

# Cobertura Sanitaria Universal y sus casos aplicados en Argentina

Por Arturo Schweiger, Luciano Pezzuchi y Alejandro Sonis\*

Los caminos para avanzar hacia una cobertura universal sanitaria y la metáfora del CUBO como una herramienta para ayudar a las diferentes organizaciones y agentes de salud a planificar sus estrategias y disminuir la brecha entre la población beneficiaria

Desde el año 2005, todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria con el objetivo de que todas las personas tuvieran acceso a servicios de salud de calidad y sin tener que sufrir dificultades financieras para pagarlos. A este objetivo se lo definió como “Cobertura Universal Sanitaria (CUS)”<sup>1</sup> (OMS, 2008):

A partir de la definición de la CUS, se desprende que, avanzar hacia ella implica reducir las brechas, entre una situación observada (y en lo posible real)<sup>2</sup> y una situación deseable y, obviamente en la medida de lo posible, alcanzable<sup>3</sup>, en tres componentes principales y diferenciados de un sistema de salud:

i) la dimensión de cobertura poblacional, ii) la dimensión de cobertura de servicios de salud de calidad y iii) la dimensión de cobertura (o protección) financiera.

Con el objetivo de ayudar a los gobiernos nacionales de los países a planificar sus estrategias para avanzar hacia la Cobertura Universal Sanitaria (CUS), la OMS recurrió a la geometría, en particular a una de sus principales figuras geométricas, “el cubo”, como una metáfora para representar de una manera simplificada, la complejidad que implica la búsqueda de un camino para avanzar hacia ella.

Posteriormente, en diversos artículos académicos y profesionales se utiliza el enfoque del cubo de la Cobertura Universal Sanitaria (CUS), para descri-

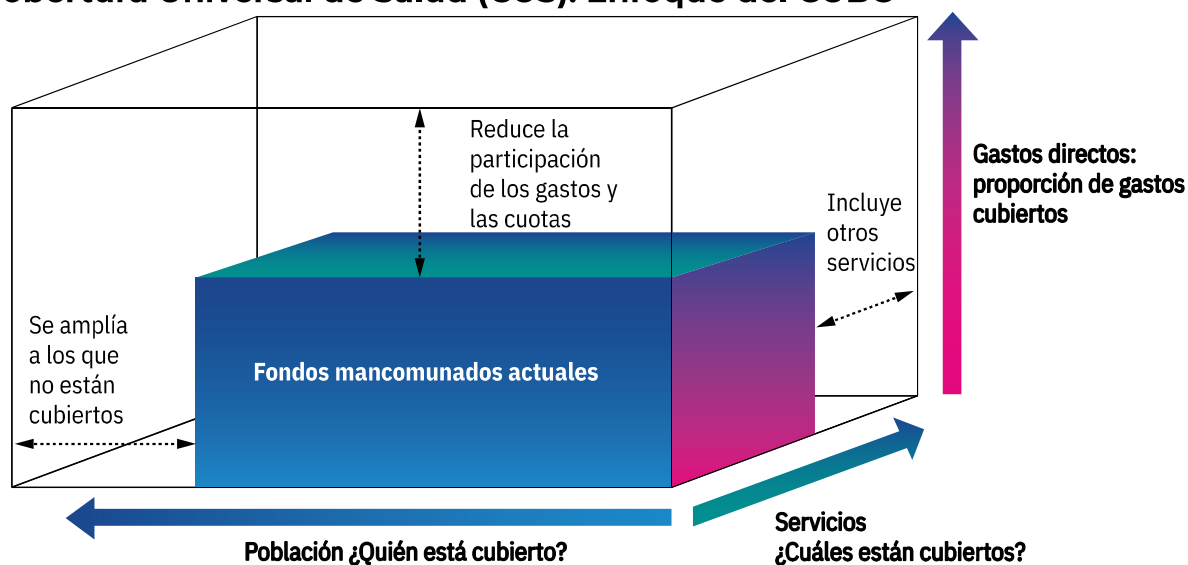
\* **Arturo Schweiger** es Mg. en Economía y director del Departamento de Ciencias Sociales y Humanidades y director de la Maestría de Economía y Gestión de la Salud en la Universidad ISALUD. **Luciano Pezzuchi** es consultor de la Dirección Nacional de Economía de la Salud-Ministerio de Salud de la Nación. **Alejandro Sonis** es docente e investigador, y Director Nacional de Economía de la Salud-Ministerio de Salud de la Nación.

