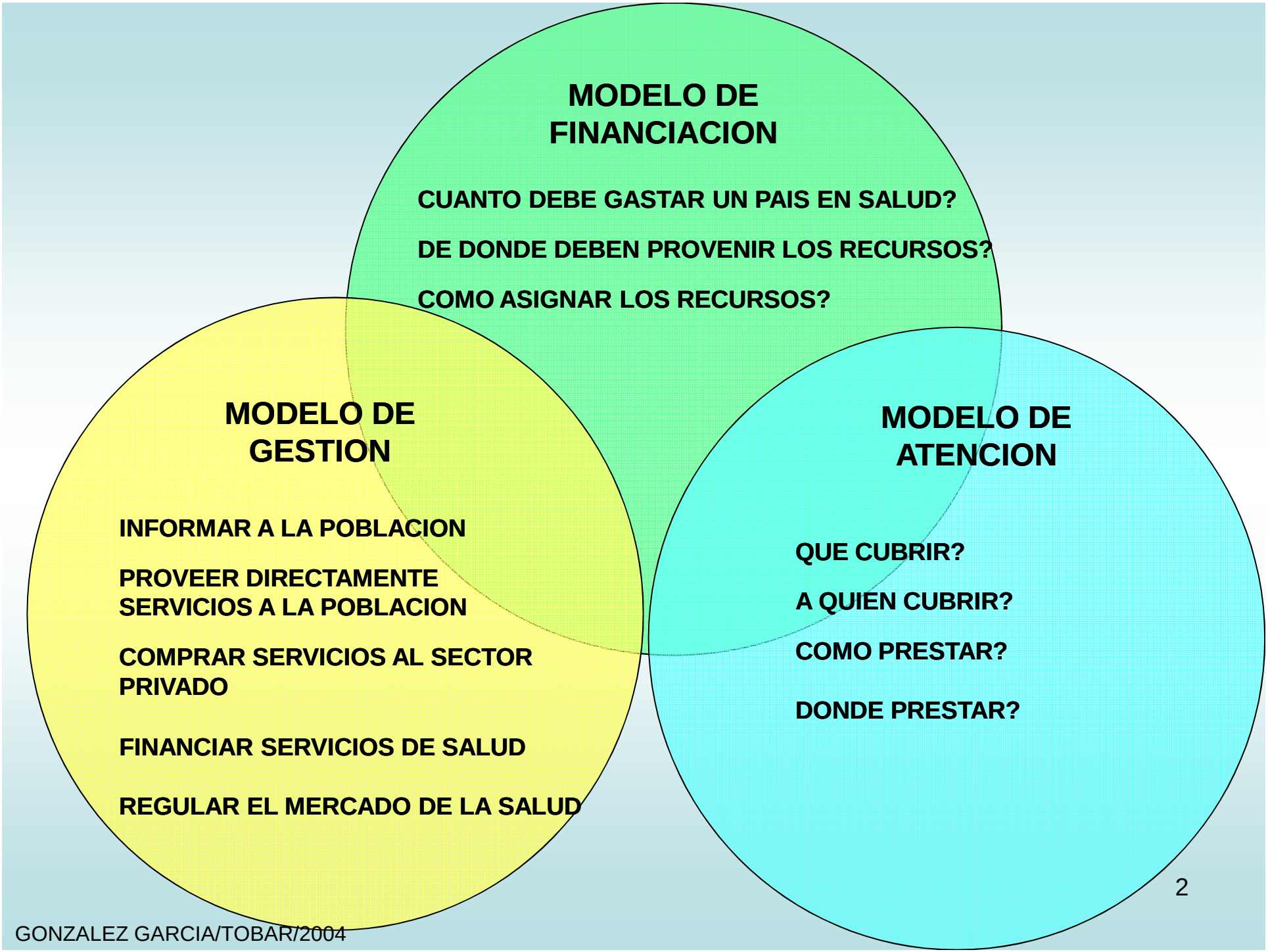
SAN MIGUEL DE TUCUMAN 20 Y 21 DE SEPTIEMBRE DE 2011


MODELO DE FINANCIACION
CUANTO DEBE GASTAR UN PAIS EN SALUD?
DE DONDE DEBEN PROVENIR LOS RECURSOS?
COMO ASIGNAR LOS RECURSOS?
MODELO DE GESTION
INFORMAR A LA POBLACION
PROVEER DIRECTAMENTE SERVICIOS A LA POBLACION
COMPRAR SERVICIOS AL SECTOR PRIVADO
FINANCIAR SERVICIOS DE SALUD
REGULAR EL MERCADO DE LA SALUD
MODELO DE ATENCION
QUE CUBRIR?
A QUIEN CUBRIR?
COMO PRESTAR?
DONDE PRESTAR?

Problemas comunes de los sistemas de salud en Latinoamérica

- Falta de articulación y debilidad en las funciones de modulación del sistema (rectoría y supervisión).
- Inequidad
- Mala imagen de los prestadores de salud (expectativas versus percepción)
- Enfoque curativo
- Baja cobertura de aseguramiento
- Bajo nivel de financiamiento
- Fragmentación del financiamiento

América latina

- Unos 127 millones (27%) sin acceso estable a servicios básicos de salud
- Unos 250 millones (50%, la mitad de la población) no tiene ningún seguro de salud (público o privado)
- Población de América latina >500 millones, de ellos casi el 50% son pobres (250 millones).

Resultados Comparativos

	ODM 1 [2/]	ODM 2 [3/]	ODM 4 [4/]	ODM 5 [5/]	ODM 7a [6/]	ODM 7b [7/]
Argentina				--		
Bolivia				--		
Brasil	✓			--	✓	✓
Chile	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Colombia	✓				✓	✓
Costa Rica		✓			✓	✓
Cuba		✓	✓	✓	✓	✓
Ecuador					✓	
El Salvador						✓
Guatemala	✓					
Honduras						
Jamaica	✓					
México	✓	✓			✓	✓
Nicaragua						
Paraguay						
Perú	✓			--		
República Dominicana					✓	✓
Uruguay				--	✓	✓
ALC [8/]	✓	--			✓	✓

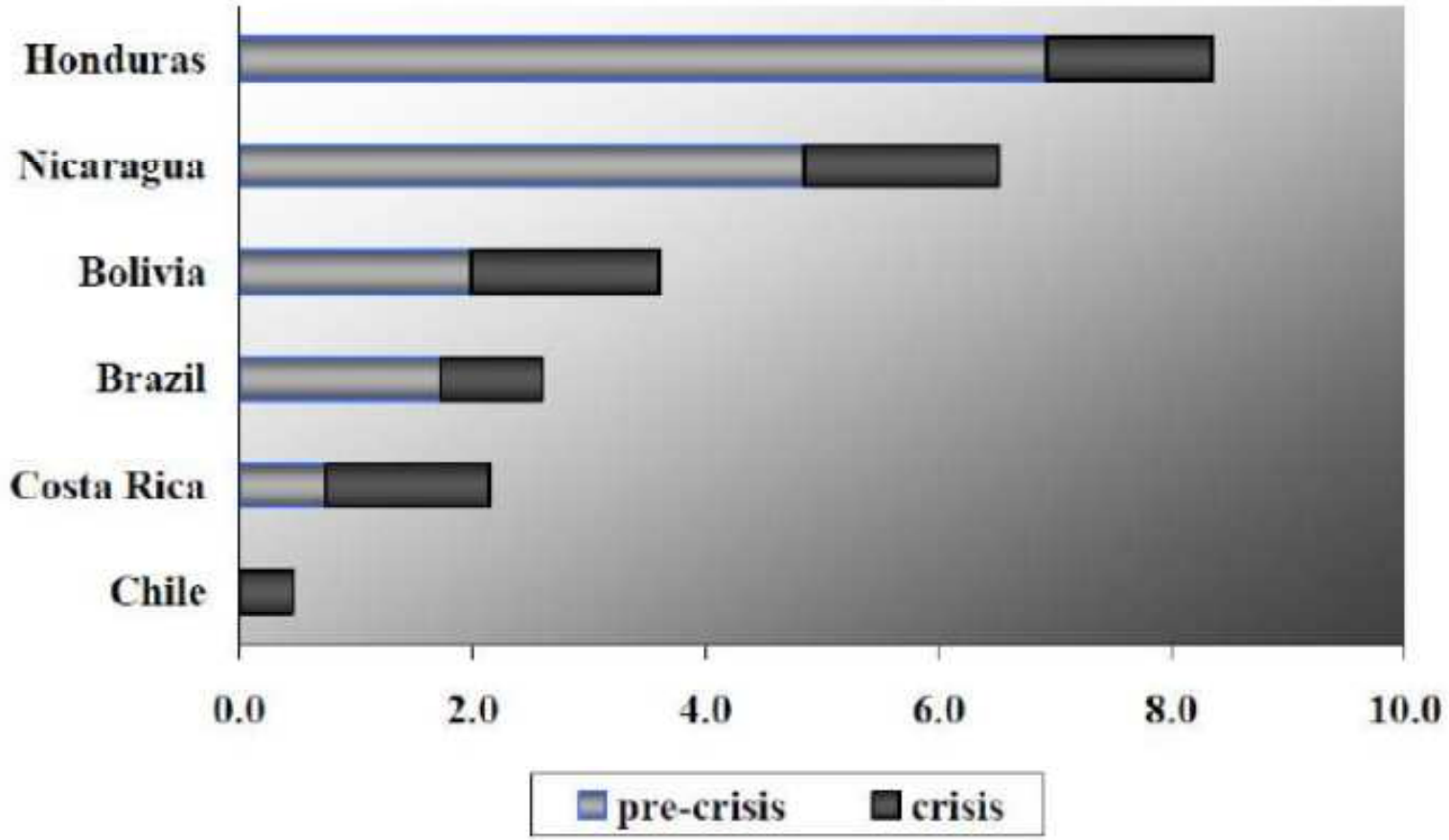
ODM: qué metas?

