

# **Caminos hacia el éxito con la Cobertura Universal de salud (incluida la calidad de la atención)**

## **DESARROLLO, EVOLUCION DE LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD, ACCESO Y CALIDAD EN LA ARGENTINA**

Acad. Jorge Daniel Lemus MD PhD Dr PH

Achieving Universal Health Coverage in Latin America: the role of quality of care research, Academy of Medical Sciences - 6-7 de Octubre de 2020. Londres, UK

Antes de comenzar a referirnos a los “caminos hacia el éxito”, sería importante definir Cobertura, Acceso y Calidad, para referirnos todos a los mismos conceptos.

Denominamos;

### ▶ **COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD**

▶ Es un concepto utilizado para referirse a un sistema en el cual toda la población tiene derecho a recurrir a un conjunto servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y, al mismo tiempo, evita empobrecer o caer en la ruina financiera por los costos de la atención de su salud.

▶ Lemus, J.D. et alii, 2017

### ▶ **CALIDAD EN ATENCION DE LA SALUD**

▶ La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimiento del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso

▶ OMS, Lemus et alii, 2017

### ▶ **ATENCION PRIMARIA DE SALUD (estrategia de acceso)**

- ▶ La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente
- ▶ aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad.....forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria

▶ Lucioni et alii, 2019

En vista de lo que se entiende por “cobertura universal de salud”, **el acceso universal y la atención de salud universal** pueden considerarse como componentes de la cobertura universal de salud, pero no sinónimos.



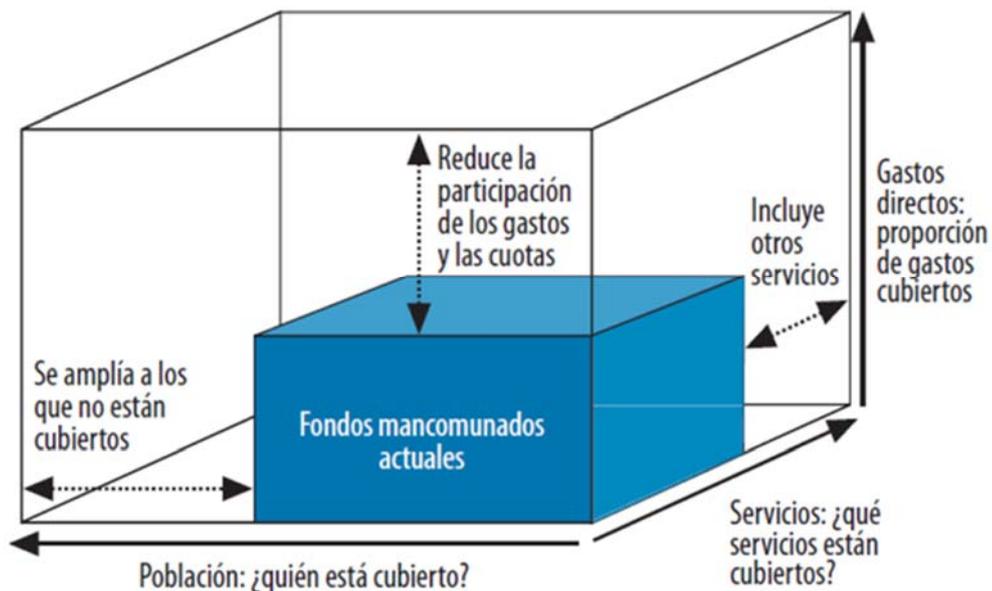
Desde principios del siglo, la búsqueda de la cobertura universal de salud ha cobrado impulso en numerosos países y en la comunidad sanitaria mundial.

En el 2005, los Estados Miembros de la OMS respaldaron la cobertura universal de salud como meta central y señalaron que “conviene mejorar aún más los sistemas de financiación de la salud para garantizar el acceso a los servicios necesarios y a la vez ofrecer protección contra los riesgos financieros”.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2010* da seguimiento a esta idea y proporciona orientación práctica para la reforma de los sistemas de financiamiento sanitario de los países a fin de alcanzar la cobertura universal de salud.

Desde entonces, más de setenta países han solicitado apoyo en materia de políticas y asesoramiento técnico de la OMS para llevar a cabo esas reformas. Posteriormente, la OMS publicó el *Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, en el que nuevamente subrayó la necesidad de avanzar hacia la cobertura universal de salud y describió varios medios para alcanzarla

Para lograr la cobertura universal de salud, los países deben avanzar por lo menos en tres dimensiones: **ampliar los servicios prioritarios, incluir a más personas y reducir los pagos directos de bolsillo.**



OMS-Reporte Mundial sobre financiamiento de servicios de salud. 2010

Sin embargo, en cada una de estas dimensiones los países se enfrentan con una decisión crucial: qué servicios ampliar primero, a quiénes incluir primero y cómo pasar del pago de bolsillo al prepago.