1. Algunas veces llamada “cobertura universal” o “cobertura universal de salud”.

2. La diferencia principal es que la situación real es el acontecimiento tal como ocurre en la realidad, mientras que la situación observada es la percepción que un individuo o una sociedad tiene de esa situación. Mientras que la realidad es objetiva, la observación es un acto subjetivo que depende de la información que se tenga de dicha realidad y que puede estar influenciado por los propios sesgos del observador.

3. En muchas ocasiones, algo puede ser deseable sin ser alcanzable o viceversa. Existe en este sentido un desafío de balancear ambos conceptos.

**Figura 1. Tres dimensiones para considerar en el avance hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS). Enfoque del CUBO**



Fuente: OMS, 2008.

bir, de manera conceptual y teórica, en qué sentido un país debería avanzar hacia la Cobertura Universal Sanitaria.

Pero, ¿cómo pueden hacer los tomadores de decisiones de los sistemas de salud para que este camino no se convierta en un “laberinto” cuyo recorrido resulte potencialmente infinito, debido a su complejidad, y de esta manera no se logren avances hacia la CSU?

Así como, el punto de partida en un laberinto es crucial porque establece el camino a seguir, y la elección del mismo puede ser un acto de voluntad o una necesidad, la situación actual en cada una de las dimensiones de la CSU es crucial para planificar e implementar estrategias que permitan avanzar hacia una situación en la que todas las personas tengan acceso a servicios de salud integrales y de calidad sin sufrir dificultades financieras por ello.

A continuación, se presenta una descripción de las dimensiones del cubo de la CUS y de las perspectivas (positiva y normativa) que del mismo pueden realizarse. Luego, y con el objetivo de que el cubo no sea una mera conceptualización teórica de cómo un país debiera avanzar hacia la CUS a través de un enfoque de macro gestión, sino una operativización de la misma a través del ejercicio de aplicación de conocimientos y herramientas técnicas con un enfoque de

meso gestión, se presentan dos casos de estudio aplicados a organizaciones de seguros de salud: el Programa de Atención Médica Integral (INSSJP/PAMI) y el Programa Sumar de Argentina.

### Dimensiones y perspectivas del cubo de la CUS

El diagrama del “cubo” se basa en tres dimensiones:

- dimensión de cobertura poblacional,
- dimensión de cobertura de servicios de salud
- dimensión de cobertura financiera.

A su vez, estas dimensiones pueden ser abordadas desde dos perspectivas: una perspectiva positiva, para describir el alcance efectivo de cada dimensión, observada a través de datos objetivos y verificables de una realidad y una perspectiva normativa, para determinar cómo debería ser el alcance de cada dimensión en base a juicios de valor, ética, opiniones de expertos, entre otros aspectos que hacen a una valoración subjetiva.

De esta manera, a través del enfoque del cubo, un país (o una provincia, un municipio, un seguro de salud, un programa sanitario o cualquier otro agente de seguro de salud) podría medir quiénes están cubiertos, qué servicios de salud están cubiertos y qué proporción de gastos están cubiertos y al mismo tiempo definir quiénes deberían cubrirse, qué servi-

cios de salud deberían cubrirse y que nivel de protección financiera debería brindarse.

La Figura 1 describe las tres dimensiones a considerar en el avance hacia la cobertura sanitaria universal. La dimensión de cobertura poblacional, se enfoca en la amplitud de la cobertura y busca garantizar que todas las personas, incluyendo las poblaciones vulnerables y los más pobres, tengan acceso equitativo a los servicios de salud necesarios. La dimensión de cobertura prestacional aborda la profundidad de la cobertura e implica que la población tenga acceso a toda la gama de servicios de salud, desde la promoción y prevención, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Por último, la dimensión de cobertura (o protección) financiera de la población, se refiere a la capacidad financiera de asegurar que las personas accedan a los servicios de salud sin enfrentar dificultades significativas que pudieran conducir al empobrecimiento de las personas o de las familias, como consecuencia de los pagos directos que ellas deben realizar (esto es, el denominado gasto de bolsillo).