Objetivo	Meta internacional 2015	Meta país/proyecto 2015
ODM1	Reducir a la mitad incidencia pobreza extrema	
ODM2	Completar 100% educación primaria	*Incluir meta para secundaria?*
ODM3	Igualdad de género en acceso a educación (todos los niveles)	*Qué hacer si ya se alcanzó la meta?*
ODM4	Reducir mortalidad infantil en 2/3	*Qué hacer si ya se alcanzó la meta?*
ODM5	Reducir mortalidad materna en ¾	
ODM7	Reducir en 50% población (urbana) sin agua potable y sin sanidad	

Enrique Ganuza. Representante Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Chile.

Gasto público extra necesario para lograr los ODMs en educación, salud, agua y saneamiento

(Porcentaje del PIB; costo anual promedio)



SISTEMAS DE SALUD

- Sistema Asistencialista de Salud: Cubrir en forma efectiva al que lo necesita con un real acceso a los servicios
- Cobertura Universal de Salud: igual para todos, en base a valores de equidad de justicia social y solidaridad
- Protección Social Universal en Salud: involucra además un desarrollo humano, económico y social

FINANCIAMIENTO

La política de salud y su financiamiento son temas inseparables porque…

- La política del financiamiento determina cuánto está disponible
- Quién controla los fondos y cómo se están utilizando
- Quién coloca/distribuye los recursos y su uso
- Quién tiene acceso a los servicios básicos de salud
- Cuántas personas caen en pobreza

Es equitativo, solidario y distributivo.

¿ Hay múltiples fuentes y gestores de los recursos?

¿Son suficientes y se gastan con eficiencia ?

Hay falencias :

A)Distribución

B)Gestión
- planificación,
- ejecución,
- control

C)Asignación

La estructura del financiamiento es:

A) Eficiente
B) Solidaria
C) Equitativa
D) Oportuna

Los recursos asignados a la salud a los diferentes gestores se gastan:

A) Eficientemente
B) Oportunamente
C) Con control suficiente
D) De acuerdo a las metas establecidas en salud

FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Es el actual financiamiento del sector, equitativo a los subsectores y gestores:

A) Seguridad Social
B) Sector Estatal Nacional
C) ONGs
D) Sector Estatal Provincial
E) Sector Estatal Municipal
F) Otros

Existe transparencia en la:

A) Asignación de recursos
B) En el gasto

Fuentes de Financiamiento

Impuestos o recursos fiscales.

Se ejecutan a través de los gobiernos, en los tres niveles jurisdiccionales (Nación, provincias y municipios).

- GANANCIAS
- CREDITOS Y DEBITOS BANCARIOS
- COMBUSTIBLES NAFTAS
- IMPUESTOS INTERNOS
- IVA NETO DE REEMBOLSOS
- BIENES PERSONALES
- GANANCIA MINIMA PRESUNTA
- CONTRIBUCIONES
- DERECHOS DE EXPORTACION
- DERECHOS DE IMPORTACION

FINANCIAMIENTO EXTERNO DE PROGRAMAS

Contribuciones sociales transferidas a las Obras Sociales

Nacionales, Provinciales, Municipales u otras (Universidades o Cuerpos Legislativos.)

OSN: IMPUESTO AL SALARIO DEL 3% DE SU INGRESO Y 5% COMO APORTE DEL EMPLEADOR.

PAMI: (**1)TRABAJADORES EN ACTIVIDAD**, EQUIVALENTE AL 5% DEL SALARIO -3% APORTE PERSONAL Y 2% PATRONAL-,
(2) APORTE DE LOS PASIVOS, VARÍA ENTRE 6% Y 3% DE SUS INGRESOS, SEGÚN SUPEREN O NO EL HABER MÍNIMO
(3) CONTRIBUCIONES DEL TESORO NACIONAL, (20% DE LOS INGRESOS.)

