



La salud como bien común

Hacia una cobertura universal, efectiva y federal.

EJE SALUD

DOCUMENTO 10

SERIE PROYECTO PAÍS 2025



RESUMEN EJECUTIVO

El sistema de salud argentino presenta una paradoja fundamental: a pesar de la garantía constitucional, existe una brecha crítica entre la cobertura nominal y el acceso efectivo, lo que genera que el lugar de residencia determine la calidad de vida de los ciudadanos. Actualmente, unos 15 millones de personas dependen exclusivamente del sector público en un sistema fragmentado en tres subsistemas (Público, Seguridad Social y Privado) que operan con lógicas dispares, provocando ineficiencias y desigualdades estructurales. La atomización de casi 290 obras sociales impide un correcto risk pooling, mientras que la descentralización sin mecanismos compensatorios ha consolidado "trampas de mortalidad", con tasas de mortalidad infantil que se duplican según la región.

Tras evaluar modelos de mercado y estatales centralizados, el documento propone una cobertura universal con articulación federal. Este modelo busca integrar los recursos existentes bajo una rectoría

nacional fuerte, garantizando equidad financiera y una canasta de servicios explícita.

La estrategia de implementación se basa en tres pilares operativos:

1. Atención Primaria Nominalizada: Pasar de un modelo hospitalocéntrico a uno de "Médicos de Cabecera" con población asignada, mejorando la prevención de enfermedades crónicas.

2. Regionalización de la Alta Complejidad: Concentrar tecnologías costosas en nodos regionales de excelencia, siguiendo el estándar del Hospital Garrahan.

3. Integración Digital: Implementar una Historia Clínica Nacional interoperable para asegurar la continuidad del cuidado y reducir duplicaciones ineficientes.

Finalmente, la viabilidad de la reforma exige fortalecer el COFESA como órgano de gobernanza vinculante, crear la AGNET para la evaluación técnica de tecnologías y sancionar una Ley Nacional de Salud. El objetivo es transformar el sistema en un garante efectivo de la dignidad humana y la equidad.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen Ejecutivo -----	1
Introducción: De la cobertura nominal al acceso efectivo -----	3
Diagnóstico: Fragmentación y determinantes de la inequidad -----	4
Análisis de alternativas de política pública -----	5
Recomendación: Estrategia para una cobertura efectiva -----	7
Implementación: Gobernanza y consenso federal -----	8
Conclusión -----	9
Referencias -----	10
Sobre FaroPaís -----	11
Sobre Proyecto País 2025 -----	12
Equipos de trabajo y Agradecimientos -----	13

LA SALUD COMO BIEN COMÚN

Hacia una cobertura universal, efectiva y federal.

► 1. Introducción: De la cobertura nominal al acceso efectivo

El sistema de salud argentino presenta una paradoja fundamental: mientras la Constitución y las leyes garantizan el derecho universal al acceso a la salud, la realidad operativa demuestra una brecha crítica entre la cobertura nominal y el acceso efectivo.

Actualmente, se estima que 15 millones de personas dependen exclusivamente del subsector público para su atención. Sin embargo, la cobertura que recibe un ciudadano varía dramáticamente según su jurisdicción de residencia, configurando un escenario de inequidad estructural donde el código postal determina, en gran medida, la expectativa y calidad de vida.

Este documento técnico analiza las barreras que impiden la universalidad real del sistema y propone algunos lineamientos para

la implementación de una cobertura universal de salud efectiva.

El análisis parte de la premisa de que la fragmentación actual —con tres subsistemas (Público, Seguridad Social y Privado) operando con lógicas dispares y superpuestas— no es solo un problema de ineficiencia administrativa, sino el origen de una desigualdad en el acceso que el Estado tiene la responsabilidad indelegable de corregir.

El objetivo de este documento es delinear una estrategia que supere la discusión teórica sobre modelos para enfocarse en el resultado sanitario: garantizar que cada habitante, independientemente de su condición laboral o geográfica, cuente con un equipo de salud responsable, una historia clínica integrada y un acceso garantizado a servicios de calidad.

► 2. Diagnóstico: Fragmentación y determinantes de la inequidad

El diagnóstico del sistema sanitario argentino revela patologías estructurales que erosionan la equidad y la eficiencia del gasto.