## Casos aplicados del CUBO de la CUS a organizaciones de seguro médico y de programas sanitarios con financiamiento internacional

A continuación, se describen la situación actual del Programa de Atención Médica Integral (INSSJP/PAMI) y del Programa Sumar en cada una de las dimensiones cobertura de seguros de Salud, utilizando las dimensiones del cubo CUS. Estos análisis implican pasar de aplicaciones del enfoque del cubo de macro-gestión como es la cobertura de un Sistema de Seguros de todo un país a su aplicación a nivel de organismos de meso-gestión.

Es importante destacar que, durante el ejercicio de operativización práctica del enfoque del CUBO, pueden surgir cuestiones que dificultan su aplicación lineal como consecuencia de las características propias del seguro de salud o del programa sanitario analizado.

Por ejemplo, podría suceder que los niveles de cobertura de las tres dimensiones no necesariamente sean homogéneos para toda la población beneficiaria.

Esto es, para una misma población podría haber distintos niveles de cobertura prestacional y/o distintos niveles de cobertura financiera. Dicha situación podría implicar la necesidad de realizar un análisis más profundo y segmentando, por ejemplo, por grupos poblacionales o por grupos de servicios de salud o líneas de cuidado que afecten a la población beneficiaria.

## Programa de Atención Médica Integral (INSSJP/PAMI)

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), más conocido como PAMI fue creado en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a jubilados y pensionados, así como, a familiares primarios dependientes y ex combatientes de Malvinas.

### Cobertura poblacional

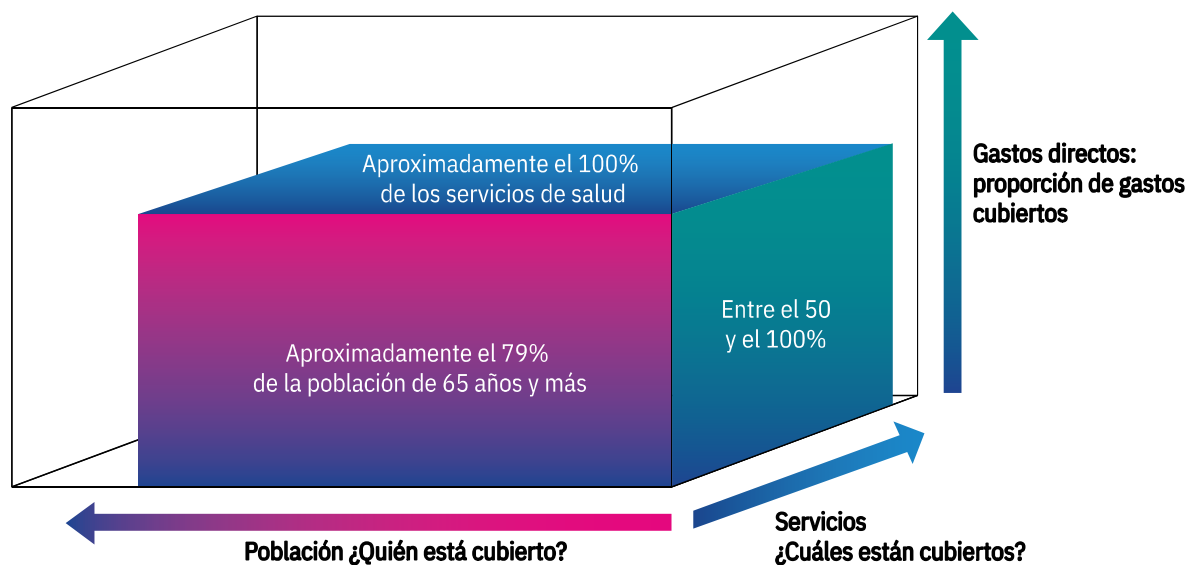
En cuanto a la cobertura poblacional, si bien, en Argentina, las personas de 65 años y más se encuentran cubiertas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados a través del Programa de Atención Médica Integral (INSSJP/PAMI), los niveles de cobertura de dicha población no son del 100%, quedando, en consecuencia, un segmento poblacional cuyo único acceso a la atención de salud es a través del subsector público.