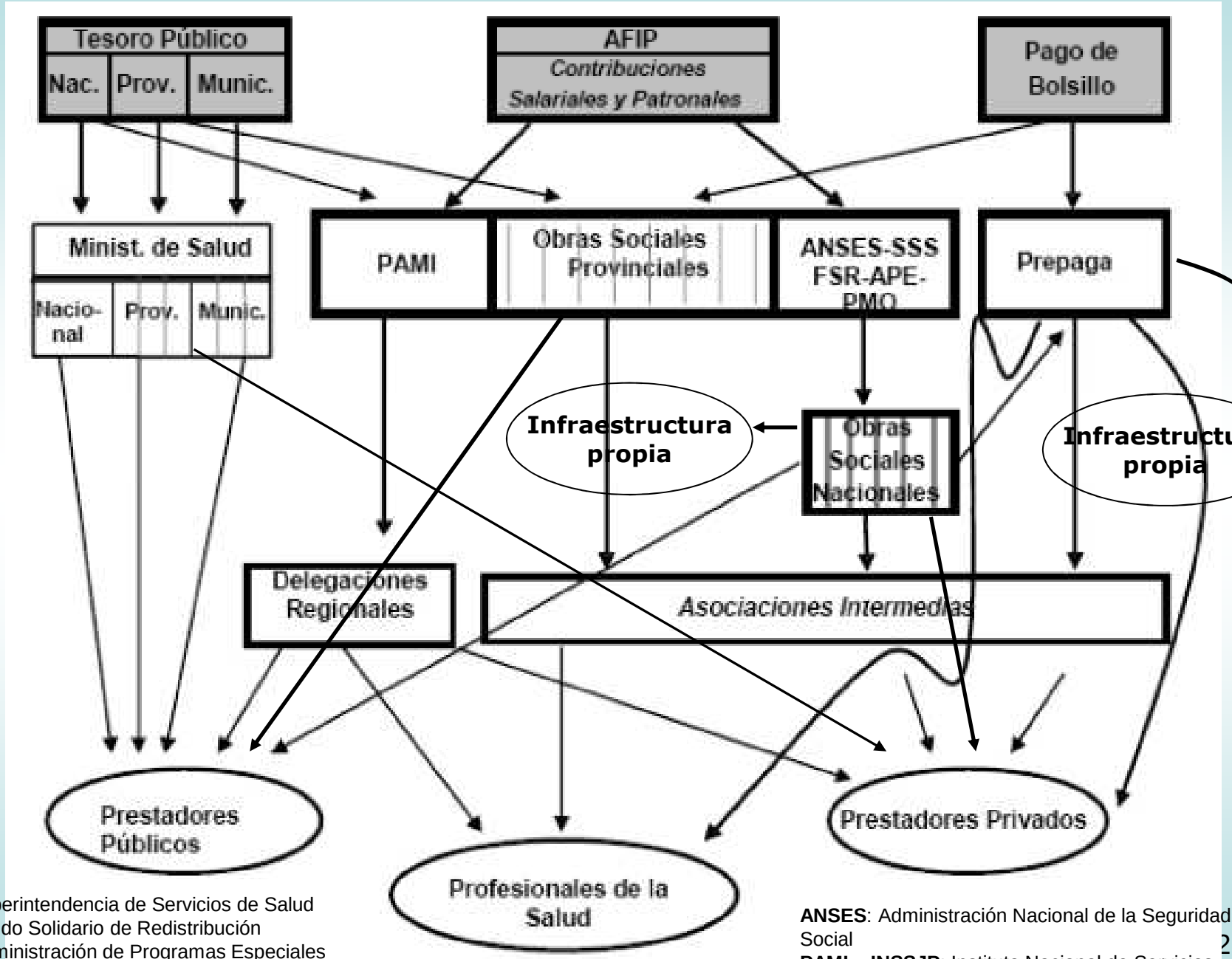
OBRAS SOCIALES PROVINCIALES

MONOTRIBUTISTAS

Gasto privado o gasto de las familias

pagos directos (desembolsos directos) o de cuotas de seguros voluntarios (primas).

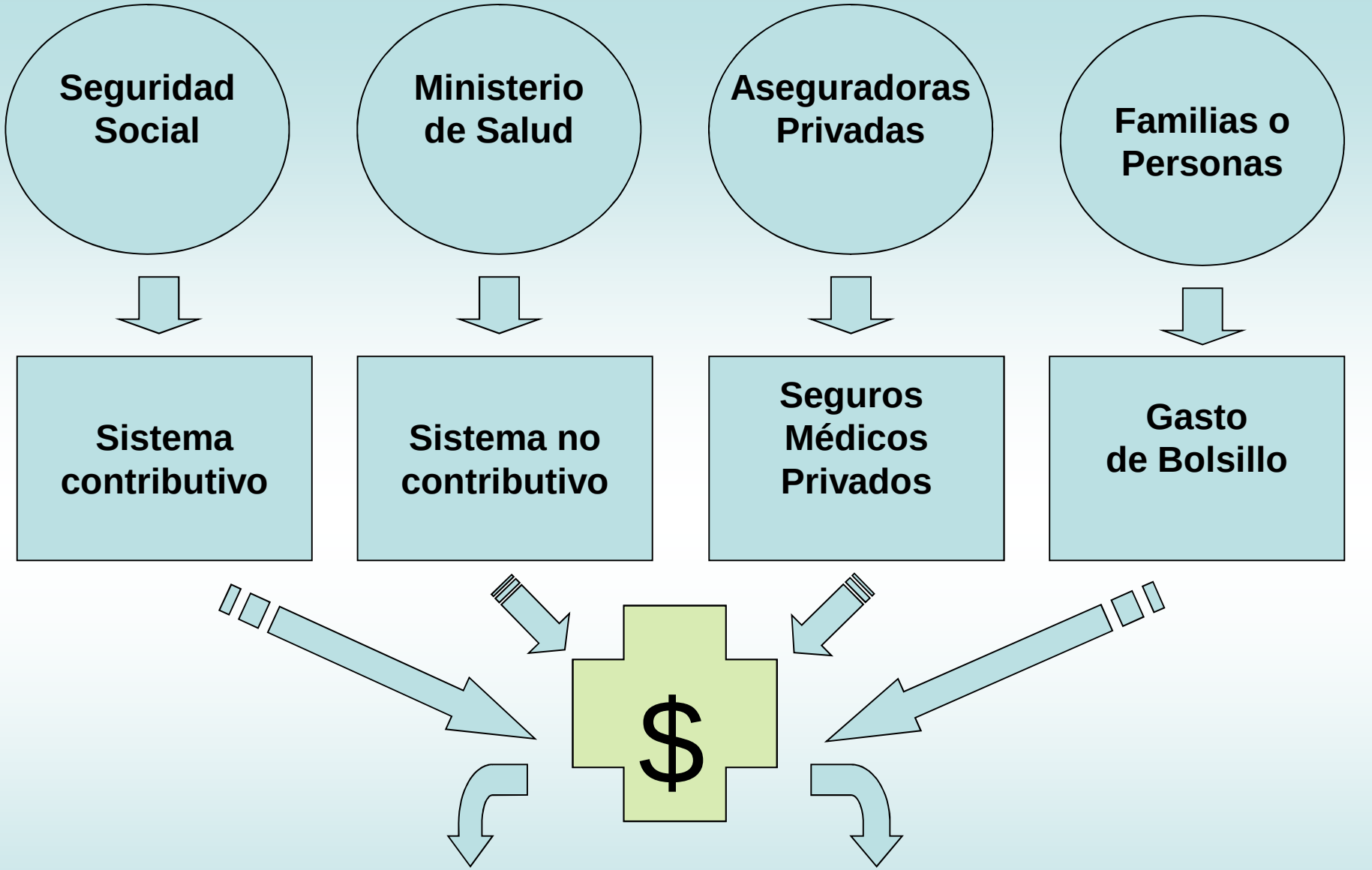
Organización del Sistema de Salud Argentino



SSS: Superintendencia de Servicios de Salud
FSR: Fondo Solidario de Redistribución
APE: Administración de Programas Especiales
PMO: Programa Médico Obligatorio
AFIP: Administración Federal de Ingresos Públicos

Daniel Maceira (modificado)

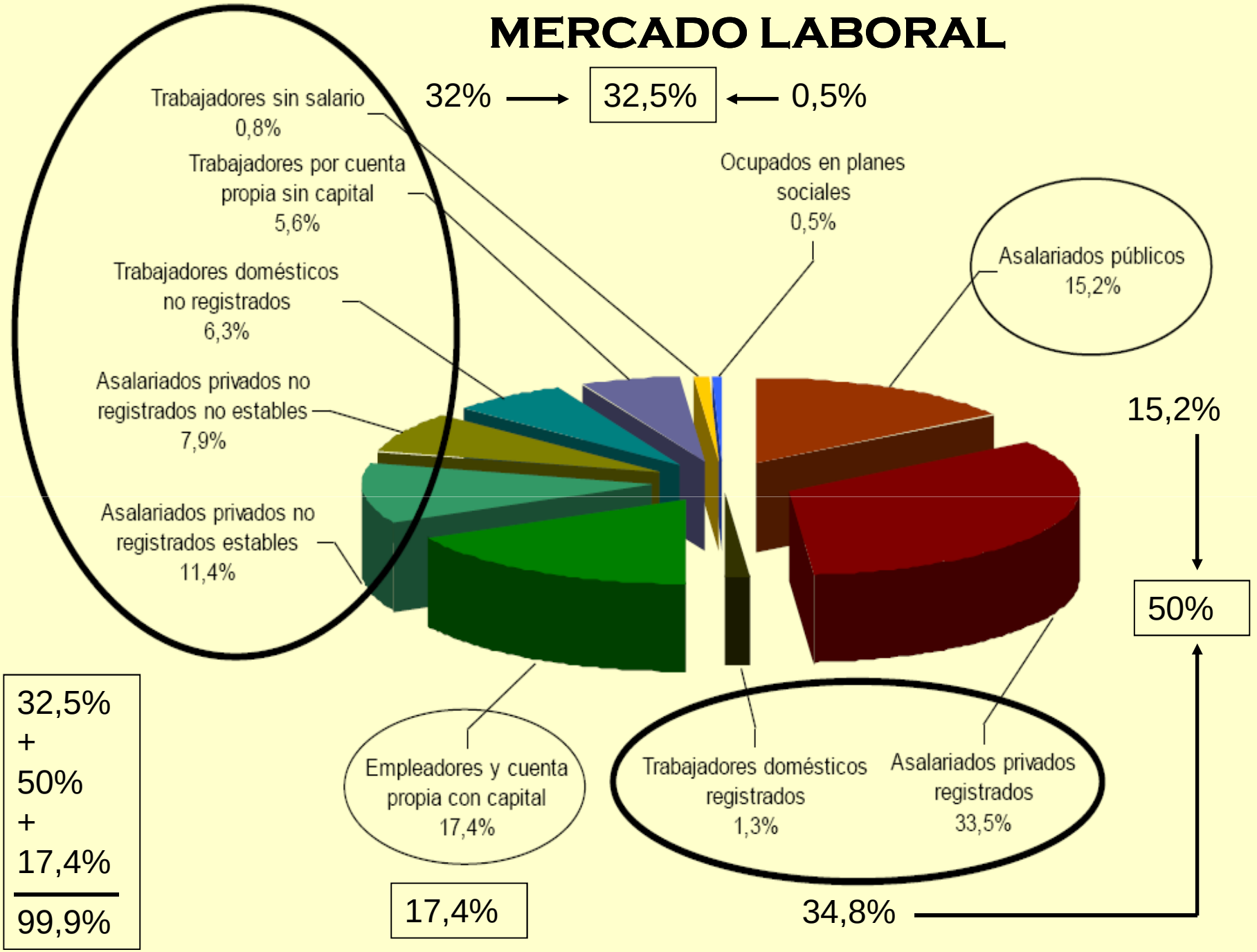
ANSES: Administración Nacional de la Seguridad Social
PAMI – INSSJP: Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados



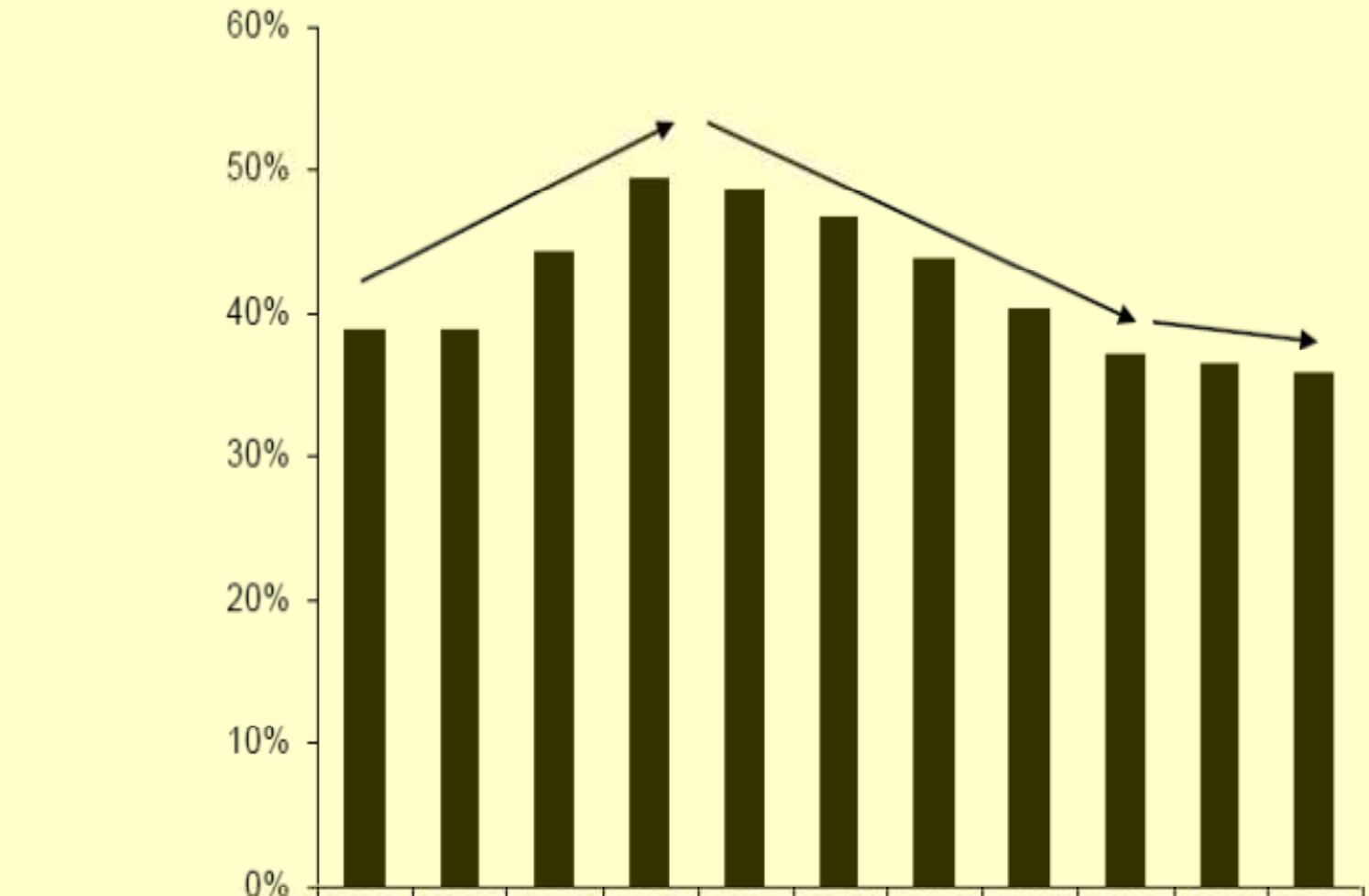
Una consecuencia de la fragmentación y la baja cobertura, es el elevado gasto privado en salud que en promedio prevalece en la región

CONTRIBUCIONES SOCIALES

MERCADO LABORAL



Fuente: SEL Consultores, con base en microdatos de la Encuesta Permanente de Hogares



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
% de informalidad	38,6%	38,8%	44,2%	49,4%	48,4%	46,6%	43,6%	40,2%	37,0%	36,2%	35,6%

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares

MERCADO LABORAL, INFORMALIDAD Y POBREZA

- **1 de cada 4 trabajadores informales es pobre**
  (SEL Consultores, Ernesto Kritz)
- **Entre los asalariados formales, en cambio, la pobreza es apenas de 5 por ciento",** proyectó.
- **La informalidad en las unidades de hasta 5 personas, dos de cada tres no están registrados.**
- **Entre los trabajadores del 20% más pobre de la población, la informalidad laboral llega al 74,7%**
- **El 20% mejor posicionado muestra un índice de empleo sin contribuciones a la seguridad social del 10,3 por ciento**
- **El informe de SEL muestra que la incidencia de la pobreza es alta, incluso, entre los que tienen empleo, cuando se observa el mercado laboral informal.**
- **En las unidades de producción de hasta cinco ocupados la informalidad trepa al 65,4%, mientras que en el segmento de empresas con más de 40 empleados, la tasa es del 11 por ciento.**