Un compromiso con la justicia y la preocupación afín por la equidad, así como el compromiso con el respeto de los derechos de las personas a la atención de salud, deben guiar a los países en la adopción de estas decisiones

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su 67º período de sesiones, advirtió e invitó a los Estados Miembros a que reconozcan “la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante mecanismo de atención primaria de la salud y protección social, incluidos los niveles mínimos de protección social determinados a nivel nacional.

La mejora de la protección social en pro de la cobertura universal es una inversión en las personas que las empodera para ajustarse a los cambios en la economía y en el mercado de trabajo.

En los Objetivos de desarrollo sostenible (17 objetivos para transformar nuestro mundo), en el acápite 3 – Salud y Bienestar, en su punto 3.8 se propone “lograr la **cobertura sanitaria universal**, convirtiéndose entonces en un objetivo mundial, para la protección de los riesgos financieros y el **acceso** a servicios esenciales de **calidad**”



**OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE**

17 OBJETIVOS PARA TRANSFORMAR NUESTRO MUNDO



**3.8 - « Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos»**

Se ha dicho que la Cobertura Universal de Salud es en esencia una declaración del compromiso ético permanente de los sistemas de salud con los derechos de las personas, representando una oportunidad para reactivar y relanzar el conocimiento adquirido y las lecciones aprendidas de las experiencias de los países en expandir su acceso al cuidado de la salud. A diferencia de la meta de Alma Ata de “salud para todos”, la Cobertura Universal de Salud *es más un proceso que una meta*, que trata de identificar caminos para mejorar la vida de las personas.

En la Argentina, la estrategia se aplicó primero a nivel Ciudad de Buenos Aires, en el 2006.

- Debemos aclarar previamente que el sistema de salud argentino está segmentado (hay 24 provincias que llevan a cabo políticas de salud autónomas) y fragmentado (Sistema público - Seguridad social - Empresas privadas prepagas). Es por eso que nuestro plan UHC es muy particular, ya que además de ofrecer cobertura universal, debe abordar los problemas de segmentación y fragmentación
- Argentina comenzó a trabajar en UHC en la Ciudad de Buenos Aires en 2006, con el objetivo de cubrir el 18% de la población más vulnerable sin ninguna otra cobertura. El programa fue muy exitoso y cumplió sus objetivos en solo cuatro años.
- La introducción por la Ley 2597/07 de la Cobertura Porteña de Salud y su puesta en marcha recién por el Decreto Reglamentario 642/09, así como la Regionalización Sanitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por la Resolución Ministerial 31 del 21 de Enero de 2008 y el Decreto 281/11 de Areas de Salud, se han convertido en uno de los logros más importantes del Sistema de Salud Porteño.
- La Cobertura Porteña de Salud cumple con el objetivo de garantizar el derecho de acceso a la cobertura integral, personalizada y gratuita y la atención de la salud, jerarquizando el primer nivel de atención. El beneficio alcanza a todos los habitantes que no posean otra cobertura de salud de ninguna índole y acrediten su residencia en la CABA.
- Abarca el sistema de atención médica desconcentrada creada por el Decreto 456/96, con acreditación fehaciente de residencia habitual y permanente, en un área programática.

- Esta estrategia se basa en los actuales conceptos sanitarios de la Cobertura Universal de Salud, siendo el primer ejemplo en la Argentina de implementación de la misma.
- La Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue así la primera jurisdicción del país donde todos los residentes tienen acceso a una cobertura formal en salud.

En 2016, el Estado Nacional emprendió la generalización de la estrategia de UHC en todo el país, con el apoyo de las provincias y de los tres subsectores de salud. Todos los programas internacionales de crédito e ingresos especiales nacionales se unificaron para financiar esta estrategia, que se consideraron sustantivos y prioritarios para los objetivos na Argentina elevó sus resultados y ayudó a sostener esta estrategia dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, en todos los foros internacionales, incluida la OMS; OPS y G 20 (Berlín y Buenos Aires)

#### **Presentación y aprobación de las Provincias de la Estrategia de Cobertura Universal de Salud – COFESA 9 de marzo de 2016**



- Se publicaron varios trabajos de investigación sobre la implementación y los primeros resultados en el libro electrónico “COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD; MARCO CONCEPTUAL, INSTRUMENTOS OPERATIVOS Y BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL”, que está disponible en:

[https://www.cetesalud.com.ar/images/cobertura\\_universal\\_de\\_salud\\_tapa.png](https://www.cetesalud.com.ar/images/cobertura_universal_de_salud_tapa.png)

- En Argentina, las principales barreras son la segmentación y fragmentación de su sistema de salud, por lo que el desafío es la unificación y extensión de la financiación, así como la calidad de la atención, porque sin ella no habría equidad.