Según los datos suministrados por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), en agosto de 2022, 5.188.599 personas de todo el país contaban con cobertura a través del PAMI. De éstos, 4.358.095 son jubilados y pensionados de 65 años y más. De esta manera el PAMI cubre a aproximadamente el 79% de las personas de 65 años y más (que, según las proyecciones poblacionales de INDEC alcanzaban a 5.480.183).

### Cobertura prestacional

El PAMI, al no encontrarse incluido dentro de los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud regulados por la ley N° 23.661, no tiene la obligación legal de cumplir con el Plan Médico Obligatorio (PMO) a sus afiliados. Sin embargo, esto no resulta ser una limitante de cobertura y, de hecho, el PAMI, por su naturaleza, alcanza un nivel de cobertura mayor que la que el PMO brinda.

**Figura 2. Las tres dimensiones aplicadas del enfoque del CUBO al INSSJP/PAMI**



Fuente: Elaboración propia con base en OMS, 2008.

El PAMI cubre una amplia gama de servicios de salud para todas las especialidades, farmacéuticos, sociales, preventivos, prácticas de alta complejidad, diálisis, trasplantes, provisión de prótesis. Esto incluye atención médica y de cabecera, estudios de diagnóstico, medicamentos y prestaciones de salud mental, odontología y oftalmología. Además, ofrece programas sociales y preventivos como talleres, actividades culturales y centros de día, así como coberturas para traslados, materiales descartables y la entrega de pañales a domicilio.

De esta manera, puede observarse como el PAMI cubre aproximadamente el 100% de los servicios de salud necesarios para la población para la cual está dirigido.

### Cobertura financiera

Todos los afiliados de PAMI cuentan con una cobertura de entre un 50% hasta un 80% del Precio de Venta al Público en medicamentos ambulatorios y con una cobertura de un 100% en tratamientos especiales (Oncológicos, Hemofilia, VIH, Inmunosupresores).

Asimismo, el PAMI brinda servicios asistenciales para personas con discapacidad. En particular, se

hace cargo de la diferencia de bolsillo que le corresponde pagar al afiliado.

A su vez brinda la cobertura del 100% de los medicamentos ambulatorios (hasta 4 prescripciones) para aquellas personas afiliadas que no puedan pagar el importe del medicamento con el descuento habitual, por razones socioeconómicas. Las personas afiliadas deben tener un ingreso menor o igual a 1,5 haberes previsionales mínimos.

Asimismo, el PAMI otorga a las personas afiliadas todo el material descartable necesario, incluido el material utilizado en la curación de escaras o heridas postquirúrgicas y/u otro tipo de curación que pudiera ser necesaria: antisépticos, sondas, tubuladuras, conectores, llaves de tres vías, guantes estériles o no, manoplas, entre otras.

### Programa Sumar

El Programa Sumar (denominado Plan Nacer hasta el año 2012), es un programa del Ministerio de Salud de la Nación, iniciado en el año 2004, y destina recursos adicionales a las provincias<sup>4</sup> en función del cumplimiento de resultados sanitarios y es una herramienta fundamental para fortalecer los sistemas provinciales

4. Argentina es un país federal con 24 Jurisdicciones autónomas: 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A lo largo del trabajo se emplea el término "provincia" para referirse a las 24 Jurisdicciones.

de salud y avanzar hacia la universalidad en términos de cobertura poblacional, cobertura de servicios de salud y protección financiera de la población que no cuenta con cobertura por obra social o prepaga.