2.1. La fragmentación del riesgo y la provisión

El sistema se caracteriza por una atomización extrema. Existen aproximadamente 290 Obras Sociales Nacionales, muchas de las cuales poseen carteras de afiliados insuficientes para diluir el riesgo financiero de las prestaciones de alto costo (el concepto de *risk pooling*), volviéndolas técnicamente inviables sin requerir de subsidios cruzados constantes.

Esta fragmentación impide las economías de escala y genera costos de transacción elevados que restan recursos a la atención directa del paciente.

2.2. Inequidad territorial y "Trampas de Mortalidad"

La descentralización de la salud hacia las provincias y municipios, sin mecanismos compensatorios robustos, ha consolidado desigualdades

territoriales. Los indicadores sanitarios básicos, como la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), evidencian estas asimetrías.

Mientras la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) presenta tasas globales de un solo dígito, provincias del Norte Grande duplican estos valores.

Incluso al interior de las jurisdicciones ricas, la inequidad persiste. Datos de la Dirección de Estadística y Censos de la CABA muestran que la mortalidad infantil en las comunas del sur (Comunas 4 y 8) es significativamente superior a la de las comunas del norte (Comunas 2, 13 y 14), con brechas que en algunos períodos han llegado a duplicar el riesgo de muerte en el primer año de vida.

Este fenómeno confirma que la proximidad física a hospitales de alta complejidad no garantiza el acceso efectivo si fallan la atención primaria y los determinantes sociales.

2.3. Déficit en la prevención de enfermedades crónicas

El modelo de atención actual es reactivo y hospitalocéntrico. La falta de un primer nivel de atención fuerte y nominalizado se traduce en un

control deficiente de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principal causa de morbilidad. Por ejemplo, en el caso de la hipertensión arterial, estudios indican que una proporción minoritaria de los pacientes diagnosticados mantiene sus niveles de presión bajo control efectivo.

Esta falla en el primer nivel satura las guardias hospitalarias con complicaciones agudas evitables (ACV, infartos), elevando el costo del sistema y deteriorando la calidad de vida de la población.

► 3. Análisis de alternativas de política pública

Para abordar la crisis de cobertura, se evalúan tres modelos de organización que dominan el debate técnico y político.

Opción A: Desregulación y competencia gerenciada (Modelo de Mercado)

Esta opción, fundamentada en las teorías de la *Managed Competition* (Enthoven), propone una reforma estructural orientada a la eficiencia mediante incentivos de mercado.

- Lógica: Se elimina la "cautividad"

de los afiliados a las obras sociales sindicales, permitiendo la libre elección total entre aseguradores (Obras Sociales, Prepagas y Seguros Públicos) que compiten por captar las cápitas. El subsidio sigue a la demanda.

- Argumento Técnico: La competencia obliga a los financiadores a mejorar la calidad y reducir costos administrativos para atraer usuarios. Se depura el sistema de "sellos de goma" (entidades ineficientes) y se empodera al ciudadano para castigar el mal servicio cambiando de prestador.

Es un modelo exitoso para mejorar la "hotelería" y la agilidad de respuesta en centros urbanos, que es lo que más superficialmente ve el usuario, pero no necesariamente se puede evaluar en profundidad la calidad y complejidad de las prestaciones médicas.

- Limitaciones: La principal falla técnica de este modelo en la realidad argentina es la selección de riesgos (*cream skimming*) y la inexistencia de mercados competitivos en zonas de baja densidad.

En localidades rurales o pobres, donde no hay oferta privada

rentable, la "libre elección" es una abstracción. El mercado tiende a concentrarse en los segmentos jóvenes y sanos, dejando al Estado la carga de los pacientes crónicos, ancianos y costosos, lo que desfinancia el subsistema público.

Opción B: Sistema Nacional Único y Centralizado (Modelo Estatal)

Propone la nacionalización de los recursos y la unificación de los subsistemas en un único prestador y financiador estatal.

- Lógica: Centralización de la caja y la toma de decisiones para garantizar la igualdad nominal absoluta y eliminar el lucro en la salud.

- Argumento Técnico: Permite una planificación racional de recursos, evita la duplicación de infraestructura y garantiza que el financiamiento se dirija por criterios de necesidad sanitaria y no de capacidad de pago.

- Limitaciones: Ignora la complejidad federal y la capacidad instalada del sector privado y la seguridad social (que cubren a más del 60% de la población).

La experiencia histórica demuestra que los monopolios estatales en

Argentina tienden a la burocratización, la rigidez administrativa y la captura por intereses corporativos, resultando en una nivelación de la calidad hacia abajo.