CONTRIBUCIONES SOCIALES

- **74,7% = Informalidad**

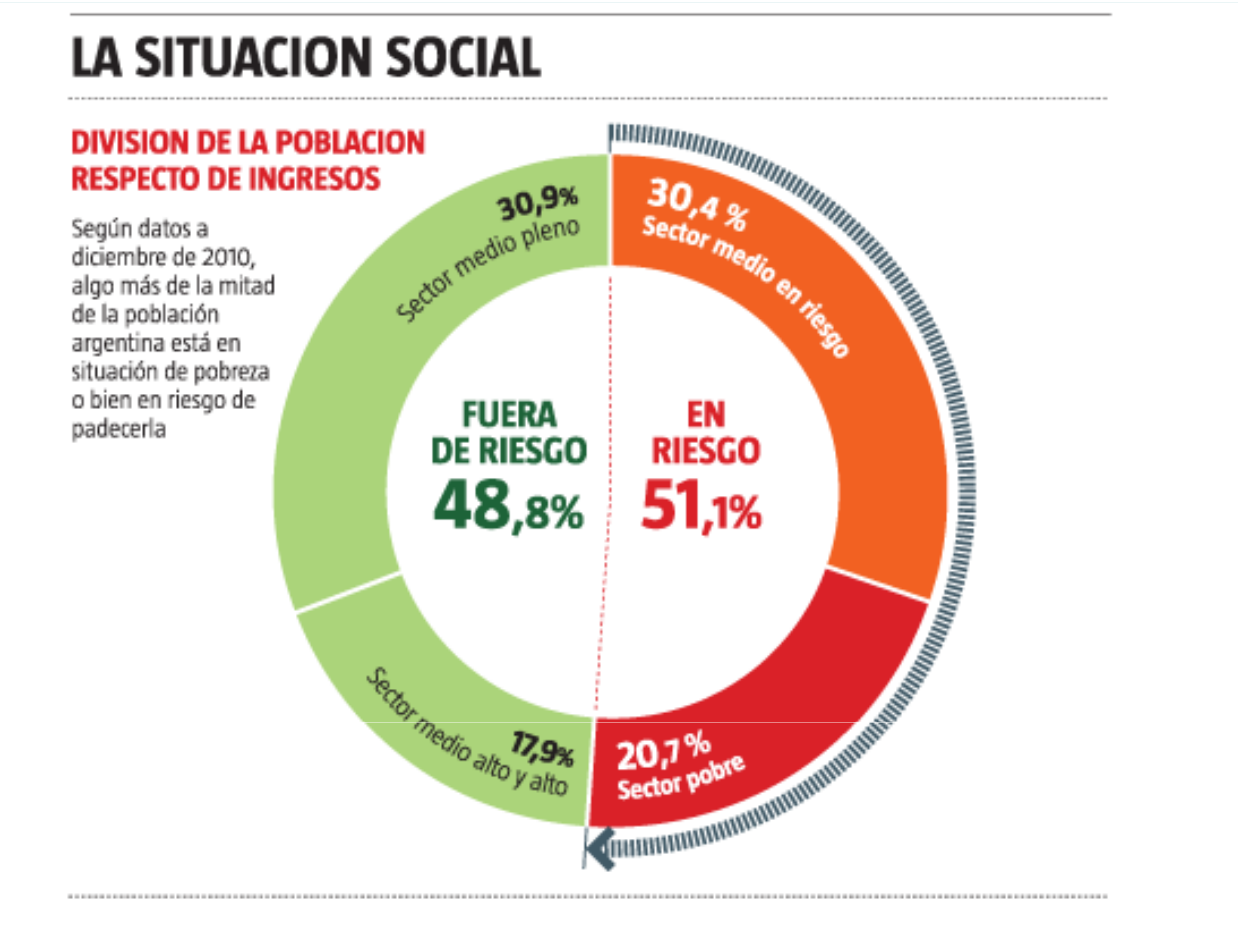
Es el índice de asalariados sin aportes jubilatorios entre el 20% de la población más pobre.

- **10,3% = Informalidad**

Es la tasa de trabajo en negro entre quienes se ubican en el 20% de la población con mayores ingresos.

- **65,4% = Economía de subsistencia**

Es la tasa de informalidad entre los ocupados que trabajan en empresas de hasta cinco empleados.



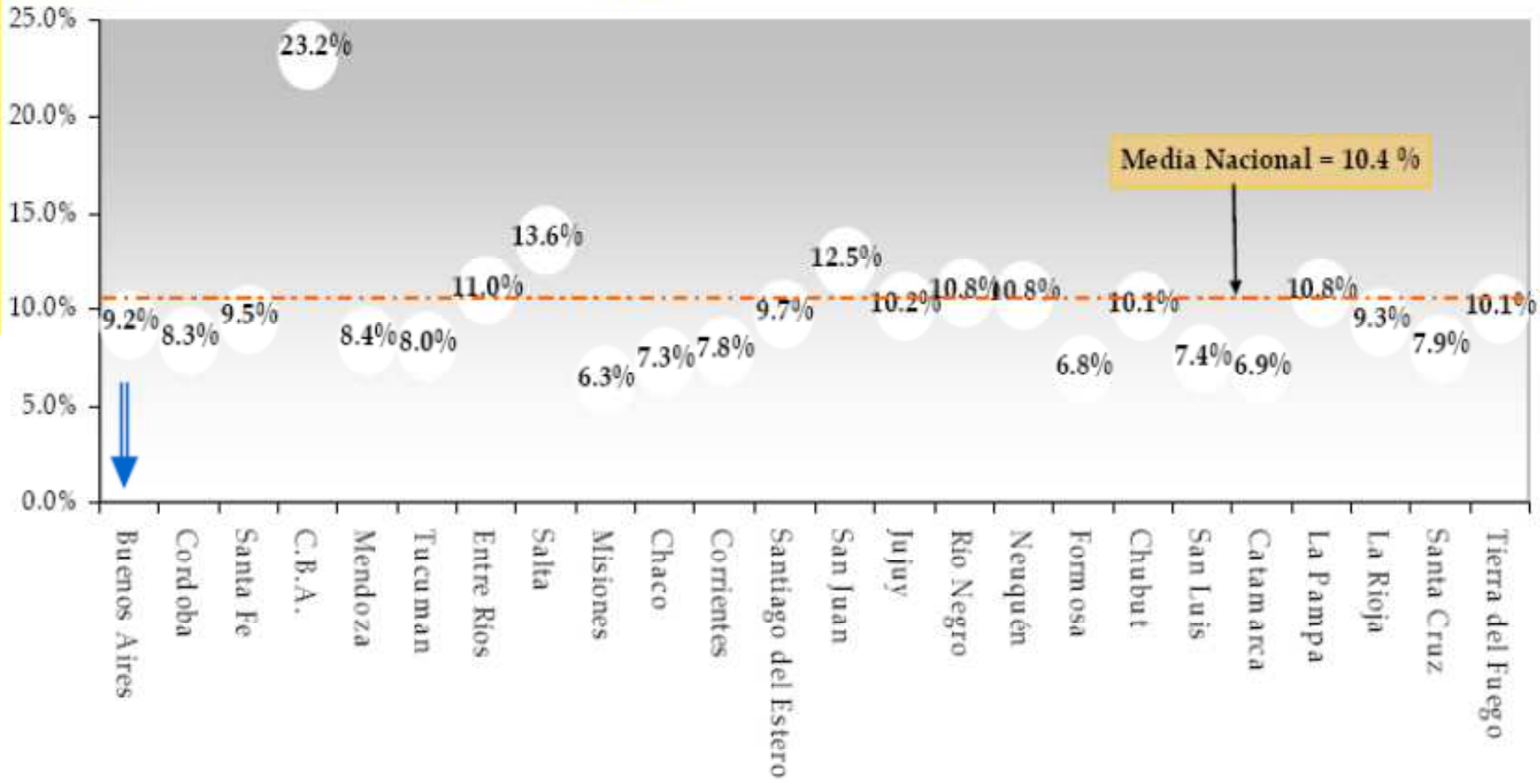
Consultora Equis (Artemio López)

Indec diciembre del año pasado una canasta básica de $ 1252 para la pobreza, y de $578 para la indigencia

Equis estimó una de $ 1837 para definir la línea de los hogares pobres y $ 871 para la indigencia.