### Cobertura poblacional

El Programa Sumar se propuso avanzar en la cobertura poblacional, alcanzando a todos los grupos de edad, con el objetivo de fortalecer el componente de equidad y universalidad de su cobertura.

En sus inicios, el Programa cubría aproximadamente 2 millones de personas (mujeres embarazadas y niños y niñas hasta los 6 años de edad) que no tuvieran cobertura formal de salud por obra social o prepaga. Luego, se producen tres procesos de ampliación. El primero, en el año 2012 cuando el Programa amplía su cobertura a los niños y niñas de más de 6 años, adolescentes y mujeres hasta los 64 años de edad, alcanzando de esta manera a cubrir a aproximadamente a 10 millones de personas. El segundo proceso ocurre en el año 2015, cuando el Programa alcanza a cubrir a 15 millones de personas a partir de la incorporación del hombre adulto hasta los 64 años de edad. Por último, el proceso de ampliación gradual de la cobertura poblacional culminó en el año 2020, cuando se incorporó, a la elegibilidad para la cobertura del Programa Sumar,

a la población de 65 años y más (mujeres y hombres), que hasta ese momento se encontraba excluida.

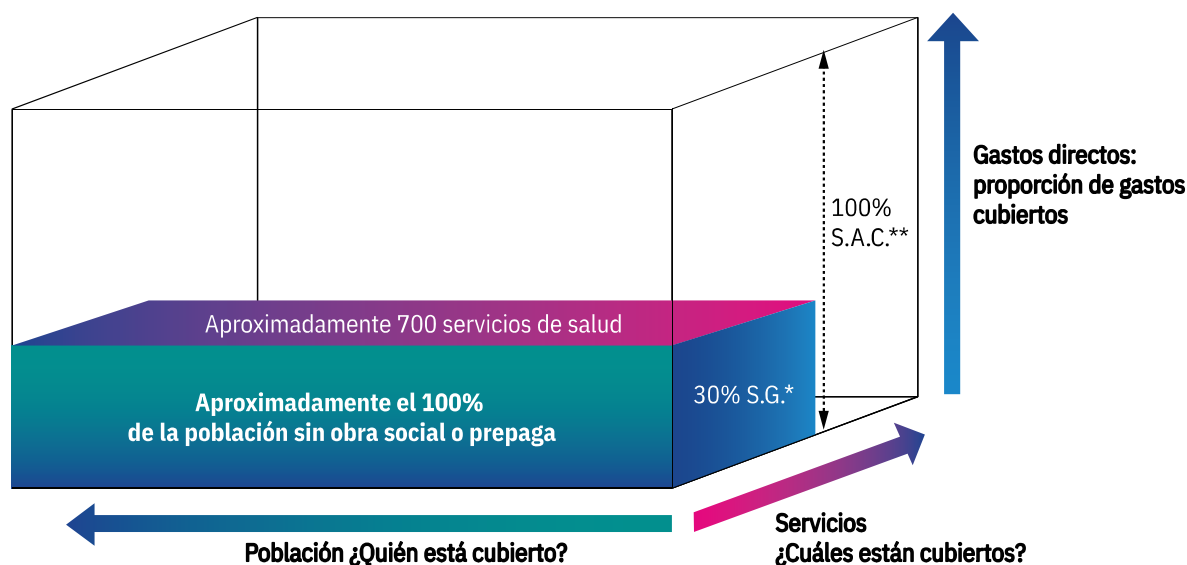
Actualmente, el Programa Sumar cubre a aproximadamente 20 millones de personas de todo el país, lo que representa aproximadamente al 100% de la población que no cuenta con una cobertura formal de salud por obra social o prepaga.

### Cobertura Prestacional

El Programa Sumar ha comenzado con un listado de servicios de salud (denominado Plan de Servicios de Salud) muy focalizado en unas pocas prestaciones prioritarias para luego emprender un camino de expansión gradual y por etapas de nuevos servicios de salud. Este proceso comenzó en el año 2004 con un listado de 80 servicios de atención primaria de salud dirigidos a la población materno e infantil. Luego, el alcance de ese listado de servicios generales de salud aumentó gradualmente, a medida que el Programa se fue consolidando, incorporando servicios de salud asociados a problemas de mayor complejidad (Cardiopatías Congénitas, Servicios de Salud de Alta Complejidad Perinatal, Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del ST, COVID-19).

