutivez a la población de su área de influencia.
- c) Recibirán parte de su financiación en función de compromisos de gestión vinculados al cumplimiento de metas sanitarias.
- d) Se realizarán compras y contrataciones descentralizadas a través de un portal electrónico único que permitirá una máxima transparencia en los procesos, fomentará la competencia entre oferentes y reducirá los tiempos de los procesos.

Las acciones a implementar para llevar a cabo este componente incluyen:

- Identificación, relevamiento y análisis de experiencias internacionales de reconversión hospitalaria para alimentar la discusión y formulación del modelo argentino de organizaciones sociales de salud.
- Formulación de una caja de herramientas para la gestión hospitalaria que incluyan componentes como esquemas de medición del producto hospitalario, implantación de centros de responsabilidad y centros de costos, transformación del modelo pabellonado hacia uno de cuidados progresivos, incorporación progresiva de protocolos para diagnóstico y tratamiento.

- Diseño e implantación de instrumentos de seguimiento y rendición de cuentas para fortalecer la gestión del consejo de administración y garantizar su transparencia.
- Formulación de procesos y consolidación en un manual de gestión de las organizaciones sociales de salud.
- Capacitación a los agentes del hospital sobre la base del manual de gestión de las organizaciones sociales de salud para promover la implantación de las herramientas de gestión y del plan maestro de operaciones.
- Desarrollo de un portal para adquisiciones electrónicas descentralizadas que permitan compras competitivas y transparentes.
- Articular con el Programa de Informatización de la Atención Médica la implementación progresiva de sistemas de informaciones para la gestión clínica como la HCE.

Componente 3. Implementación de Gestión por Resultados en los Hospitales Públicos

Cada hospital elaborará su propio Plan Maestro de Operaciones (ya sea este tanto municipal como provincial). El mismo deberá ser sometido a evaluación, aprobación y seguimiento por parte del Consejo provincial de salud correspondiente.

Una vez acordadas las metas prestacionales y de gestión a ser alcanzadas, se asumirá un compromiso de atención y gestión entre el ministerio de salud provincial y el hospital en cuestión. Este compromiso permitirá asignar recursos del fondo provincial de protección sanitaria que el servicio podrá manejar con autonomía relativa.

Las acciones a implementar para llevar a cabo este componente incluyen:

- Desarrollo y validación de un modelo de planificación hospitalaria que permita la formulación, implementación y seguimiento de planes maestros de operaciones en cada hospital.
- Capacitación a los servicios y a los agentes provinciales en la elaboración de los planes operativos de servicios de salud.
- Desarrollo de la HCE única y capacitación para su implantación progresiva en todos los servicios.
- Desarrollo de modelos de programación de servicios y concesión de turnos programados.
- Diseño e implantación de un tablero de control para monitoreo del desempeño hospitalario
- Formulación e implementación de convenios de prestación y gestión entre el sistema provincial de salud y los servicios que permitan asignar recursos en función del desempeño.
- Incorporación progresiva de incentivos a los trabajadores de salud para vincular la remuneración con el logro de resultados sanitarios sobre la población bajo responsabilidad del servicio.

Componente 4: Recategorizar y refuncionalizar los servicios

Mejorar los hospitales implica una serie de acciones que los conviertan en más útiles. Para ello es necesario definir previamente cuál es la utilidad deseada para los hospitales y a partir de allí, diseñar una estrategia para lograrlo.

Al mismo tiempo, definir qué cosas se pretende resolver en los hospitales deja implícito cuáles no. El mayor desafío consiste en conducir los hospitales hacia un perfil asistencial definido y claro, fortaleciendo su capacidad de respuesta frente a aquello que deben hacer, pero al mismo tiempo minimizando su rol frente a lo que no deberían hacer. Y es también un desafío implementar acciones que alejen a los hospitales de aquello para lo cual no debe estar orientado. El propósito no es aprovechar el potencial de todos los servicios pero avanzando hacia un perfil prestacional concreto y acorde a las necesidades sanitarias y a la estrategia de funcionamiento en red articulada desde la jurisdicción provincial.

Lograr esto requiere acciones como:

- Análisis de la oferta actual y la necesidad sanitaria para definir la brecha a ser cubierta en el perfil asistencial de cada servicio.
- Establecer perfiles prestacionales según categorías de servicios.
- Planificar la evolución progresiva de la oferta de servicios requerida para cubrir la brecha prestacional en cada provincia.
- Identificación de metas de estructura a ser alcanzados por cada establecimiento.
- Categorización de los servicios.
- Formulación e implementación de estrategias para refuncionalización de servicios.
- Validación y aprobación de estrategias provinciales de refuncionalización de servicios en el ámbito del COFESA.
- Articulación de las estrategias de refuncionalización de servicios y la categorización con los componentes de fortalecimiento de la capacidad instalada y tecnología y de gestión por resultados.

Metas

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-10 provincias con proyectos de fortalecimiento de la red de servicios públicos de salud en marcha y compromisos de gestión con el Fondo de equidad firmados.	-20 provincias con proyectos de fortalecimiento de la red de servicios públicos de salud en marcha y compromisos de gestión con el Fondo de equidad firmados.	-24 provincias con proyectos de fortalecimiento de la red de servicios públicos de salud en marcha y compromisos de gestión con el Fondo de equidad firmados.
De resultados	-80 % de los servicios recategorizados. -25 % de la infraestructura refuncionalizada y puesta en valor. - 25% de la población atendida tiene HCE.	-100 % de los servicios recategorizados. -50 % de la infraestructura refuncionalizada y puesta en valor. - 50% de la población atendida tiene HCE.	-75 % de la infraestructura refuncionalizada y puesta en valor. -100% de la población atendida tiene HCE.

Programa de Fortalecimiento de la Red de Atención Primaria de la Salud.

La atención ambulatoria representa un elemento fundamental en un modelo de atención orientado a la APS. En consonancia con la transformación propuesta para los hospitales, se desarrolla un programa de fortalecimiento del funcionamiento en red con eje en las unidades responsables de brindar atención médica ambulatoria.