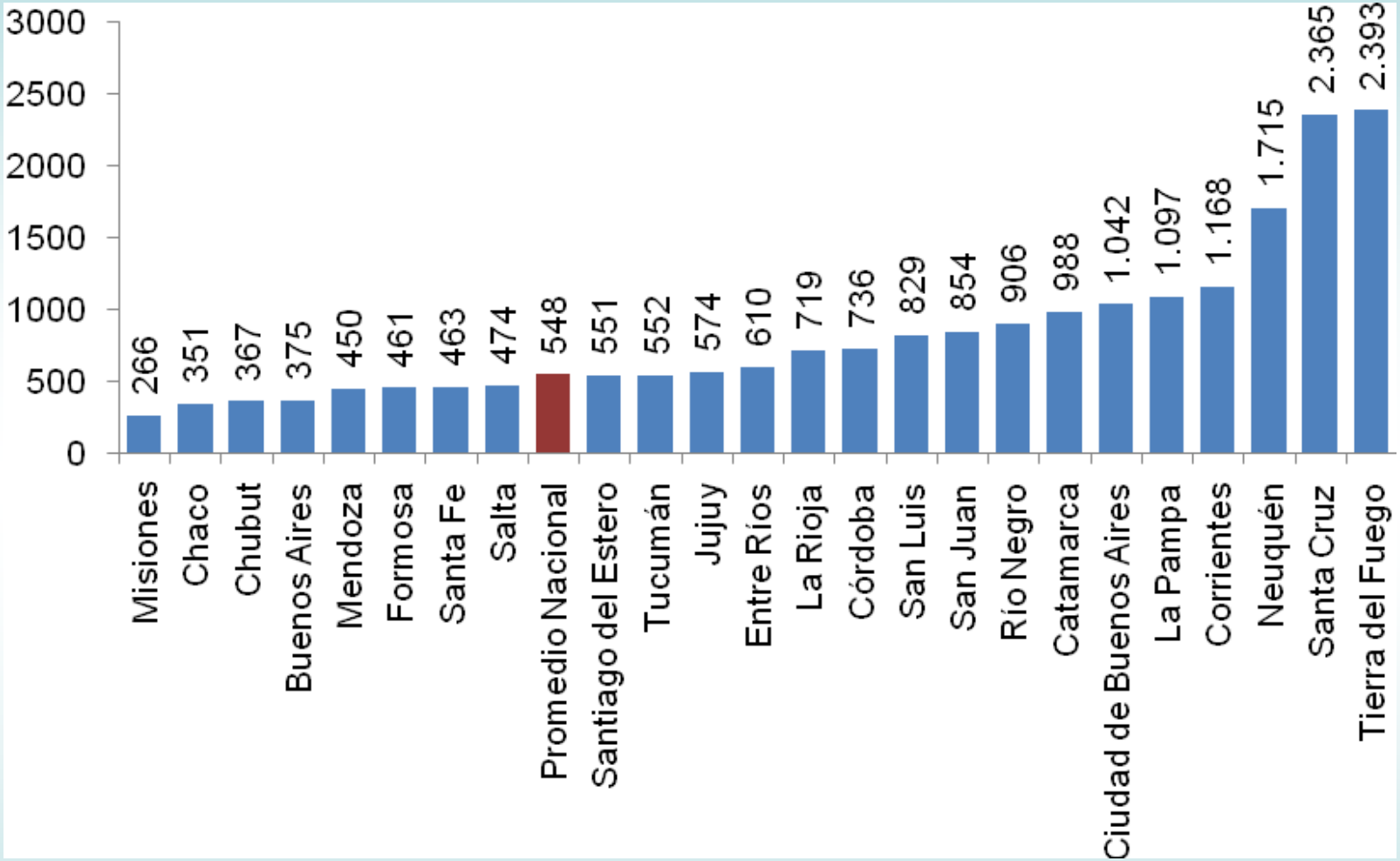
FINANCIAMIENTO ESTATAL

Importancia del gasto en Salud relativa al gasto Total de las distintas provincias - Año 2005



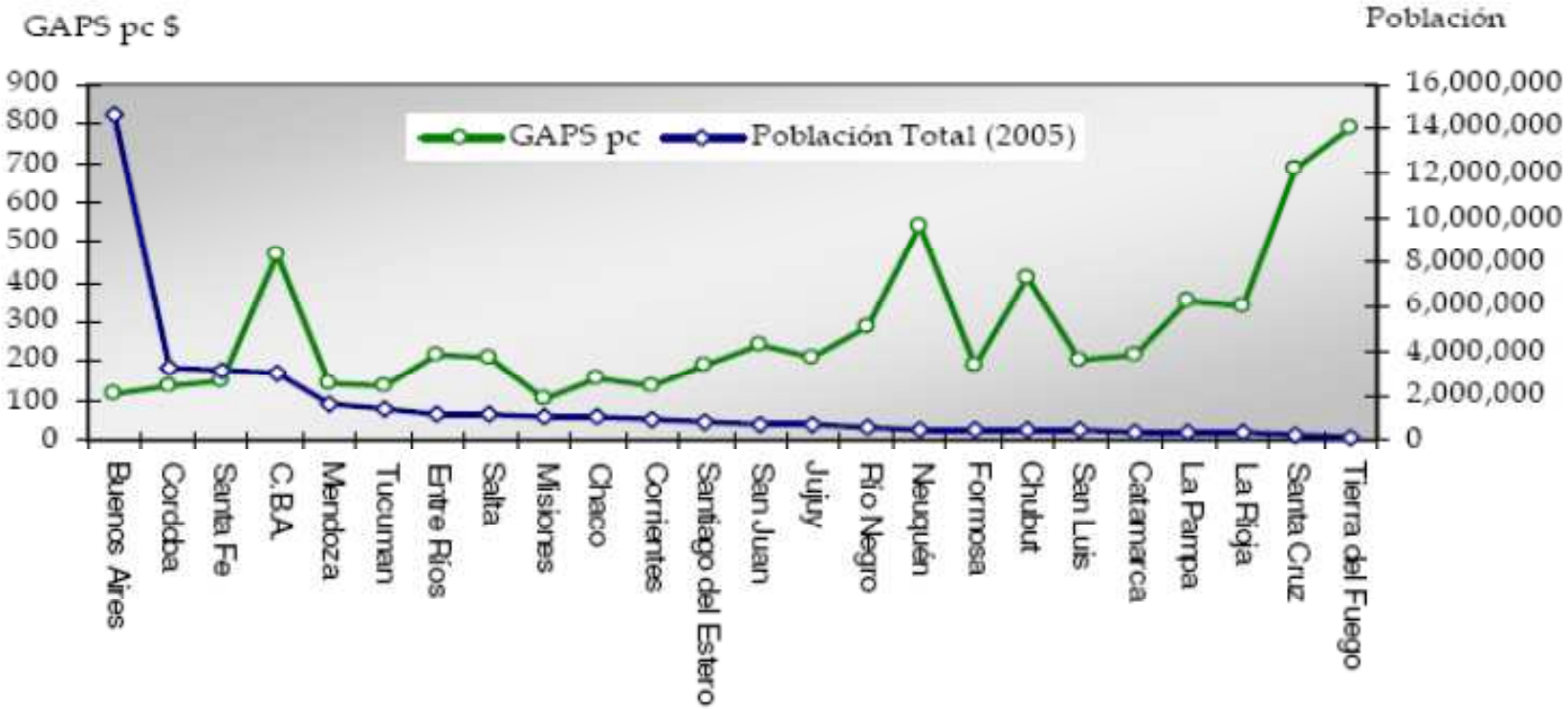
Fuente: UAES. Subsecretaria de Planificación de la salud. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.
Dirección de Análisis de Gasto y Programas Sociales. Ministerio de Economía de la Nación Argentina