Actualmente, el Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar cubre aproximadamente 700 servicios

**Figura 3. Las tres dimensiones del enfoque del CUBO aplicadas al Programa Sumar**



\* S.G.: Servicios Generales.

\*\* S.A.C.: Servicios de Alta Complejidad.

Fuente: Elaboración propia con base en OMS, 2008.

de salud agrupados en más de 60 líneas de cuidado. Debe mencionarse que el resto de los servicios de salud que no son cubiertos por el Programa Sumar se financian de manera implícita a través de los presupuestos públicos nacional y provinciales.

## Cobertura financiera

En el Programa Sumar, los servicios de salud se financian a través de dos cápitas. Los servicios generales de salud (de baja y mediana complejidad) se financian a través de una cápita que representa el costo incremental de las brechas de cobertura y calidad. Esto es, dado que los servicios de salud priorizados por el Programa ya son financiados por los presupuestos públicos (nacional y provinciales), y el objetivo del Programa es disminuir las brechas de cobertura y calidad de servicios de salud, el financiamiento del Programa para este tipo de servicios de salud no alcanza el 100% del costo. De acuerdo a las últimas estimaciones del valor del valor de la cápita para el año 2023, el valor de la cápita representaría aproximadamente un 30% del cierre de brechas. Luego, los servicios de salud a alta complejidad se financian a través de una cápita que representa aproximadamente los costos totales de los servicios de salud.

## Conclusiones

El CUBO utilizado para describir la Cobertura Universal Sanitaria (CUS) no es un concepto que sirva para resolver todos los problemas relacionados con los niveles de acceso y cobertura de los servicios de salud, sino que, debe ser interpretado como una herramienta que; a partir de describir y graficar una situación vigente en términos de quienes reciben cobertura, qué servicios de salud se están cubriendo y qué porcentaje del costo se está financiando; se pueda encontrar el mejor camino para ampliar (o incluso mantener) los niveles de cobertura en dichas dimensiones.


Las tres dimensiones que representan el CUBO no deben ser abordadas de manera independiente y deben adaptarse a la población beneficiaria y a los presupuestos financieros. Esto es, la estrategia definida para avanzar hacia la CUS debe contemplar que las

decisiones que se tomen en cada dimensión estén totalmente alineadas y sean factibles económicamente.

Una ampliación gradual de la cobertura en las tres dimensiones, permitiría, por un lado, no caer en escenarios donde por ejemplo se cubren pocos servicios de salud priorizados a toda una población o se cubren muchos servicios de salud a una pequeña población priorizada. Al mismo tiempo, una ampliación gradual de los tres niveles de coberturas permitirá reducir las presiones presupuestarias en un determinado momento del tiempo.

Incluso, bajo un escenario de recursos infinitos, podrían existir otras limitaciones técnicas, de disponibilidad de recursos humanos, de rigideces regulatorias y de características normativas, entre otras; que podrían impedir un avance inmediato en alguna de las dimensiones del CUBO, como por ejemplo en la dimensión de cobertura de servicios de salud.

Por último, el CUBO de la CUS es una herramienta que podría ayudar a diferentes organizaciones o agentes de salud a planificar más detalladamente sus estrategias para mejorar la eficacia y la eficiencia con la que atiende a la población beneficiaria, más allá de los casos de las organizaciones de meso-gestión presentados en este trabajo.

En este informe, se presentaron de manera simplificada los principales conceptos relacionados con las diferentes dimensiones de la cobertura graficados por el enfoque del CUBO, quedando para los tomadores de decisiones la definición de estrategias basadas en sus propias prioridades y en las acciones y velocidades con las cuales se implementan las mismas. 

## Bibliografía

- Giedion, U. T. (2014). *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2023). *Coberturas de Salud en Argentina. Año 2022*.
- OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*.
- OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La Financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal*.