Una vez definido el perfil prestacional de los hospitales y su “especialización” en temas relacionados con la internación y atención de emergencias, corresponde desarrollar una oferta de servicios que soporte las necesidades de la población en APS.

En la actualidad, la oferta de servicios ambulatorios está compuesta por los consultorios externos de los hospitales y los CAPS. La propuesta se centra en rediseñar la oferta de atención ambulatoria fortaleciendo la atención programada en los CAPS y minimizando esta función en los hospitales.

Objetivos

1. Adecuar la oferta de servicios de APS.
2. Fortalecer redes de servicios de salud.
3. Convertir al equipo de salud de APS en la puerta de entrada al sistema.
4. Implantar un sistema de información clínica y prestacional adecuado al modelo de atención.

Acciones

- Incluir en el mapa sanitario, el dimensionamiento y la distribución geográfica de los centros de atención ambulatoria.
- Definir la/las entidades prestadoras de esta modalidad de atención: el objetivo es acercar a la población diferentes posibilidades de atención, alineadas todas ellas con el modelo de atención orientada a la APS.

i. Adecuar la capacidad instalada de los **CAPS** disponibles para soportar la demanda cubierta hasta el momento por los hospitales.

ii. Desarrollar **policlínicos** específicos para la atención ambulatoria. Estos centros contarán con un grupo de profesionales médicos de las especialidades “básicas” (Clínica Médica o Medicina Familiar, Pediatría, Ginecología-Obstetricia) quienes, junto a enfermeros y eventualmente asistentes sociales, conformarán los Equipos de Atención Primaria (EAP). A su vez, contarán con métodos complementarios directamente relacionados con las mismas (radiología simple, mamografía, laboratorio de análisis clínicos).

iii. Establecer contratos con médicos para atención en consultorios propios. Los mismos se llevarán adelante cuando la demanda así lo requiera o en casos en los que la densidad poblacional y/o la dispersión geográfica impida desarrollar un centro de mayor envergadura.

En el marco del desarrollo del mapa sanitario, se determinará la oferta necesaria de otras especialidades y los policlínicos que abarcarán la misma.

El objetivo es contar con un espacio destinado a satisfacer los requerimientos de

la atención ambulatoria de la mayor parte de los problemas de salud de la población y separarlo de la atención de urgencia e internación así como de prácticas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad.

El espíritu será que el paciente pueda resolver los problemas de salud más prevalentes en un mismo espacio físico, permitiendo esto una mayor satisfacción del usuario pero también la reducción del acceso innecesario a una atención de mayor complejidad, situación potenciada actualmente por el mero hecho de estar disponible físicamente en ese mismo espacio.

- Generar responsabilidad nominada de la APS: cada paciente tendrá asignado inicialmente un policlínico de acuerdo a su lugar de residencia. Allí podrá elegir un médico de cabecera, acorde a su grupo etario.

En igual sentido, cada médico tendrá asignado un número de pacientes de acuerdo a la disponibilidad horaria de atención y será responsable por satisfacer las necesidades de atención de aquellas personas que conformen su nómina.

Sumado al empadronamiento administrativo, será responsabilidad del 1° nivel de atención relevar los problemas socio-sanitarios de la población a su cargo así como establecer compromisos de gestión por el logro de metas sanitarias en dicha población.

- Diseñar redes de atención, circuitos que permitan coordinar la atención de los pacientes en función de sus necesidades y optimizar el uso de las herramientas disponibles en el sistema para la resolución de las mismas. Incluye la nominalización de la población, la distribución geográfica de los prestadores, criterios de referencia y contrarreferencia, así como la normatización de las funciones de cada servicio y los criterios para la derivación.

- Proveer herramientas para el desarrollo de redes: el Ministerio de Salud de la Nación definirá los lineamientos para el desarrollo de redes provinciales y municipales. Cada provincia mantendrá su autonomía en el diseño de su propio proyecto de desarrollo de redes.

- Adecuar los Centros de Atención Ambulatoria (CAPS y Policlínicos) a las necesidades de la población a su cargo: resulta indispensable ajustar la dotación de personal así como la infraestructura, equipamiento e insumos para dar respuesta a los problemas de salud de la población a cargo.

- Establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia: se trata no sólo de normatizar criterios sino de facilitar la concreción de los mismos, a partir de un adecuado circuito de turnos, seguimiento de las derivaciones y orientación al paciente.

- Alinear la modalidad de pago al modelo de atención: la modalidad de pago es un condicionante de conductas tanto en usuarios como en prestadores. Es por ello que resulta fundamental alinear la forma de pago al modelo de atención.

Inicialmente se partirá de un modelo de salarios al que se sumará un plan de incentivos con el objetivo de virar hacia una modalidad basada en una cápita

(idealmente ajustada a riesgo), para cada uno de los médicos de cabecera más un plan de incentivos por compromisos de gestión.

- Desarrollar una Historia Clínica Electrónica única. Si bien este tema se desarrollará en la sección correspondiente al Programa de Informatización de la Atención Médica, cabe mencionarse que esta herramienta informática resulta un eslabón fundamental en un modelo de atención orientado a la APS, proactivo y con nominalización de la población. Lejos de ser simplemente un espacio para el registro de datos de salud de la población, representa una herramienta de gestión a partir de la posibilidad de generar alertas, difundir guías de manejo de enfermedades e interactuar entre los diferentes actores a cargo de la salud de una persona.

Metas

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-30% de la población con asignación de médico de APS. -30% de la población con 1° consulta con un médico del primer nivel de atención. -20% de los hospitales en condiciones de transformarse en policlínicos, funcionando como tales.	-50% de la población con asignación de médico de APS. -50% de la población con 1° consulta con un médico del primer nivel de atención. -50% de los hospitales en condiciones de transformarse en policlínicos, funcionando como tales.	-100% de la población con asignación de médico de APS. -100% de la población con 1° consulta con un médico del primer nivel de atención. -100% de los hospitales en condiciones de transformarse en policlínicos, funcionando como tales.