- El Ministerio de Salud cuando se lanzó esta estrategia tiene el liderazgo de la UHC y tiene investigaciones dirigidas a monitorear la estructura, el proceso y el resultado, que se publica anualmente. El Instituto de Investigación Epidemiológica de la Academia Nacional de Medicina tiene líneas de investigación y apoya una publicación periódica sobre el tema
- Un caso poco frecuente es que en Argentina la cobertura es extensa, pero irregular, con cobertura superpuesta y problemas de acceso y calidad. La legislación actual comprende un Decreto y una Resolución Ministerial que;

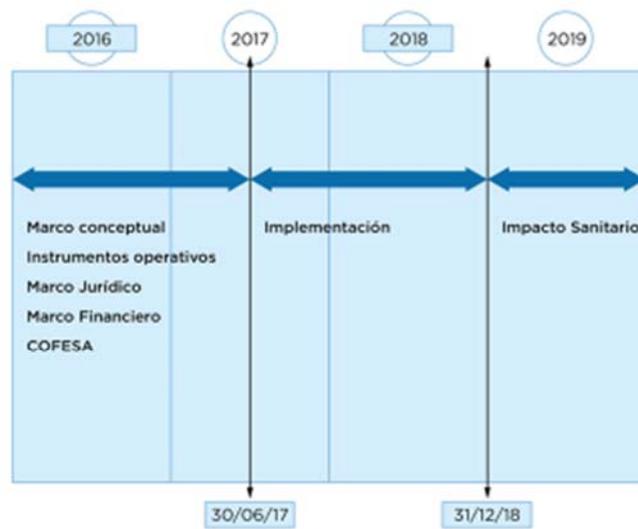
**CUS (Decreto y Resolución)**

➤ Asegurar el acceso de la población a servicios de **calidad, integrados y basados en la atención primaria de la Salud**

Garantizar el accionar **coordinado y mancomunado** de todos los programas nacionales de salud, en su implementación e interrelación para la atención de los beneficiarios

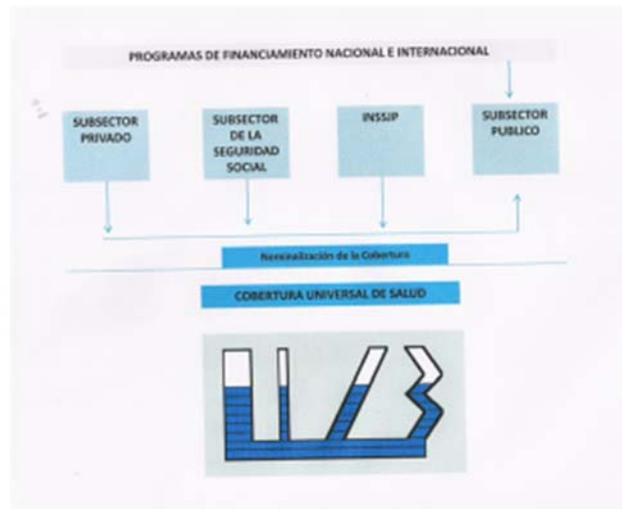
- **Identificación, nominalización y documentación de los beneficiarios de CUS**
- **Desarrollo y optimización de las redes integradas de Servicios de la Salud**
- Mejoramiento de los determinantes sociales de la salud
- Desarrollo y equipamiento de los efectores públicos
- Fortalecimiento y modernización del sector público de la salud
- Acciones de atención primaria de la salud
- Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud
- Fortalecimiento de los recursos humanos en salud
- Actividades de promoción y protección de la salud y medicina preventiva

- 
- Argentina tiene un número importante de investigaciones en sistemas y servicios de salud, así como un sistema específico de becas a nivel del Ministerio de Salud de la Nación. Cuenta con publicaciones en libros y revistas especializadas en este tema, algunas específicamente dirigidas a la UHC. Revistas y publicaciones de las sociedades AMA - ADMISAL y CETESALUD y en el Instituto de Investigación Epidemiológica de la Academia Nacional de Medicina (IIE)
- El acuerdo formal con cada provincia se alcanza casi por completo y el progreso se ha logrado casi totalmente en las formas de financiamiento nacional. A nivel regional, hemos intervenido en diferentes reuniones, especialmente dirigidas por la Organización Panamericana de la Salud, que ofrecen nuestra experiencia y la posibilidad de cooperación
- Ya hemos mencionado los campos de investigación utilizados actualmente, que están fuertemente respaldados por la estrategia oficial de la UHC. En el país, entonces la cobertura universal de salud se ha extendido de manera sostenida y ha sido un objetivo oficial de las políticas de salud sustantivas desde 2016.
- El presente plan es el “camino hacia el éxito” elegido;



