

**APELLIDO Y NOMBRE DEL/LOS AUTOR/ES:** Magdalena Inés Álvarez

**E-MAIL/ TELÉFONO DEL/LOS AUTOR/ES:** [magdalenaines@gmail.com](mailto:magdalenaines@gmail.com)

**INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA:** Centro de Investigaciones Jurídicas y Sociales- Facultad de Derecho y Ciencias Sociales – Universidad Nacional de Córdoba.

**EJE TEMÁTICO:** 5. Políticas sociales, redistribución y pobreza.

**PALABRAS CLAVES (5):** Enfoque de derechos- políticas sociales - derechos sociales - derecho a la salud - control de constitucionalidad.

**TÍTULO DE LA PONENCIA:** “Sumar, ¿suma? Aritmética, políticas sociales y derechos.

**RESUMEN:** La ponencia analiza el “Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud”-conocido también como “Programa Sumar”- a partir de un enfoque “basado en derechos”. Dicho enfoque aborda las políticas sociales tomando como punto de partida la concepción de la persona como titular de derechos, esto es, como sujeto que tienen el poder jurídico y social de exigir al Estado determinadas prestaciones y conductas que les son debidas. El enfoque propuesto no sólo resulta trascendente como vía de empoderamiento frente a una eventual vulneración del derecho sino también en cuanto condiciona el diseño mismo de la política social, su implementación y posterior evaluación. Ello obliga a incorporar una dimensión jurídica al estudio de la política social con el objeto de revisar su compatibilidad con los derechos sociales constitucionalmente garantizados.

## **“SUMAR, ¿SUMA? ARITMÉTICA, POLÍTICAS SOCIALES Y DERECHOS.**

### **I. Introducción**

En esta ponencia se analiza el “Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud” (“Programa Sumar”) a partir de un enfoque “basado en derechos”. Dicho enfoque aborda las políticas sociales a partir de la concepción de la persona como titular de derechos, esto es, como sujetos que tienen el poder jurídico y social de exigir al Estado determinadas prestaciones y conductas que les son debidas, apartándose así

de la visión tradicional que concibe a la política social como un modo discrecional de asistencia a sectores con necesidades insatisfechas<sup>1</sup>.

Ello torna indispensable incorporar una dimensión jurídica al estudio de las políticas sociales, dimensión que exige revisar los instrumentos que llevan a la práctica las diferentes políticas, con el objeto de cotejar su conformidad con los mandatos de la ley suprema, no sólo desde una perspectiva procedimental sino también de contenido, a fin de identificar aquellos aspectos que deben modificarse para amoldarlos al marco constitucional.

## **II. Programa Sumar**

El Programa Sumar, instrumentado por el Ministerio de Salud de la Nación a partir de un contrato de préstamo suscripto con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)<sup>2</sup>, procura apoyar el desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud (SPPS) y la creación de un Seguro Público Nacional de Salud (SPNS) para patologías específicas de baja incidencia y alto costo, con el objetivo de explicitar y mejorar la cobertura de salud; incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita; y mejorar las capacidades de gestión institucional mediante mecanismos de financiamiento basados en resultados que se aplica en la relación con las jurisdicciones participantes y con los proveedores de servicios de salud<sup>3</sup>.

Concebido como una ampliación del “Plan Nacer”<sup>4</sup>, el Programa identifica, como población objetivo a los niños y niñas de 0 a 9 años de edad, adolescentes entre 10 y 19 años de edad, y mujeres de 20 a 64 años de edad, que no cuenten con cobertura explícita de salud; y establece la obligación de las jurisdicciones participantes de garantizar a la población inscrita en los SPPS, un conjunto de prestaciones y cuidados “priorizados”.

---

<sup>1</sup> Abramovich, Víctor (2006), pág. 36.

<sup>2</sup> Convenio de Préstamo 8062 AR, aprobado por decreto del PEN N° 1183/2012.

<sup>3</sup> Resolución MSN N° 1460/2012- Anexo.

<sup>4</sup> Cfr. Resolución MSN N° 1195/2012. El “Plan Nacer” fue ideado como un medio para afrontar las consecuencias de la crisis económica que afectó al país en el año 2001. El Programa, credo por resolución del MSN N° 198/2003 con la finalidad de aumentar el acceso a servicios de salud para las mujeres embarazadas sin seguro médico y para los niños menores de seis años de edad, se instrumentó con la asistencia de dos préstamos del BIRF (N° 7225-AR y N° 7409-AR).

El Ministerio de Salud de la Nación se compromete a asistir financieramente a los SPSS a través de transferencias capitadas definidas bajo el modelo de financiamiento basado en el resultado.