De resultados	-30% de médicos de APS con cobro por cápita. - 25% de la población atendida tiene HCE. -30% de las consultas ambulatorias a cargo del médico de APS. -20% de las consultas con especialistas enmarcadas en la red de atención.	-50% de médicos de APS con cobro por cápita. - 50% de la población atendida tiene HCE. -50% de las consultas ambulatorias a cargo del médico de APS. -50% de las consultas con especialistas enmarcadas en la red de atención.	-100% de médicos de APS con cobro por cápita. - 100% de la población atendida tiene HCE. -70% de las consultas ambulatorias a cargo del médico de APS. -100% de las consultas con especialistas enmarcadas en la red de atención.
---------------	---	---	--

A continuación, se describen los objetivos y componentes de 3 programas relacionados con la Estrategia n° 3: Regulación sanitaria. La misma aborda la formación de los recursos humanos y la adecuación de la tecnología sanitaria y medicamentos.

Programa de Formación de Recursos Humanos

Los trabajadores de la salud constituyen el componente más relevante en la producción de salud. Las modificaciones planteadas en el sistema de salud para 2027 requieren de cambios sustanciales en los recursos humanos para lograr que estos se encuentren alineados con el modelo. Estas modificaciones se relacionan por un lado con el perfil del médico que se espera formen las facultades de medicina pero también con las competencias y habilidades que deberán adquirir en su formación de posgrado para considerarlos en condiciones de llevar adelante la tarea.

A su vez, resulta imprescindible poner en marcha medidas tendientes a optimizar la distribución geográfica de la oferta profesional, tanto en cantidad como en las especialidades que se requieren.

La tarea del programa de formación de RR.HH. estará centrada en implementar caminos que conduzcan en forma paulatina a contar con el grupo profesional que el propio sistema pide, que la oferta de profesionales está estrechamente relacionada con las verdaderas necesidades de la población.

Objetivos

1. Adecuar la formación de médicos en el pre-grado.
2. Adecuar la formación de médicos en el pos-grado.
3. Establecer un sistema de habilitación profesional acorde a las necesidades del sistema.

Acciones

Componente 1: Adecuación de la formación de pre-grado

Si bien el perfil de la formación es competencia de las universidades, las cuales detentan autonomía para hacerlo, la definición del modelo de atención es competencia del Ministerio de Salud de la Nación. Por estos motivos, el PES contempla la búsqueda de una creciente articulación entre el perfil de la formación y los requerimientos de un sistema de salud que resultará cada vez más planificado y regulado con criterios sanitarios.

Esta búsqueda de articulación contempla dos aspectos fundamentales:

• **Adecuación del perfil del médico a formar**

Las acciones a desarrollar incluyen

- Analizar perfil del profesional que el modelo requiere.
- Elaborar propuestas y discutir con las autoridades del Ministerio de Educación y de las universidades modificaciones de la currícula universitaria: orientadas a la prevención más que a la curación, el eje en la salud y no sólo en la enfermedad.

• **Número de médicos necesarios**

Mientras la población aumenta a un ritmo de 1.5% anual, los médicos lo hacen aproximadamente un 5% por año. Por este motivo, la cantidad y calidad de los médicos del futuro no pueden quedar supeditadas al azar y se hace imprescindible que el sistema de salud brinde señales claras al sistema universitario respecto a las cantidades y perfiles de los profesionales que requerir el modelo argentino de salud. Esto involucra buscar, de manera conjunta, soluciones para: a) definir el número de médicos que requiere el Sistema Argentino de Salud. Para ello se tendrán en cuenta estándares internacionales y el mapa sanitario argentino y b) adecuar el número de ingresos a las facultades de medicina. Como consecuencia de los dos puntos previos, se buscará determinar un número máximo de vacantes disponibles para la formación de pre-grado.

Componente 2: Adecuación de la formación de pos-grado

Es fundamental definir y garantizar las competencias que requerirán los profesionales de salud para actuar dentro del Modelo Argentino de Salud. Las acciones contempladas para el alcance de este objetivo incluyen:

- Definir con precisión los planes de residencias, específicamente las competencias y habilidades necesarias para convertir a ese médico en un profesional habilitado para ejercer su especialidad.
- Monitorear el cumplimiento de los planes.
- Actualizar periódicamente los mismos.

Componente 3: Habilitación profesional

Si bien el título de médico es condición necesaria para anunciarse como tal, no debiera ser condición suficiente para ejercer la profesión dentro del sistema. La formación de posgrado resulta imprescindible para asegurar una capacitación alineada con el modelo médico pretendido. En ese sentido, sólo será posible formar médicos verdaderamente capacitados para ejercer la profesión si el proceso de formación contempla dos situaciones que en la actualidad están atentando contra los propios resultados del sistema. Las situaciones son la cantidad de médicos que el país necesita y dónde deben estar dichos médicos para atender a quienes los necesitan, donde los necesitan.

Las acciones propuestas son:

- Determinar el número de médicos necesarios por especialidad. Dicha definición permitirá en forma paulatina por un lado adecuar la oferta de especialistas así como orientar la formación de los médicos a las verdaderas necesidades del sistema.
- Definir la distribución geográfica del cuerpo profesional.

Se propone modificar en forma paulatina el sistema de elección de la especialidad así como el lugar donde realizar dicha formación. El proceso de elección de especialidades e instituciones para la formación de pos-grado (residencias médicas) se convertirá en una herramienta de gestión tendiente a optimizar la oferta de recurso humano adaptado a las necesidades de la población.

Se propone adoptar un sistema similar al utilizado en España, denominado MIR y que presenta las siguientes características:

- Examen único para todas las instituciones de salud.
- Definición por parte del Sistema de Salud de las plazas necesarias por especialidad y su distribución geográfica.

- Ranking de mérito a partir de dicho examen.
- Selección del lugar de residencia médica por orden de mérito.
- Dicha selección implica no sólo la especialidad sino la institución en la que se llevará adelante la formación de pos-grado.

Este sistema de selección implica que quien se encuentra en primer lugar del ranking elige tanto especialidad como institución. Los médicos que siguen en dicho ranking van ocupando las plazas de acuerdo a disponibilidad, pudiendo suceder que deba elegir otra especialidad u otra institución de la misma especialidad.

Esto permite priorizar las necesidades del sistema de salud en su conjunto frente a las individuales del médico aspirante.