Opción C: Cobertura universal con articulación federal (Modelo Propuesto)

Propone un sistema de Cobertura Universal que integre a los subsistemas existentes bajo una rectoría nacional fuerte, respetando la provisión plural.

- Lógica: El Estado garantiza la cobertura explícita (canasta de servicios) y la equidad financiera, pero descentraliza la ejecución y articula con la seguridad social y privados.

- Argumento Técnico: Combina la solidaridad del financiamiento (el sano subsidia al enfermo, la jurisdicción rica a la pobre) con la eficiencia de la gestión descentralizada. Reconoce que el Estado debe asegurar el acceso allí donde el mercado falla, pero utiliza herramientas de incentivos (pago por desempeño) para mejorar la calidad del gasto provincial y municipal.

► 4. Recomendación: Estrategia para una cobertura efectiva

La opción propuesta se centra en transformar el modelo de atención y gestión para cerrar la brecha de acceso, basándose en la nominalización de la población y la integración de redes.

4.1. Universalización de la atención primaria nominalizada (Modelo "Médico de Cabecera")

La puerta de entrada al sistema no puede ser la guardia del hospital. Se propone escalar a nivel nacional el modelo de Equipos de Cabecera (médico de familia, enfermero, agente sanitario), asignando una población específica y nominalizada a cada equipo.

- **Evidencia de Impacto:** La experiencia del *Plan de Médicos de Cabecera* en la Ciudad de Buenos Aires (iniciado en 1996) demostró que la asignación de un profesional responsable, junto con la provisión garantizada de medicamentos (lógica del botiquín esencial), mejora sustancialmente la adherencia a tratamientos en

patologías como la hipertensión arterial. Esto se traduce en una reducción de la mortalidad cardiovascular a mediano plazo y una disminución de las internaciones por causas sensibles a la atención ambulatoria.

- **Mecanismo:** Cada ciudadano sin cobertura formal debe estar empadronado y asignado a un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de referencia. El financiamiento nacional debe premiar a las jurisdicciones no por "prestación producida", sino por "población efectivamente bajo control" (ej. porcentaje de hipertensos controlados, embarazadas con controles completos).

4.2. Regionalización de la alta complejidad

Para garantizar la equidad en el acceso a tecnologías costosas sin incurrir en ineficiencias, se debe implementar una red regionalizada de alta complejidad.

- **Racionalidad:** No es viable ni eficiente que cada municipio tenga un servicio de

neurocirugía o cirugía cardiovascular. Estos recursos deben concentrarse en nodos regionales de excelencia (supra-provinciales si es necesario) que concentren volumen y *expertise*.

- **Referencia:** El Modelo Garrahan puede ser el estándar para estos nodos: hospitales de gestión autárquica (SAMIC), con financiamiento mixto (Nación-Provincias) y dedicación exclusiva de sus profesionales, garantizando que un paciente de cualquier punto del país acceda al mismo estándar de calidad mediante un sistema de derivación fluido y financiado.

4.3. Integración Digital: La Historia Clínica Nacional

La fragmentación se combate con información. Es imperativo establecer la interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria. La historia clínica debe "viajar" con el paciente entre el hospital público, la obra social y el prestador privado. Esto reduce la duplicación de estudios diagnósticos (ineficiencia técnica) y asegura la continuidad del cuidado, elemento central de la calidad asistencial.

► 5. Implementación: Gobernanza y consenso federal

La viabilidad de esta reforma depende de la construcción de acuerdos políticos sólidos, dado el carácter federal del país.

Fortalecimiento del COFESA (Consejo Federal de Salud)

El COFESA debe evolucionar de ser un foro deliberativo a un órgano de gobernanza vinculante.

Propuesta: Establecer mediante una Ley Convenio que las decisiones estratégicas del COFESA (como el calendario de vacunación, el PMO o los estándares de calidad) sean de cumplimiento obligatorio para todas las jurisdicciones. La ley debe delegar expresamente funciones regulatorias y ejecutivas.

Incentivos: El cumplimiento de las metas sanitarias acordadas en el COFESA debe estar vinculado a transferencias automáticas de fondos específicos (ej. Fondo de Equidad en Salud) que funcionen como incentivo financiero para las provincias, emulando mecanismos que han funcionado parcialmente en programas como el Plan Sumar/Nacer.