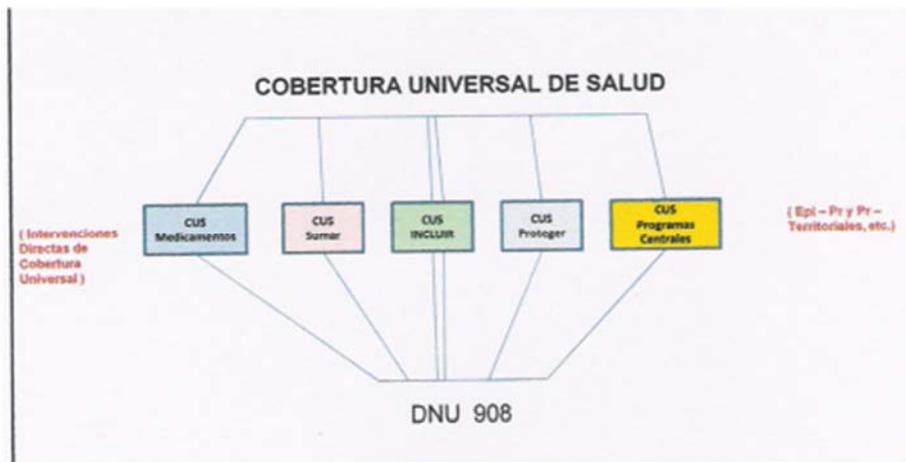
En resumen, que la introducción de la estrategia tiene como objeto final la interrelación directa entre los subsistemas privados, de obras sociales y público, la unificación de los criterios federal para evitar la segmentación, el aseguramiento de la calidad, la fusión de los diversos programas individuales, en general por patología, y la identificación del usuario y su historia clínica electrónica única.

## Cobertura Universal de Salud – Estrategia de articulación de subsistemas, programas nacionales e internacionales



## Cobertura Universal de Salud –articulación de programas nacionales e internacionales





### PROVINCIAS ADHERIDAS AL CUS



Cada jurisdicción, al sumarse a la CUS, debe cumplir con los elementos necesarios para interoperar:

- identificación de pacientes
- estandarización de diagnósticos
- generación de documentos estándar

Desde CUS se da apoyo a los proyectos jurisdiccionales

## **ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA EL “CAMINO HACIA EL ÉXITO” EN LA CUS EN LA ARGENTINA**

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 1:**

Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades

- Fortalecer o transformar la organización y gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, con un aumento de la capacidad resolutive articulado en redes integradas de servicios de salud y basado en la estrategia de atención primaria.

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 2:**

Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

- Fortalecer la capacidad de rectoría de las autoridades sanitarias, garantizando las funciones esenciales de salud pública y mejorando la gobernanza para el acceso universal a la salud y la CUS.
- Fortalecer la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud estableciendo nuevos mecanismos o utilizando los existentes, según corresponda, para la participación social y el diálogo con las autoridades responsables del área y de otros sectores relevantes del gobierno. Se debe promover la formulación y ejecución de políticas que sean inclusivas, y garantizar la rendición de cuentas y la transparencia en el camino hacia el acceso universal a la salud y la CUS. A fin de promover la equidad, el bien común, el diálogo y la participación social en el proceso de formulación de las políticas, todos los grupos deben estar representados, sin que prevalezcan intereses particulares en detrimento de la salud pública.

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 3:**

Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

- Se debe mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud, lo que implica, entre otras cosas: implementar modelos de atención centrados en las personas, las comunidades y la provisión de servicios de calidad; alinear los mecanismos de pago con los objetivos del sistema; racionalizar la introducción y el uso de medicamentos y otras tecnologías de salud con un enfoque integrado y multidisciplinario, basado en evidencias; mejorar los mecanismos de abastecimiento de dispositivos médicos, medicamentos y otras tecnologías de salud; optimizar la gestión del suministro; aprovechar las economías de escala; adoptar procesos transparentes de compra; y luchar contra la corrupción.

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 4:**

Fortalecer la coordinación multisectorial

para abordar los determinantes sociales de la salud

- Establecer o fortalecer mecanismos intersectoriales de coordinación y ampliar la capacidad de las autoridades sanitarias para implementar con éxito políticas públicas y promover legislaciones, regulaciones y acciones que vayan más allá del sector salud y aborden los determinantes sociales.

- Evaluar, a nivel macro, políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo, incluidos aquellos de otros sectores, que tengan impacto en la salud de las personas y las comunidades; generar así evidencia para apoyar la coordinación hacia la acción multisectorial con la sociedad civil y la participación orientada al acceso universal.

## REFERENCIAS

- Lemus JD. Cobertura universal de salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2016; Jun;7(27):33-39.
- Lemus JD, *et al*. Cobertura porteña de salud y cobertura universal de salud. *Archivos Argentinos de Epidemiología y Salud Pública*, 2015;18(1):4-22.