En caso que el médico no acepte la opción posible, sea porque no hay vacantes en su especialidad o porque la institución no cumple con sus expectativas, tiene la posibilidad de rendir nuevamente el examen al año siguiente.

Metas

• Adecuación del pre-grado

Para 2015

- Lograr que el ingreso al 30% de las facultades de medicina sea por concurso.
- Definir el n° de médicos necesarios a nivel nacional.
- Implementar modificaciones en la currícula universitaria en el 30% de las facultades de medicina.
- Adecuar el n° de ingresantes a la carrera de medicina en las facultades que hayan implementado el ingreso por concurso.

Para 2020

- Lograr que el ingreso al 50% de las facultades de medicina sea por concurso.
- Actualizar la tasa de médicos necesarios a nivel nacional.
- Implementar modificaciones en la currícula universitaria en el 50% de las facultades de medicina.
- Adecuar el n° de ingresantes a la carrera de medicina en las facultades que hayan implementado el ingreso por concurso.

Para 2027

- Lograr que el ingreso en el 100% de las facultades de medicina sea por concurso.

- Actualizar la tasa de médicos necesarios a nivel nacional.
- Implementar modificaciones en la currícula universitaria en el 100% de las facultades de medicina.
- Adecuar el n° de ingresantes a la carrera de medicina en las facultades que hayan implementado el ingreso por concurso.

• **Adecuación del pos-grado**

Para 2015

- Definir las habilidades y competencias en la formación de los médicos residentes en al menos 3 especialidades (Clínica Médica, Pediatría, Ginecología) y al menos el 30% de las residencias.
- Diseñar un modelo de acreditación de nuevas residencias médicas alineado con las habilidades y competencias definidas.

Para 2020

- Definir las habilidades y competencias en la formación de los médicos residentes en al menos 6 especialidades y al menos el 50% de las residencias.
- Re-acreditar al menos al 50% de las residencias mediante un modelo alineado con las habilidades y competencias definidas.

Para 2027

- Definir las habilidades y competencias en la formación de los médicos residentes en todas las especialidades que cuenten con residencia y en el 100% de las residencias acreditadas.
- Re-acreditar al 100% de las residencias mediante un modelo alineado con las habilidades y competencias definidas.

• **Habilitación profesional**

Para 2015

- Definir el n° de médicos por especialidad necesarios.
- Implementar un sistema de selección de la especialidad y sitio de residencia basado en necesidades, en al menos el 30% de las especialidades y residencias.

Para 2020

- Adecuar el n° de cargos de residencia ofertados por especialidad en el 50% de las especialidades.
- Ampliar el sistema de selección de especialidad y sitio para realizar la residencia en al menos el 50% de las especialidades y residencias.

- Adecuar el n° de cargos de residencia ofertados por especialidad en el 100% de las especialidades.
- Completar el sistema de selección de especialidad y sitio para realizar la residencia en el 100% de las especialidades y residencias.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-30% de las facultades de medicina con adecuación de currícula de pregrado. -30% de residencias médicas con programa de formación.	-50% de las facultades de medicina con adecuación de currícula de pregrado. -50% de residencias médicas con programa de formación. -50% de residencias re-acreditadas.	-100% de las facultades de medicina con adecuación de currícula de pregrado. -100% de residencias médicas con programa de formación. -100% de residencias re-acreditadas.
De resultados	-30% de las facultades de medicina con sistema de ingreso por concurso.	-50% de las facultades de medicina con sistema de ingreso por concurso.	-100% de las facultades de medicina con sistema de ingreso por concurso.

Programa de Evaluación de Tecnología Sanitaria

El desarrollo de la tecnología sanitaria ha permitido superar desafíos médicos impensados hace años. Al mismo tiempo, generó supuestas necesidades cuyo génesis se vincula más con las demandas asociadas a la oferta que con los verdaderos requerimientos sanitarios.

Este programa centra su acción en regular el acceso a esta herramienta a partir de la adecuación de la misma a las necesidades y a la normatización de sus indicaciones basado en la evidencia científica.

Permitirá generar un nuevo PMO, de aplicación en todos los subsectores (público,

obras sociales y medicina prepaga) mediante la protocolización de la atención a través de líneas de cuidado. Las enfermedades de baja prevalencia y alto costo no formarán parte de este nuevo PMO ya que su financiación se llevará adelante mediante un Seguro Nacional, que se detallará en el capítulo correspondiente.

Objetivos

1. Adecuar la oferta de tecnología a las necesidades de la población.
2. Reducir la Variabilidad en la Práctica Médica y la Demanda Inducida.
3. Desarrollar un Mapa sanitario.

Acciones

Componente 1: Adecuación de oferta a necesidades

- Desarrollar una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria.
- Regular la habilitación de tecnología sanitaria.
- Evaluar la necesidad de incorporar una nueva tecnología.
- Análisis de calidad, eficacia y seguridad.
- Justificación de su incorporación en comparación con tecnología disponible.
- Definir los criterios de cobertura por parte del sistema de salud: se trata de determinar en qué situaciones se cubre la utilización de la TS habilitada.

Componente 2: Reducir la variabilidad en la práctica médica y demanda inducida

- Normatizar el manejo de enfermedades: a través del desarrollo de Guías de Práctica.
- Capacitar al cuerpo profesional en el manejo de las enfermedades seleccionadas.
- Definir niveles de acceso para la solicitud de prácticas de alta complejidad: establecer qué médicos están habilitados para solicitar determinadas prácticas de alta complejidad, en función de su especialidad y capacitación.
- Realizar estudios de evaluación de tecnología sanitaria, incluyendo costo-efectividad.

Componente 3: Construcción de un Mapa sanitario

- Identificar lecciones aprendidas en otros países respecto a ETS.
- Identificar problemas prioritarios en salud.
- Acreditar prestadores: mecanismo de control de calidad que asegura que quienes brindan el servicio se encuentran en condiciones de prestarlo.

- Evaluación de prestadores previo a su incorporación (públicos y privados).
- Monitorear el desempeño de los servicios mediante georeferenciamiento.
- Definir necesidades en cantidad y distribución geográfica de la TS.
- Evaluar estándares disponibles.
- Definir masa crítica de casos para acreditar un nuevo prestador.
- Redimensionar la oferta de servicios de alta complejidad.