A los fines de garantizar la provisión de las prestaciones y cuidados de salud priorizados, las provincias tienen la libertad de contratar establecimientos de la red pública y subsidiariamente prestadores privados, dentro del marco de rectoría definido por el Ministerio de Salud de la Nación.

El programa prevé, finalmente, medir el impacto de su estrategia sobre la situación de salud de su población beneficiaria y sobre el comportamiento de los equipos de salud.

### **III. Compatibilidad con los derechos sociales**

#### **1. Universalidad.**

Desde un enfoque de derechos, corresponde indagar si el programa es compatible con el estándar de universalidad de los derechos humanos. Siguiendo a Etchichury, la aceptabilidad de la focalización del gasto social depende del criterio utilizado como guía. En tal sentido, la focalización no es compatible con el estándar de universalidad si la finalidad perseguida es reducir costos y no lograr la vigencia plena de los derechos<sup>5</sup>.

En este marco, los defensores del programa podrían argumentar que el aseguramiento en salud es una herramienta orientada a implementar la cobertura universal y justificar su procedencia como una acción afirmativa (artículo 75 inc. 23 de la Constitución Nacional) orientada a proteger a miembros vulnerables de la sociedad<sup>6</sup>.

Mas comprobar esta hipótesis requiere demostrar que los criterios de clasificación empleados por el programa no son discriminatorios.

#### **2. Igualdad y no discriminación.**

De acuerdo con la Observación General (OG) N° 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) los Estados se “comprometen a garantizar” que los derechos pertinentes se ejercerán “sin discriminación”<sup>7</sup>. Se trata de una

---

<sup>5</sup> Etchichury, Horacio (2013) Pág.230.

<sup>6</sup> OG N° 3, punto 12.

<sup>7</sup> OG N° 3, punto 1.

obligación inmediata de alcance general cuyo significado ha sido profundizado a través de la OG N° 20. Conforme a esta OG, todo trato diferencial por alguno de los motivos prohibidos se considera discriminatorio a menos que exista una causa razonable y objetiva para dispensarlo. Ello entraña evaluar si el fin y los efectos de las medidas o las omisiones de que se trate son legítimos y compatibles con la naturaleza de los derechos recogidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). También debe existir una relación de proporcionalidad clara y razonable entre el fin buscado y las medidas u omisiones y sus efectos<sup>8</sup>.

Si se aplican estas pautas a los criterios de clasificación utilizados por el Plan Nacer para determinar la población objetivo (mujeres embarazadas y niños menores de seis años), podría ser factible concluir que el trato diferencial estaba justificado y configuraba un medio adecuado y proporcionado para alcanzar la finalidad perseguida por el plan (aumentar el acceso a servicios de salud para las mujeres embarazadas y para los niños menores de seis años de edad sin seguro médico a fin de reducir la morbi-mortalidad materna e infantil). En este marco, el Plan constituía una acción afirmativa dirigida a alcanzar los Objetivos del Milenio N° 4 y 5<sup>9</sup>.

No ocurre lo mismo en relación con los criterios de selección utilizados por el Programa Sumar. Dicho programa procura apoyar el desarrollo de SPPS y la creación de un SPNS para patologías específicas de baja incidencia y alto costo con el objeto de cubrir a la población que carece de cobertura explícita en salud. En este marco, los criterios de selección utilizados no resultan adecuados al fin perseguido y dan lugar a errores de sub y sobre inclusión de beneficiarios. “Sumar”, por ejemplo, no comprende a las mujeres mayores de 64 años y varones mayores de 19 años que no cuentan con cobertura en salud. Incluso, un grupo especialmente vulnerable como es el de los ancianos sin cobertura en salud que, conforme al Censo Nacional 2010, constituyen un 7% de la población, no están cubiertos<sup>10</sup>. El programa comprende, en cambio, a las mujeres, niños y jóvenes que, aunque disponen de capacidad económica, no cuentan

---

<sup>8</sup> OG N° 20, punto 13.

<sup>9</sup> Los Objetivos del Milenio fueron adoptados en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en el año 2000. En particular, los objetivos N° 4 y 5 se refieren a reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años y mejorar la salud materna.

<sup>10</sup> Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos Serie B. N° 2. Tomo I. Buenos Aires, 2012. Capítulo IV, pág. 147, Gráfico 9.

con cobertura explícita. En este último caso el error de sobre inclusión puede ser compensado por la auto exclusión de este grupo de personas que prefieren pagar de su bolsillo para acceder a una atención de mejor calidad.

Un segundo aspecto del programa a considerar se vincula con el alcance de la cobertura que confiere, esto es, con el conjunto de prestaciones que prioriza.