AGNET (Agencia Nacional de

Evaluación de Tecnologías de Salud)

Tiene la función de evaluar, con criterios técnicos, científicos, sanitarios, económicos y éticos, qué medicamentos, prácticas, dispositivos y programas de salud aportan verdadero valor al sistema, para recomendar su incorporación, cobertura o priorización.

No toma decisiones políticas ni niega derechos, sino que ordena el uso de recursos escasos, promoviendo equidad, sustentabilidad y previsibilidad, reduciendo la arbitrariedad administrativa y la judicialización, y asegurando que el financiamiento sanitario se oriente al bien común, con justicia distributiva y racionalidad técnica.

Marco Normativo

Se requiere una Ley Nacional de Salud que institucionalice la Cobertura Universal, definiendo explícitamente las garantías de acceso, calidad y protección financiera para todos los habitantes, blindando estas políticas de los ciclos electorales y otorgando seguridad jurídica a los pacientes y prestadores.

► 6. Conclusión

La Cobertura Universal de Salud en Argentina no requiere inventar un sistema desde cero, sino ordenar y articular los recursos existentes bajo una lógica de equidad y eficiencia.

La propuesta aquí esbozada, fundamentada en la nominalización de la población, el fortalecimiento de la atención primaria y la gobernanza federal, ofrece un camino realista para transformar el derecho a la salud en un acceso efectivo.

Superar la fragmentación y las "trampas de mortalidad" exige decisión política para enfrentar intereses corporativos y una visión de Estado que ponga a la persona en el centro.

Solo así el sistema de salud dejará de ser un reproductor de desigualdades para convertirse en el garante fundamental de la dignidad humana y el desarrollo social.

Referencias

- **Faro País. (2025). Mesa de expertos en Salud:** Bozzolo, Aberto; Ithurburu, Teresita; Moya, Graciela; Orlando, Ignacio; Perez Baliño, Nestor; Riobó, Santiago; Tardieu, Agustina, *FaroPaís*, 14/10/2025.
- **Pérez Baliño, N. (2021).** Con el corazón en la cobertura universal de salud. EUDEBA.
- **Enthoven, A. C. (1993).** The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*.
- **Enthoven, A. C. (1988).** Managed Competition: An Agenda for Action. *Health Affairs*, 7(3), 25-47.
- **Vassallo, C. (2022).** Bases de gobernanza del sistema sanitario argentino. *Cenital*.
- **Fundación Libertad y Progreso. (2021).** Orientación de las reformas del sistema de salud en la Argentina.
- **Ministerio de Salud de la Nación. (2024).** Tasa de Mortalidad Infantil 1990-2023. Portal de Datos Abiertos Salud.
- **Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.** Boletines Epidemiológicos y Estadísticas Vitales.
- **Dirección General de Estadística y Censos (GCBA). (2024).** La mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2023.
- **Sociedad Argentina de Cardiología (SAC). (2025).** Temas Libres SAC.25.
- **Iglehart, J. K. (1993).** Managed competition in health care and the unfinished agenda. *Health Affairs*.
- **Asociación de Administradores de Salud de la República Argentina (AASAP). (s.f.).** Desregulación de las obras sociales: qué cambia para los beneficiarios.
- **Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). (2023).** Síntesis de evidencia para intervenciones en COVID-19: informes de actualización de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*.
- **Universidad Nacional de Rosario. (s.f.).** Maestría en Salud Pública - Centro de Estudios Interdisciplinarios. RepHip UNR.
- **Consejo Federal de Salud (COFESA). (2022).** Historia de Salud Integrada: Próximos pasos.
- **Ministerio de Salud de la Nación. (2023).** Nación transfirió más de 8.900 millones de pesos para fortalecer los sistemas de salud provinciales. *Argentina.gob.ar*.
- **Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2004).** Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007.
- **Riobó, S.E. - Guzmán Moviglia, J. (2025).** "Manifiesto para el Bien Común". Buenos Aires.

SOBRE FAROPAIS

FaroPaís es una Asociación Civil sin fines de lucro dedicada al estudio, diseño y promoción de políticas públicas orientadas al desarrollo integral de la Argentina. Se constituye como un **think tank independiente**, que articula conocimiento técnico, reflexión estratégica y visión política para contribuir a la formulación de propuestas concretas y viables de transformación nacional.

Su labor se inspira en los principios del **humanismo integral**, entendido como un prisma para interpretar la realidad y orientar la acción pública. Desde esa perspectiva, promueve una mirada que integra ética y eficacia, justicia social y competitividad, comunidad y libertad, buscando siempre que la política sea una herramienta de construcción de un país más justo, productivo y sustentable.