Metas

• Adecuar oferta

Para 2015

- Desarrollar 1 agencia autorizada a realizar Evaluación de Tecnología Sanitaria.
- Impedir la incorporación de nuevas tecnologías sin la previa habilitación por parte de la nueva agencia.
- Impedir la incorporación de tecnología existente para nuevos usos sin la previa habilitación por parte de la nueva agencia.
- Desarrollar una estructura que permita evaluar al menos el 50% de las solicitudes de incorporación de nueva tecnología en el plazo de respuesta definido.
- Diseñar un manual de procedimientos para la solicitud de evaluación de tecnología sanitaria por parte de la agencia.

Para 2020

- Desarrollar una estructura que permita evaluar al menos el 75% de las solicitudes de incorporación de nueva tecnología en el plazo de respuesta definido.

Para 2027

- Desarrollar una estructura que permita evaluar el 100% de las solicitudes de incorporación de nueva tecnología en el plazo de respuesta definido.

• Reducir la variabilidad de la práctica médica

Para 2015

- Desarrollar guías de práctica clínica en las patologías relacionadas con la TS que se pretende incorporar.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en al menos 5 estudios.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en todas las nuevas prácticas que habilite la agencia de ETS.

Para 2020

- Desarrollar guías de práctica clínica en las patologías relacionadas con la TS que se pretende incorporar.
- Desarrollar al menos 3 guías de práctica clínica en patologías que requieran del uso de tecnología de alta complejidad o medicamentos de alto costo.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en al menos otros 5 estudios.
- Reevaluar los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en los estudios ya definidos.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en todas las nuevas prácticas que habilite la agencia de ETS.

Para 2027

- Desarrollar guías de práctica clínica en las patologías relacionadas con la TS que se pretende incorporar.
- Desarrollar al menos 3 guías de práctica clínica en patologías que requieran del uso de tecnología de alta complejidad o medicamentos de alto costo.
- Actualizar las guías de práctica desarrolladas en el período anterior.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en al menos otros 5 estudios.

Para 2015

- Desarrollar guías de práctica clínica en las patologías relacionadas con la TS que se pretende incorporar.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en al menos 5 estudios.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en todas las nuevas prácticas que habilite la agencia de ETS.

Para 2020

- Desarrollar guías de práctica clínica en las patologías relacionadas con la TS que se pretende incorporar.
- Desarrollar al menos 3 guías de práctica clínica en patologías que requieran del uso de tecnología de alta complejidad o medicamentos de alto costo.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en al menos otros 5 estudios.
- Reevaluar los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en los estudios ya definidos.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en todas las nuevas prácticas que habilite la agencia de ETS.

Para 2027

- Desarrollar guías de práctica clínica en las patologías relacionadas con la TS que se pretende incorporar.
- Desarrollar al menos 3 guías de práctica clínica en patologías que requieran del uso de tecnología de alta complejidad o medicamentos de alto costo.
- Actualizar las guías de práctica desarrolladas en el período anterior.

- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en al menos otros 5 estudios.
- Reevaluar los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en los estudios ya definidos.
- Definir los niveles de habilitación profesional para solicitar prácticas de alta complejidad en todas las nuevas prácticas que habilite la agencia de ETS.

• Mapa sanitario

Para 2015

- Determinar estándares territoriales para la distribución de la TS disponible en al menos 5 prácticas.
- Definir plazos para reubicar aquella TS “excedente”.
- Diseñar un manual de procedimiento para la acreditación de prestadores.
- Acreditar el 100% de los nuevos prestadores.
- Definir plazos para la re-acreditación de prestadores.

Para 2020

- Determinar estándares territoriales para la distribución de la TS disponible en al menos otras 5 prácticas.
- Auditar la reubicación de la TS “excedente”.
- Acreditar al menos al 30% de los prestadores ya existentes en alta complejidad.
- Re-acreditar al 100% de los prestadores en los plazos previstos.

Para 2027

- Determinar estándares territoriales para la distribución de la TS disponible en al menos otras 5 prácticas.
- Auditar la reubicación de la TS “excedente”.
- Acreditar al menos al 50% de los prestadores ya existentes en alta complejidad.
- Re-acreditar al 100% de los prestadores en los plazos previstos.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-Al menos 5 prácticas de alta complejidad con estándares territoriales.	-Al menos 10 prácticas de alta complejidad con estándares territoriales.	-Al menos 15 prácticas de alta complejidad con estándares territoriales.

De resultados	-50% de nuevas tecnologías evaluadas previo a su incorporación.	-75% de nuevas tecnologías evaluadas previo a su incorporación.	-100% de nuevas tecnologías evaluadas previo a su incorporación.
	-100% de nuevos prestadores acreditados.	-30% de prestadores "previos" acreditados.	-50% de prestadores "previos" acreditados.

Programa de Regulación de Medicamentos

En los últimos años, los costos en salud se incrementaron en forma sostenida y dentro de ellos, la participación del gasto en medicamentos tiende a ser mayor. Por este motivo y para asegurar el acceso de la población a los medicamentos, se ha diseñado un programa para regular este mercado, no con un espíritu restrictivo sino, por el contrario, intentando alinear el acceso a las necesidades y no a la demanda de los mismos.

Objetivos

1. Asegurar el acceso de la población a medicamentos esenciales.
2. Asegurar el acceso de la población a medicamentos de alto costo (MAC).
3. Reducir el impacto del gasto de bolsillo en medicamentos.

Acciones

Componente 1: Acceso a medicamentos esenciales

- Definir una política de selección racional de medicamentos: esta tarea incluye la evaluación de nuevas drogas para su comercialización y cobertura. La misma estará a cargo de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria, quien será responsable de evaluar las solicitudes para incorporar una nueva droga. Luego de dicha evaluación, la misma permitirá o no la incorporación del medicamento al listado de drogas habilitadas para su comercialización.
- Definir circuito para solicitud de evaluación de nuevos medicamentos.
- Definir componentes a ser evaluados ante una solicitud: esto incluye seguridad, eficacia y calidad.