Desde esta perspectiva, si la finalidad del programa es dar cobertura explícita en salud a aquellos que no la tienen, dicha cobertura debería propender a colocar a estas personas en la misma condición que aquellas que tiene cobertura, sea porque cuenta con una obra social o es afiliado a una prepaga. Pero esta no parece ser la lógica que inspira el aseguramiento en salud, toda vez que las prestaciones priorizadas no son las que, en virtud del Programa Médico Obligatorio (PMO), están obligadas a cubrir las obras sociales nacionales y prepagas, sino las que se especifican en un Nomenclador propio.

En definitiva, el programa tutela el derecho a la salud estableciendo diferencias de acceso y cobertura que configuran nuevas categorías de sujetos que se agregan a las ya existentes en un sistema segmentados como es el argentino.

### **3. Progresividad y no regresividad.**

Los Estados han asumido el compromiso de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos reconocidos en el PIDESC (art. 2.1). De ello se desprende la prohibición de regresividad, esto es, la prohibición de adoptar medidas que empeoren la situación de los derechos de los que gozaban las personas al momento de adoptarse el tratado. El test de progresividad y la prohibición de regresividad requieren efectuar un análisis comparativo entre momentos diferente. Esto es: se recolectan datos en un tiempo (T1) y se los compara con datos de un tiempo posterior (T2). El análisis puede ser normativo o fáctico<sup>11</sup>. En ambos casos, un tema central es la elección de los términos de comparación (T1 y T2).

---

<sup>11</sup> Courtis, Christian (2008), págs. 3 y 4.

En el caso que nos ocupa, si se adopta como términos de comparación los instrumentos jurídicos que implementan el Plan Nacer I (2004); el Plan Nacer II (2007), y el Plan Sumar (2012), podría arribarse a la conclusión de que existe progresividad normativa en orden a quienes son los beneficiarios, las prestaciones priorizadas y el ámbito geográfico de aplicación del plan<sup>12</sup>. El análisis, sin embargo, resulta sesgado si no se toma en cuenta que el acceso universal al sistema de salud pública es un logro de vieja data en Argentina<sup>13</sup>, normativamente contemplado por la ley nacional 23.661<sup>14</sup> y a nivel constitucional por el derecho público provincial<sup>15</sup>.

En este marco, desde una perspectiva fáctica, la focalización del Programa Sumar puede configurar una violación a la prohibición de regresividad en la medida que su instrumentación quite, reduzca o afecte los servicios que presta el establecimiento público a personas que no conforman la población objetivo o respecto de prestaciones que no resultan priorizadas<sup>16</sup>.

Es que, a partir de este plan, el establecimiento presta, a un sector de la población, un conjunto de prestaciones priorizadas por las que recibe una cápita financiada, entre los años 2012 y 2015, en forma decreciente por el Estado Nacional con fondos del convenio de préstamo del BIRF. La sustentabilidad del seguro, no obstante, está atada al compromiso creciente de cada provincia de aportar la correspondiente financiación de contrapartida<sup>17</sup>. En este contexto, la inquietud que subyace a la implementación del seguro es si el mismo coexistirá con la atención universal o si, por el contrario, se está frente a una forma encubierta de reorientar el gasto público provincial hacia ciertos sectores de la población y servicios esenciales, dejando de cubrir a otros sectores y prestaciones de menor eficacia.

---

<sup>12</sup> Así, mientras en el Plan Nacer I sólo eran beneficiarias las mujeres embarazadas y los niños menores de seis años en nueve provincias de la región noroeste y noreste de Argentina, el Plan Nacer II extiende su aplicación a todo el territorio del país y amplía la cobertura, y el Programa Sumar vuelve a ampliar el alcance del plan al incorporar nuevos beneficiarios y nuevas prestaciones.

<sup>13</sup> Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos Serie B. N° 2. Tomo I. Buenos Aires, 2012. Capítulo II, pág.102 y Capítulo IV, pág. 135.

<sup>14</sup> La ley establece que corresponde al Ministerio de Salud de la Nación 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. 3).

<sup>15</sup> Constitución de Córdoba, art. 59.

<sup>16</sup> Etchichury, Horacio (2013) Pág.230

<sup>17</sup> Convenio de Préstamo, Anexo II, Sección I, punto 6, ii).