Gasto Público Provincial en Salud por habitante. Año 2008



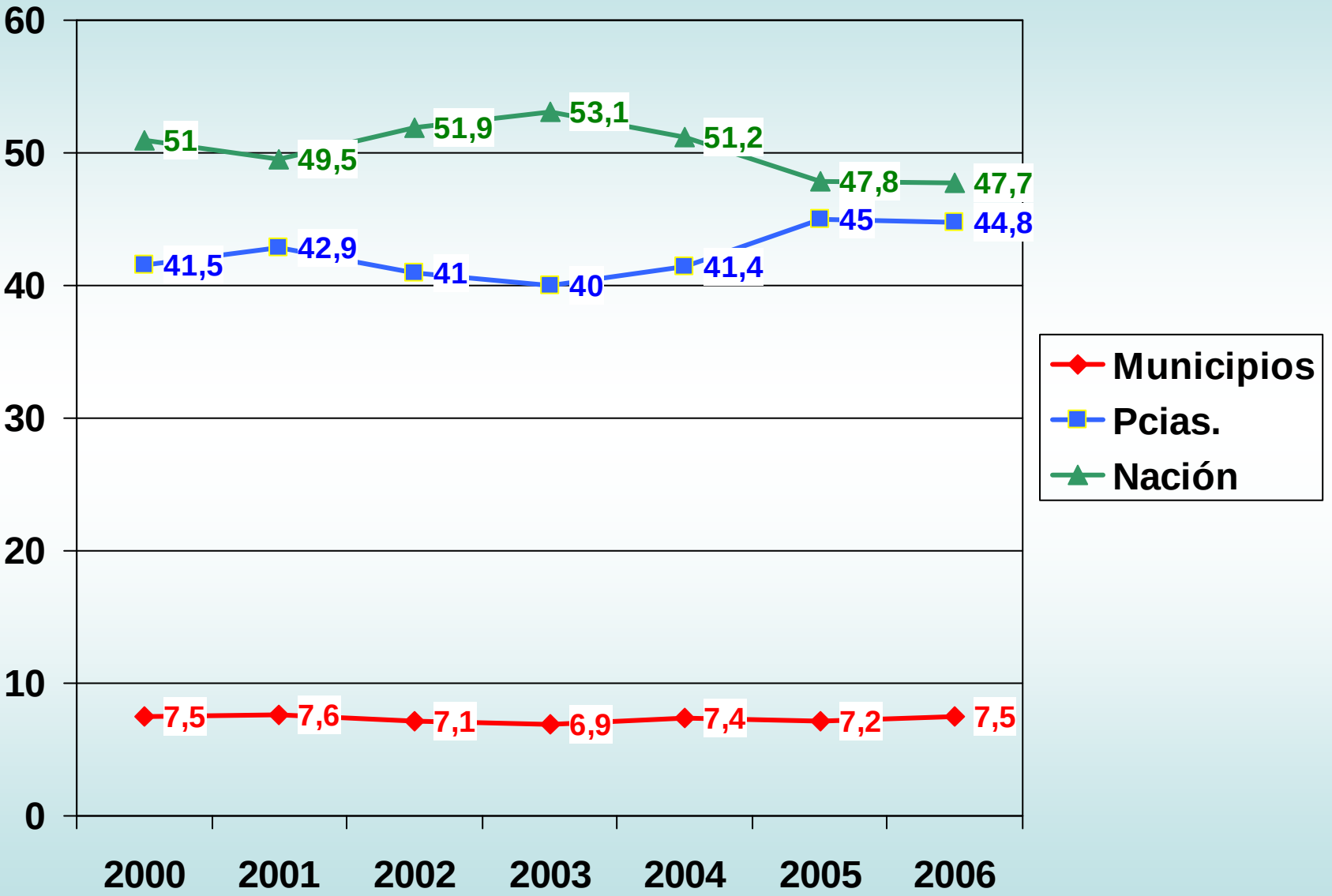
Fuente: Dra. Ana María Pereiro en base a Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica

Observando la relación entre el gasto en Salud per cápita con el tamaño de población se puede apreciar cierta relación negativa



Fuente: UAES. Subsecretaria de Planificación de la salud. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.
Dirección de Análisis de Gasto y Programas Sociales. Ministerio de Economía de la Nación Argentina

Gasto Público Social Consolidado clasificado por nivel de gobierno. Años 2000-2006



INEQUIDAD

1) **OO.SS.:** 23.660 - 23.661- PMO
2) **Empleados:** 24.754 – PMO
3) **PAMI:** PMO
4) **PROFE:** PMO
5) **OO.SS. Provinciales:** cobertura diferenciada según región, algunas alcanzan el PMO.
6) **OO.SS. fuera del sistema:** casi ninguna alcanza al PMO.
7) **Sistema Público:** no llega al PMO

CUANTOS MAS RECURSOS, MAS DESIGUALDAD Y MENOS SOLIDARIDAD CON LOS CARENCIADOS

Impuestos o recursos fiscales.

- **En declaraciones al programa “El Locutorio” que se emite de lunes a viernes de 18 a 20 horas por radio Latina (FM 101.1) y conduce Eduardo Serenellini, el ex titular de la DGI Luis María Peña afirmó que “todos los impuestos están atados a la actividad”.**

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAÍSES):
CARGA TRIBUTARIA, 2007
(*En porcentajes del PIB*)

Menos del 15%				Entre el 15% y el 23%										Más del 23%		
MEX	GTM	PRY	ECU	SLV	COL	DOM	PAN	VEN	PER	BOL	CHL	NIC	CRI	URY	ARG	BRA
11,7	12,5	12,9	14,4	15,0	15,8	16,0	16,6	17,0	17,2	20,1	21,3	21,9	22,5	24,1	29,1	36,2

Fuente: Juan Pablo Jiménez, oficial de asuntos económicos de la División de Desarrollo Económico de la CEPAL y Juan Carlos Gómez Sabaini, consultor de la CEPAL., elaboración propia, sobre la base de datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Es necesario trabajar más de 100 días para poder pagar impuestos

- Día de liberación de impuestos:
  - 26 de junio aquellas familias que tengan un ingreso promedio de **$1.200** (121 días hábiles)
  - 9 de Junio aquellas familias que tengan un ingreso promedio de **$3.500** (108 días hábiles)
  - 22 de Mayo aquellas familias que tengan un ingreso promedio de **$8.100** (97 días hábiles)

TEMAS PENDIENTES DEL SISTEMA DE

LEY FEDERAL DE SALUD

CUMPLIR CON LAS LEYES

Debe otorgarse plena operatividad al derecho a la salud, encontrándose el estado obligado a tomar acciones positivas y concretas para la satisfacción de las necesidades sanitarias encuadradas en una Ley Específica.

- **Protección Social Universal en Salud: involucra además un desarrollo humano, económico y social.**
  - **SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD . LEY 23.661**
    - **ARTICULO 1º.- Créase el Sistema Nacional del Seguro de Salud, con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica.**
    - **ART. 3.-** El seguro adecuará sus acciones a las políticas que se dicten e instrumenten a través del Ministerio de Salud y Acción Social. Dichas políticas estarán encaminadas a articular y coordinar los servicios de salud de las obras sociales, de los establecimientos públicos y de los prestadores privados en un sistema de cobertura universal, estructura pluralista y participativa y administración descentralizada que responda a la organización federal de nuestro país.
    - **ART. 5.-** Quedan incluídos en el seguro:
      a) Todos los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales.
      b) Los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, con las condiciones, modalidades y aportes que fija la reglamentación y el respectivo régimen legal complementario en lo referente a la inclusión de productores agropecuarios.
      c) Las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, en las condiciones y modalidades que fije la reglamentación.

LEY FEDERAL DE SALUD

Es importante consensuar un Acuerdo Federal en el marco de un verdadero Federalismo Sanitario como paso previo a la promulgación de una Ley Federal de Salud que establezca las funciones rectoras del Ministerio de Salud y de la Nación y que defina claramente las competencias en salud entre Nación, Provincias y Municipalidades;

- **que reestructure el Sistema y que englobe a todas las Leyes y Resoluciones vigentes,**
- **que contemple las propuestas realizadas en reuniones multisectoriales y a través de la cual el estado regule los múltiples aspectos del Mercado sanitario, favoreciendo la participación ciudadana, la integralidad, el desarrollo de la equidad, la solidaridad y la universalidad del sistema de salud.**

El Acuerdo Federal para la Salud como instrumento para forjar políticas saludables, debe incluirse en dicha Ley con mecanismos de monitoreo y con una participación activa en su control de la sociedad civil.

LEY FEDERAL DE SALUD

Deben planificarse los servicios sanitarios en:

- **redes integradas verticalmente y articulando lo estatal y lo privado,**
- **con énfasis en la atención primaria, promoción y prevención,**
- **distribuyéndolas por complejidad y por región con mecanismos de referencia y contrarreferencia,**
- **tendiendo a la Protección Social Universal de la Salud que involucre desarrollo humano, económico y Social.**

Se puede comenzar a través de los seguros públicos de salud provinciales o Universalizando la Seguridad Social separando las funciones de financiador y proveedor del servicio

La tecnología debe incorporarse al sistema y al PMO a la luz de la medicina basada en la evidencia y de la relación Costo-Efectividad de las prestaciones.

El recurso humano debe formarse de acuerdo a las reformas, en forma creativa y responsable en la construcción futura de la salud vinculado a las necesidades cambiantes del mundo y del sistema de salud.

LEY QUE ENCUADRE EL DERECHO A LA ATENCIÓN MEDICA

Para satisfacer el derecho a la salud

Debe otorgarse plena operatividad al derecho a la salud, encontrándose el estado obligado a tomar acciones positivas y concretas para la satisfacción de las necesidades sanitarias encuadradas en una Ley Específica.

Debe establecerse una canasta básica de servicios, que se aplique para lo Estatal, Seguridad Social y Privado.

Informar a los pacientes para que conozcan sus derechos y los límites de la medicina actual, desestimulando su deseo y desincentivando el consumo.