- Definir plazos para entregar veredicto.
- Regular precios de medicamentos: esta acción será llevada adelante por una serie de actividades.
- Definir participación de los usuarios en la financiación: deberá definirse la presencia de copagos, reembolsos así como los porcentajes de los mismos.
- Estimular la prescripción por Denominación Común Internacional (DCI): esta modalidad prescriptiva redundará en una competencia entre fabricantes de un mismo medicamento con el consiguiente beneficio en el precio.
- Regular precios en forma directa: esta acción podrá ser llevada a cabo mediante la fijación de precios máximos, comparando precios a nivel internacional.
- Normatizar el manejo de enfermedades: en el mismo sentido que el descrito en otros programas (ej: Programa de Manejo de Enfermedades Crónicas), el diseño de guías para el manejo de enfermedades permite homogeneizar el tratamiento de una patología, reduciendo la variabilidad en la práctica médica y con ello, el uso inadecuado de recursos, particularmente en ese caso, relacionado con medicamentos. En caso de ser aprobada para su comercialización, la normatización del manejo de las enfermedades permitirá determinar las situaciones clínicas en las cuales se cubrirá el medicamento en cuestión.
- Centralizar la compra de medicamentos: aún cuando su impacto resulta mayor en los medicamentos especiales o de alto costo, en aquellas enfermedades de alta prevalencia cuyos medicamentos representen una parte sustancial del costo en su tratamiento, la gestión de compras de los mismos representará un eslabón fundamental para controlar los precios.

Componente 2: Acceso a medicamentos de alto costo (MAC)

Este componente se desarrolla en el Programa de Enfermedades Catastróficas, debido a la estrecha relación entre este grupo de medicamentos y dichas patologías.

Metas

• Acceso a medicamentos esenciales y reducción del gasto de bolsillo

Para 2015

- Evaluar en los plazos previstos al menos el 50% de las solicitudes.
- Implementar la prescripción obligatoria por DCI en al menos las enfermedades crónicas seleccionadas para su normatización.
- Normatizar el manejo de al menos 2 enfermedades crónicas.
- Realizar compras centralizadas en al menos las 2 enfermedades crónicas normatizadas.

Para 2020

- Evaluar en los plazos previstos al menos el 75% de las solicitudes.
- Implementar la prescripción obligatoria por DCI en al menos los médicos de APS.
- Normatizar el manejo de al menos otras 3 enfermedades crónicas.
- Realizar compras centralizadas en al menos las 5 enfermedades crónicas normatizadas.

Para 2027

- Evaluar en los plazos previstos el 100% de las solicitudes.
- Implementar la prescripción obligatoria por DCI en todos los ámbitos de prescripción.
- Normatizar el manejo de al menos otras 5 enfermedades crónicas.
- Realizar compras centralizadas en al menos las 10 enfermedades crónicas normatizadas.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-50% de nuevos medicamentos evaluados. -2 enfermedades crónicas con compras centralizadas. -50% de prescripciones de médicos de APS por DCI.	-75% de nuevos medicamentos evaluados. -5 enfermedades crónicas con compras centralizadas. -75% de prescripciones de médicos de APS por DCI.	-100% de nuevos medicamentos evaluados. -10 enfermedades crónicas con compras centralizadas. -100% de prescripciones de médicos de APS por DCI.
De resultados	-2 enfermedades crónicas con normatización de su manejo.	-5 enfermedades crónicas con normatización de su manejo.	-10 enfermedades crónicas con normatización de su manejo.

Programa Protección Social frente a Enfermedades Catastróficas

Las enfermedades catastróficas (EC) constituyen un grupo de patologías que deben su nombre al impacto económico que producen en quien las padece y requieren de una financiación diferenciada que permita reducir el impacto individual. A su vez, en parte por ser muchas de ellas enfermedades de baja incidencia y prevalencia así como debido al uso de medicamentos de alto costo y tecnología de alta complejidad, el manejo de estas enfermedades suele ser un emblema de la variabilidad en la práctica médica.

El programa de enfermedades catastróficas se propone implementar herramientas que permitan afrontar el impacto económico individual y normalizar el manejo de las mismas a fin de asegurar el acceso de los afectados a prácticas de probada eficacia y evitar el uso inadecuado de los recursos.

Los objetivos de este programa, relacionado específicamente con la Estrategia n°4 son:

Objetivos

1. Desarrollar un Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.
2. Disminuir la variabilidad en la práctica médica en enfermedades de alto costo.
3. Expandir gradualmente la cobertura vertical.

Acciones

Componente 1: Seguro Nacional de EC

El objetivo principal de este componente es reducir el impacto económico individual de las EC.

- Seleccionar un grupo de EC a ser incluidas inicialmente.
- Incorporar a todos los sub-sectores para lograr un pool de riesgo.
- Definir el valor inicial de la cápita inicial.
- Seleccionar los 7 miembros de la Junta Directiva.

Componente 2: Disminuir variabilidad en la práctica médica

- Protocolizar el manejo de las EC, con carácter normativo.
- Desarrollar una entidad a cargo de la normatización de las EC incorporadas.
- Regular el acceso a Medicamentos de Alto Costo.
- Crear una Comisión Evaluadora para analizar casos puntuales por excepción: aún cuando exista una guía de recomendaciones para el manejo de cada enfermedad, es esperable que existan casos que requieran de un abordaje individualizado para definir la necesidad o no de recibir determinada prestación. Esta evaluación será llevada adelante por una comisión creada específicamente para este fin y su resolución no será apelable.
- Acreditar prestadores: las prestaciones médicas, así como la dispensación de medicamentos serán brindadas desde centros acreditados. Como consecuencia de este conjunto de medidas complementarias se lograrían tres conquistas relevantes para la respuesta social frente a enfermedades catastróficas. En primer lugar, se incorporarían herramientas para controlar el gasto. En segundo lugar, se incorporarían

herramientas para controlar la variabilidad de la práctica clínica. En tercer lugar, como consecuencia de las anteriores, la población cubierta tendría acceso igualitario a prestaciones de calidad y efectividad homogénea y controlada.