#### **4. Seguro público o subsidio**

Si bien una de las finalidades explícitas de “Sumar” es el desarrollo de Seguros Públicos de Salud, cabe indagar si, más allá de la denominación que recibe, el programa configura un seguro o, por el contrario, una variedad de subsidio focalizado en grupos específicos de población. A favor de la primera opción, podría aducirse que el programa prevé confeccionar un padrón de beneficiarios a los que se les brindará un conjunto de prestaciones y cuidados de salud priorizados. No obstante, para que se configure un verdadero seguro público o social, sería necesario –además- que el programa aplicara una lógica solidaria de financiamiento, lo cual requiere contemplar subsidios cruzados (sanos/enfermos; ricos/pobres; jóvenes/viejos). La ausencia de esta nota distintiva afecta la subsunción del plan en el concepto de seguro público o social y pone en tela de juicio la factibilidad de su continuidad en el tiempo toda vez que los sectores medios y ricos de la población no cuentan con incentivos para apoyar programas que no los benefician<sup>18</sup>.

#### **5. Pago por resultado**

El programa se instrumenta en base a un modelo de financiamiento basado en el resultado. Se trata de intervenciones diagramadas para incrementar la cantidad y calidad de la atención sanitaria, basadas en la teoría de que la provisión de incentivos financieros a los trabajadores de la salud los motivará para mejorar su rendimiento. Mas la literatura consultada coincide en destacar que no se dispone de evidencias claras que permitan sacar conclusiones respecto de este modelo de financiamiento<sup>19</sup>. Queda aún por responder si la calidad de la atención mejora si ella se centra en objetivos vinculados a beneficios económicos que si se lo hace en el paciente y las necesidades de las poblaciones<sup>20</sup>.

Una preocupación adicional es si este tipo de medidas incrementa la desigualdad entre los establecimientos que están en mejores condiciones para cumplir los objetivos del programa respecto de aquellos que no lo están. Debe investigarse –además- su

---

<sup>18</sup> Almeida, Celia (2004), págs. 33 y 34.

<sup>19</sup> Elovainio, Riku (2010), pág. 38. Eirea Eiras, Carlos y Ortún Rubio, Vicente (2012), págs. 102 a 106; Ireland, Megan, Paul, Elisabeth; Dujardin, Bruno (2011).

<sup>20</sup> Ireland, Megan, Paul, Elisabeth; Dujardin, Bruno (2011)

impacto en áreas geográficas en las que existe un solo establecimiento para la atención de la salud e, incluso, donde no los hay. Ello especialmente en un país que presenta grandes desigualdades en atención sanitaria tanto entre provincias como en el ámbito interno de cada una de ellas. De lo que se trata, en definitiva, es determinar si el programa refuerza la desigualdad en el acceso geográfico a la atención en salud<sup>21</sup>.

## 6. Conclusiones

Tras analizar el Programa Sumar desde un enfoque basado en derecho y teniendo en cuenta su implementación como posible herramienta para alcanzar la cobertura universal en salud, cabe concluir que:

- a) Incurre en errores de sub y sobre inclusión de beneficiarios en relación a la finalidad perseguida;
- b) Dualiza el acceso, cobertura y calidad de servicios, reforzando la fragmentación del sistema;
- c) Plantea sospechas de regresividad así como problemas de sustentabilidad a largo plazo;
- d) Su subsunción en el ámbito del seguro público de salud resulta dudosa.
- e) Puede reforzar la desigualdad en el acceso geográfico a la atención de la salud.

En consecuencia, el programa lejos de constituir una herramienta para lograr la cobertura universal, configura un medio adecuado para reducir el gasto en salud.

## 7. Bibliografía

Abramovich, Víctor (2006) Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL, 88, Abril.

Almeida, Celia (2004) “Desafíos de los Seguros Públicos de Salud en el contexto latinoamericano”. *Seguros Públicos de Salud: aportes para un debate abierto*. Ernesto Pablo Báscolo (compilador) Edición del Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario, Argentina, agosto, Págs. 23 a 40.

---

<sup>21</sup> OG N° 14, punto 12.

Courtis, Christian (2008) La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales: apuntes introductorios; en “*Ni un paso atrás. La prohibición de regresividad en materia de derechos sociales*” Courtis, Christian (compilador). 1er. Del Puerto. CABA.

Eirea Eiras, Carlos y Ortún Rubio, Vicente (2012) Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial, obra citada. *Gac Sanit.* 2012;26(S):102–106. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 02/06/2013.

Elovainio, Riku (2010) Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned. *World Health Report. Background Paper, No 32.*

Etchichury, Horacio (2013) “*La igualdad desatada. La exigibilidad de los derechos sociales en la Constitución Argentina*”. Editorial Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.

Ireland, Megan, Paul, Elisabeth; Dujardin, Bruno (2011) Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of the WHO* <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/9/11-087379/en/> (consulta, 5 de junio de 2013)