El trabajo de FaroPaís se desarrolla mediante la elaboración de estudios, documentos de política, mesas de análisis y espacios de articulación entre expertos, dirigentes, empresarios, sindicalistas, académicos y actores sociales. Su objetivo es generar conocimiento aplicado y acuerdos estratégicos que fortalezcan la capacidad del Estado y de la sociedad civil para impulsar políticas de desarrollo humano, económico e institucional de largo plazo.

En definitiva, busca ser un **espacio de pensamiento estratégico y acción pública**, donde se vinculen la evidencia, la experiencia y la visión de futuro, al servicio de un proyecto de país que combine realismo político con sentido de trascendencia.

SOBRE PROYECTO PAÍS

El **Programa Proyecto País 2025** es una iniciativa de **FaroPaís** orientada a identificar los principales desafíos estructurales de la Argentina y formular lineamientos para un **proyecto de desarrollo nacional de largo plazo**. Su propósito es contribuir a la construcción de una visión estratégica compartida, basada en evidencia, que permita articular políticas públicas sostenibles más allá de los ciclos políticos y las coyunturas partidarias.

El programa se desarrolló a través de un proceso de investigación y diálogo interdisciplinario que incluyó **mesas de trabajo temáticas** con expertos, dirigentes y referentes sociales de diversos ámbitos. Como resultado, se elaboró una serie de documentos que integran diagnóstico, propuestas y orientaciones para la discusión pública, constituyendo un aporte concreto al debate sobre el futuro de la Argentina desde una perspectiva de **realismo político y humanismo integral**.

EQUIPO DE TRABAJO PROYECTO PAÍS 2025

DIRECCIÓN: Santiago E. Riobó y Agustina Tardieu. **COORDINACIÓN GENERAL:** Lucía Santilli y Guadalupe Guillén. **EQUIPO DE TRABAJO:** Marcelo Resico, Delfina Maglier, Juan Martín Medina, Ignacio Orlando, Tomás Giber, Manuel Bianchi, Daniel Ortega Betancourt, Helena Todros, Lucas Ibarra García, Germán Bauer, Maximiliano Rotundo, Tomás Sicardi, Sebastián Llauro, y Viviana Pineda.

EXPERTOS INVITADOS A LAS TODAS LAS MESAS DE TRABAJO *

Roberto Agosta, Marisa Aizenberg, Ana Álvarez, Daniel Aromí, Manuel Bianchi, Klaus Binder, Matias Bolis Wilson, Alberto Bozzolo, Ignacio Bruera, Diego Capelli, Ana Cuao Burgos, Pablo Davoli, Santiago Del Sel, Andrés Di Pelino, Luis Fortino, Fernando Giliberti, Patricio Giusto, Leonardo Hekimian, Perla Heredia, Martín Iglesias, Clarisa Ignes, Teresita Ithurburu, Gastón Kelly, Ricardo Lagorio, Manuel Leiva, Ezequiel Magnani, Sebastián Menescaldi, Jerónimo Morales Rins, Graciela Moya, Tomás Mugica, Gunther Neumann, Juan Ignacio Peña, Nestor Pérez Baliño, Verónica Pérez Mendoza, Mathias Perricone, Viviana Pineda, Luis Rappoport, Ana Maria Ravaglia, Carlos Regazzoni, Marcelo Resico, Julio Rodriguez Rabellini, Lilia Roldán Vázquez, Maximiliano Rotundo, Nicolás Ruete, Veronica Scaro, Gabriel Taboada, Camilo Tiscornia, Pedro Vigneau, Luis Vivacqua, e Ignacio Warnes.

Nota: Expertos ordenados alfabéticamente. Los expertos participaron, todos a título personal, en instancias de diálogo y reflexión junto a otros especialistas en sus respectivas áreas de conocimiento. Cada uno expresó libremente sus opiniones, las cuales fueron consideradas en el proceso de elaboración de los documentos. Por razones de síntesis, enfoque y redacción, no todas las contribuciones pudieron ser incorporadas, y su participación no implica adhesión a la totalidad de los contenidos o posiciones expresadas en esta publicación.

AGRADECIMIENTO



Hanns
Seidel
Stiftung

Agradecemos muy especialmente la colaboración de la Fundación Hanns Seidel Argentina, y del Centro Nacional de Oración (CON) en la realización de las mesas de expertos.





FAROPAÍS