Componente 3: Expansión de la cobertura

- Ampliar el número de EC a ser cubiertas por el Seguro Nacional.
- Excluir las prestaciones incluidas del Programa Médico Obligatorio (PMO).
- Ajustar el valor de la cápita en forma periódica.

Metas

• **SENEC**

Para 2015

- Definir el listado de EC a ser incorporadas inicialmente.
- Determinar el valor inicial de la cápita.
- Seleccionar a los miembros de la Junta Directiva.

Para 2020

- Definir el listado de nuevas EC a ser incorporadas.
- Actualizar el valor de la cápita.
- Renovar los miembros de la Junta Directiva en los plazos previstos.

Para 2027

- Definir el listado de nuevas EC a ser incorporadas.
- Actualizar el valor de la cápita.
- Renovar los miembros de la Junta Directiva en los plazos previstos.

• **Reducir VPM**

Para 2015

- Desarrollar una entidad habilitada para normatizar el manejo de las EC, evaluar excepciones y acreditar prestadores.
- Desarrollar guías de práctica clínica en al menos el 50% de las EC incorporadas.
- Acreditar al menos al 30% de los prestadores en prácticas relacionadas con las EC incluidas.
- Definir plazos para la re-acreditación de prestadores.

Para 2020

- Desarrollar guías de práctica clínica en al menos el 50% de las EC incorporadas (incluyendo el 100% de las EC incorporadas en la primera etapa).
- Acreditar al menos al 50% de los prestadores en prácticas relacionadas con las EC incluidas (incluyendo el 100% de las EC incorporadas en la primera etapa).
- Re-acreditar al 100% de los prestadores en los plazos previstos.

Para 2027

- Desarrollar guías de práctica clínica en el 100% de las EC incorporadas.
- Acreditar al 100% de los prestadores en prácticas relacionadas con las EC incluidas.
- Re-acreditar al 100% de los prestadores en los plazos previstos.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-50% de EC incorporadas con guías de práctica desarrolladas.	-75% de EC incorporadas con guías de práctica desarrolladas.	-100% de EC incorporadas con guías de práctica desarrolladas.
De resultados	-30% de prestadores de alta complejidad acreditados.	-50% de prestadores de alta complejidad acreditados.	-100% de prestadores de alta complejidad acreditados.

A continuación se presentan dos programas que se relacionan transversalmente con las 4 estrategias planteadas.

Programa de Gestión por Resultados

La puesta en marcha de cambios en el modelo de atención asociados a compromisos de gestión requiere de una adecuada valoración y valorización del cumplimiento de las metas propuestas.

Este programa repercute transversalmente en las 4 estrategias planteadas por el PES 2027 y se propone desarrollar herramientas que permitan medir el grado de cumplimiento por parte de los actores involucrados así como formas de premiar ese cumplimiento.

Objetivos

1. Alinear intereses entre los diferentes actores.
2. Diferenciar la retribución de acuerdo a los logros.
3. Reducir la auditoría externa para alcanzar las metas.

Acciones

Componente 1: Alineación de intereses

- Definir metas para cada uno de los actores involucrados.
- Difundir las metas establecidas.
- Proponer una serie de incentivos alineados con el cumplimiento de determinadas metas.

Componente 2: Diferenciar retribución

- Establecer en forma clara las metas planteadas para cada actor.
- Medir el grado de cumplimiento de cada meta.
- Determinar la modalidad de retribución ante el cumplimiento de las metas.

Componente 3: Reducir control externo

- Definir metas de cumplimiento grupal.
- Establecer incentivos ligados al cumplimiento del grupo.
- Definir modalidad de retribución individual ante el logro grupal: una modalidad utilizada en muchas HMO's norteamericanas consiste en definir una meta a alcanzar por un grupo médico en particular (por ejemplo, reducir 50% el número de personas que no realizan una mamografía según recomendaciones) y destinar una parte del presupuesto para premiar el alcance de la misma. Dicho monto sólo será entregado en caso de cumplimiento por parte del grupo médico en su conjunto pero, a su vez, aquellos que más reducción obtengan porcentualmente recibirán bonificaciones mayores en relación a sus compañeros. Esto permite, por un lado, la cooperación para el logro del objetivo en común y por otro, la "competencia" por mejorar dicha meta para obtener un mayor beneficio individual, que por otra parte beneficiará también a los pacientes y al mismo sistema de salud.

Metas

Para 2015

- Determinar objetivos a cumplir en al menos 2 enfermedades crónicas y medicina preventiva.
- Diseñar set de indicadores para medición del cumplimiento de los objetivos definidos.
- Difundir los objetivos en la población a ser evaluada.

Para 2020

- Determinar objetivos a cumplir en al menos 5 enfermedades crónicas y medicina preventiva.
- Diseñar set de indicadores para medición del cumplimiento de los objetivos definidos.
- Difundir los objetivos en la población a ser evaluada.
- Redefinir objetivos en las enfermedades incluidas en la primera etapa.

Para 2027

- Determinar objetivos a cumplir en al menos 10 enfermedades crónicas y medicina preventiva.
- Diseñar set de indicadores para medición del cumplimiento de los objetivos definidos.
- Difundir los objetivos en la población a ser evaluada.
- Redefinir objetivos en las enfermedades incluidas en la primera y segunda etapa.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-2 enfermedades crónicas con compromisos de gestión definidos.	-5 enfermedades crónicas con compromisos de gestión definidos.	-10 enfermedades crónicas con compromisos de gestión definidos.
De resultados	-50% de médicos de APS con plan de incentivo implementado.	-75% de médicos de APS con plan de incentivo implementado.	-100% de médicos de APS con plan de incentivo implementado.

Programa de Informatización de la Atención Médica

El conocimiento de todo aquello que sucede en relación a la atención de los pacientes representa un eje fundamental del PES 2027. Solamente a partir de dicha información podrán tomarse decisiones adecuadas tanto en relación a la asisten-

cia médica como a la gestión de los recursos humanos y la implementación de políticas de incentivo y medidas proactivas.

Teniendo en cuenta que la nominalización de la responsabilidad resulta imprescindible para reducir inequidades en el acceso a la salud, contar con una HCE que genere un salto de calidad al pasar de un simple listado de personas a cargo de un equipo asistencial a una herramienta informática que permitirá monitorear el cumplimiento de metas propuestas e implementar medidas correctivas, cuando resulten necesarias.