Debe ratificarse la calidad de público del Servicio de Salud, sea la provisión estatal o privada.

LEY DE EMERGENCIA SANITARIA

Ley de Emergencia Sanitaria

Debe promulgarse una Ley de Emergencia Sanitaria a los efectos de garantizar a la población Argentina el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud. Se considera como prestaciones básicas esenciales las necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades. Dicha Ley permitirá acudir en forma inmediata ante situaciones sanitarias que pongan en peligro la salud de la población

NUEVA GESTIÓN EN SALUD

NUEVA GESTION EN SALUD

Estimular la Gerencia eficiente de todos los niveles (el médico debe actuar como gestor de los Recursos en Salud)

Especializar y mejorar la gestión de los hospitales estatales con presupuestos prospectivos y pago de reembolsos posproducción (pago no por los costos de su oferta sino por los pacientes tratados).

Establecer criterios éticos para la asignación y manejo de los recursos conciliando la racionalización económica con la ética.

Debe crearse un Seguro Nacional de Enfermedades de baja prevalencia y alto costo.

Debe garantizarse y simplificarse, la obtención y asignación de los recursos financieros generados por los aportantes al sistema, a través de una acertada intervención estatal, mediante el debido funcionamiento de los regimenes de control y estimulando el empleo registrado.

SEGURIDAD SOCIAL. DEFICIT ACTUARIAL

FINANCIAMIENTO

El Estado debe asegurar el financiamiento del Servicio Público de Salud para cubrir la canasta básica de servicios en lo que respecta a la Salud Estatal Nacional, Provincial, Seguridad Social y Privado

La canasta básica de servicios" (PMO, PLAN FEDERAL DE SALUD) deben adecuarse a las posibilidades de financiamiento. El financiamiento debe hacerse de acuerdo a estudios actuariales.

Elaborar presupuestos asignados a las necesidades no a la demanda.

SECTORES

CORPORATIVO

PRIVADO

POR LA IGUALDAD

PUBLICO

PRESTADORES PRIVADOS DEL SERVICIO PUBLICO DE SALUD (SANATORIOS)

ESTATAL

EQUIDAD EN SALUD

Deben planificarse los servicios sanitarios en redes integradas verticalmente y articulando lo estatal y lo privado, con énfasis en la atención primaria, promoción y prevención, distribuyéndolas por complejidad y por región con mecanismos de referencia y contrarreferencia, tendiendo a la Protección Social Universal de la Salud que involucre desarrollo humano, económico y Social. Se puede comenzar a través de los seguros públicos de salud provinciales o Universalizando la Seguridad Social separando las funciones de financiador y proveedor del servicio

Nuevos modelos de atención médica mejorando la gestión Estatal-Privada cambiando la financiación de la oferta por el financiamiento de la demanda. Esto debe hacerse sobre la base de la medicina basada en la evidencia científica con énfasis en la calidad y con protocolos y guías de atención y clasificación y pago de las patologías por DRG (clasificados por diagnóstico principal, intervención quirúrgica, diagnostico secundario, edad-sexo, condiciones del alta) con pago ligado a desempeño y productividad con incentivos y competencia.

El INSSJyP debe quedar bajo la orbita del Ministerio de Salud de la Nación y regulado por la Ley Federal de Salud a implementarse.

Deben asumir su responsabilidad los proveedores y regular la oferta, los procedimientos y los resultados

El Estado deberá generar los instrumentos necesarios para permitir el mantenimiento y renovación de la tecnología médica, con el objetivo de mantener la calidad prestacional, adecuada a los requerimientos de salud de la población en el marco de la regulación de una Agencia de Tecnología que establezca a la misma como un instrumento de la Ciencia Médica y no como un fin en si mismo

MARCO JURÍDICO A LA RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Responsabilidad Civil y Penal Profesional

Debe contarse con una Legislación adecuada respecto a la Responsabilidad Civil y Penal Profesional que desestimule la Litigiosidad indebida y reduzca el excesivo gasto al sistema que genera la medicina defensiva.

Elaborar una Política Fiscal para el sector para no desfinanciar el sistema

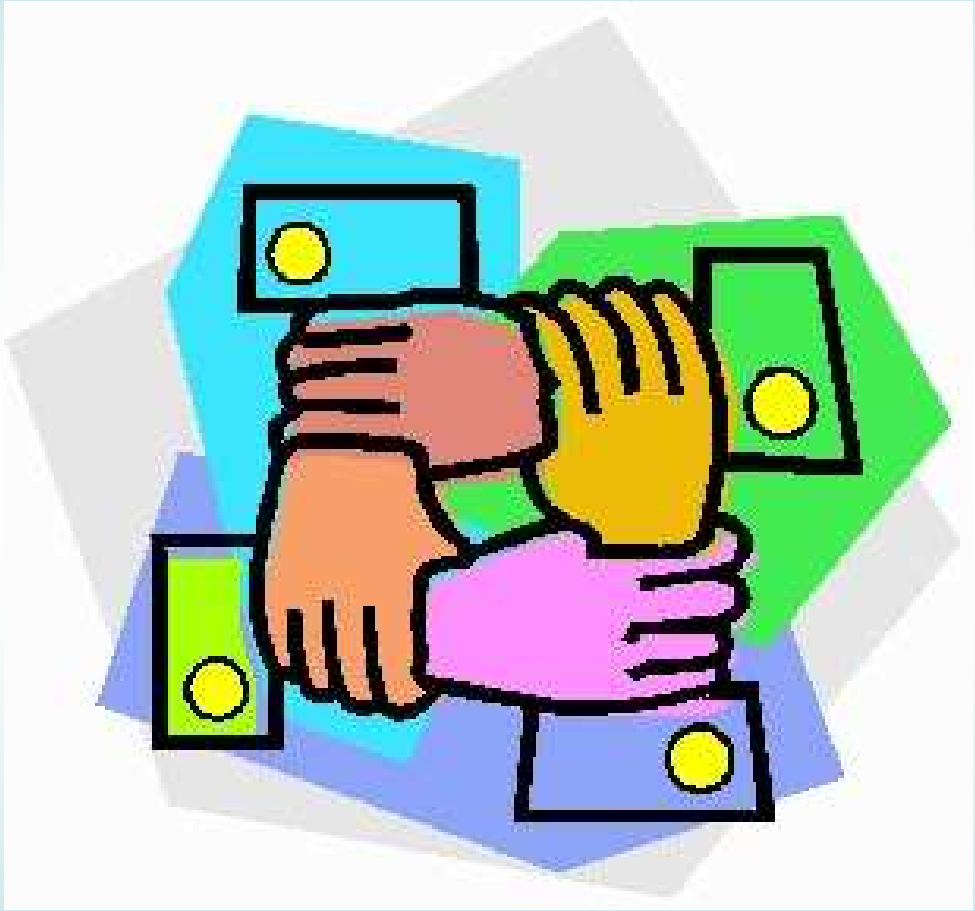
Elaborar una Política Fiscal para el sector para no desfinanciar el sistema

El Estado, en sus tres niveles, y en función de la importancia que reviste el servicio de salud pública, debe rever la política tributaria global de la actividad, adecuando el sistema impositivo al fin publico perseguido.

Debe tenerse presente para la tributación, que los indicadores económicos, financieros, patrimoniales y otros, a los efectos de la medición de la capacidad contributiva del sector salud, no son comparables al resto de los sectores de la economía.

Debe tenerse en cuenta, al momento de forjar una política fiscal para el sector, que una alta carga tributaria como la actual, resta recursos a la prestación y continuidad de los servicios de salud, lo cual implicara en un futuro próximo , mayores cargas al estado para brindar asistencia sanitaria.

Cuatro líneas directrices y orientadores fundamentales



Cuatro líneas directrices y orientadores fundamentales:

- **Un trabajo más enfocado en conservación de la salud que en la enfermedad.**
- **El financiamiento de la demanda más que de la oferta.**
- **La separación del financiamiento de la provisión de servicios**
- **Sustentar y fundamentar el rol del Estado y el Ministerio de Salud Pública cumpliendo un papel rector en cuanto a la aplicación de políticas de salud, como integrantes fundamentales del bien común.**

MUCHAS GRACIAS