Este programa plantea el desarrollo de una historia clínica electrónica, soporte fundamental del modelo definido por esta propuesta.

Objetivos

1. Desarrollar una Historia Clínica Electrónica (HCE) única.
2. Adecuar la HCE a las necesidades del sistema.
3. Convertirse en eje de las políticas sanitarias.
4. Ampliar el alcance de la herramienta.

Acciones

Componente 1: Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica

- Evaluar opciones de desarrollos de HCE: existen básicamente 2 opciones, la compra de los denominados “enlatados” o el desarrollo “a medida” de la HCE. Cada una de estas opciones presentan sus ventajas y desventajas.
- Conformar grupo multidisciplinario para el diseño de la HCE: se requiere del armado de un grupo integrado por diferentes sectores, entre los que se menciona el área de sistemas, legales, médicos, enfermeros. Debe recalcarse la importancia de priorizar la opinión del usuario en el diseño de la herramienta.
- Desarrollar tablas maestras de cada uno de los componentes de la HCE (pacientes, instituciones, servicios, fármacos).
- Capacitar a los diferentes actores en el uso de la herramienta.
- Integrar toda la información sanitaria de la persona.

Componente 2: Adecuar necesidades

- Evaluar utilidad de la herramienta previo a su desarrollo.
- Especificar datos que deberá soportar así como información que se espera obtener.
- Determinar estructura de soporte tecnológico necesario.

Componente 3: Eje de las políticas sanitarias

- Diseñar informes periódicos que se espera obtener.
- Desarrollar alertas electrónicos ante desvíos de las metas planteadas.
- Utilizar la información para poner en práctica las políticas de incentivos definidos.

Componente 4: Ampliar el alcance

- Conformar un organismo encargado del desarrollo y seguimiento de la herramienta: se sugiere la conformación de una estructura conformada por técnicos informáticos, médicos, enfermeros, asesores legales. Este organismo tendrá como función principal definir los avances de la herramienta en función de las necesidades y las posibilidades presupuestarias.
- Determinar el alcance inicial de la HCE (ejemplo: atención ambulatoria programada).
- Ampliar dicho alcance al resto de los sectores en forma progresiva (emergencias, internación).
- Capacitar al personal involucrado en cada sector en la carga de datos.

Metas

Para 2015

- Diseñar modelo de HCE al menos para atención ambulatoria.
- Capacitar en el uso de la herramienta al menos al 50% de los médicos de APS.
- Capacitar en el uso de la herramienta al menos al 30% de los médicos especialistas.

Para 2020

- Diseñar modelo de HCE para internación.
- Desarrollar al menos 1 alerta electrónico.
- Capacitar en el uso de la herramienta al menos al 75% de los médicos de APS.
- Capacitar en el uso de la herramienta al menos al 50% de los médicos especialistas.

Para 2027

- Desarrollar al menos 3 alertas electrónicos.
- Capacitar en el uso de la herramienta al 100% de los médicos de APS.
- Capacitar en el uso de la herramienta al 100% de los médicos especialistas.

Metas	2015	2020	2027
De procesos	-50% de médicos de APS utilizando HCE. -30% de médicos especialistas utilizando HCE.	-75% de médicos de APS utilizando HCE. -50% de médicos especialistas utilizando HCE.	-100% de médicos de APS utilizando HCE. -100% de médicos especialistas utilizando HCE.

Este libro propone las bases para construir un modelo argentino de salud a partir de cuatro estrategias de cambio:

1. Construcción de protecciones universales de salud por líneas de cuidados.

De forma que todos los argentinos que enfrenten la misma enfermedad tengan respuestas idénticas en calidad, oportunidad y resolutiveidad. Esto significa pasar de un conjunto de prestaciones a ser cubiertas a un verdadero esquema de protecciones sanitarias a ser garantizadas a los ciudadanos.

2. Transformación del sector público de salud.

La integración de un sistema que hoy está tan fragmentado y segmentado requiere asumir a los servicios públicos de salud como piedra angular del sistema. Esto se inicia a través de una fuerte inversión que reconvertirá a los centros de atención primaria en verdaderos policlínicos con responsabilidad nominada sobre la población, con turnos programados y con un sistema de información clínica como eje del cambio del modelo. En segundo lugar, convirtiendo a los hospitales en organizaciones sociales de salud con plena autonomía de gestión, con un consejo directivo integrado por la comunidad y los trabajadores, con herramientas para contratación y adquisiciones transparentes y competitivas a través de una plataforma común en internet, elaborando un plan de operaciones que garantice que no harán lo que puedan ni lo que quieran, sino lo que deban y dentro de un esquema de funcionamiento en red. En tercer lugar, las provincias integrarán sistemas universales desplegando estrategias de aseguramiento público que eliminen los subsidios cruzados y establezcan un responsable principal para garantizar las protecciones de salud a cada ciudadano. A su vez, los municipios desarrollarán la gestión territorial en salud y asumirán un fuerte protagonismo en la promoción de la salud.

3. Regulación sanitaria de los mercados de salud.

La misión de obras sociales y prepagas, así como de los incipientes seguros provinciales de salud, debe ser garantizar las protecciones sanitarias a sus beneficiarios. Su prioridad debe ser que los ciudadanos a su cargo estén más sanos y adhieran a las líneas de cuidados, obteniendo así mejores resultados sanitarios. Esto requiere que el Estado evalúe resultados, acredite servicios y que incorpore un mapa sanitario para priorizar inversiones propias y habilitar inversiones privadas en infraestructura y tecnología en función de las necesidades de la población.

4. Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas.

Las enfermedades más caras requieren un tratamiento diferencial porque su aparición empobrece a quienes las padecen y puede llegar a hacer inviable al sistema. El objetivo de un seguro nacional de enfermedades catastróficas será lograr garantizar protecciones adecuadas e igualitarias a la población frente a la adversidad de padecer una de estas patologías pero, al mismo tiempo, reduciendo el gasto y la alta variabilidad de la práctica clínica que a ellas se vincula.

E D I C I O N E S

Fundación  Sanatorio Güemes