

Análisis y Diagnóstico

**DE SITUACIÓN ACTUAL  
Y PERSPECTIVAS FUTURAS  
DE SERVICIOS DINÁMICOS  
DE LA CIUDAD DE  
BUENOS AIRES**

**SECTOR SALUD**



**CESBA**

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL  
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

# CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Presidentes Sergio Abrevaya

Vicepresidente 1° Alejandro Borensztein Vicepresidente 2° Víctor Santa María

## Organizaciones que lo componen

CGT | Omar Viviani

CTA | José Peralta

SUTERH | Víctor Santa María

UTHGRA | Dante Camaño

UOCRA | Gerardo Martínez

SUTECBA | José Luis Pirraglia

ADEBA | Jorge Horacio Brito

CEAP | Daniel Héctor Millaci

AHRCC | Camilo Suárez

CAPIT | Alejandro Borensztein

FECOBA | Vicente Lourenzo

CGE | Guillermo Gómez Galizia

UBA - Ciencias Sociales | Glenn Postolski

UBA - Ciencias Económicas | José Luis Giusti

USAL | Eduardo Suárez

UADE | Ricardo Felipe Smurra

Consejo Profesional de Ciencias Económicas | Humberto Bertazza

Colegio Público de Abogados Capital Federal | Eugenio Horacio Cozzi

CEPUC | Gerardo Celso Luppi

ADECUA | Sandra González

CEC | Susana Andrada

Cooperativa Milagros Ltda | Laura González Velasco

Pastoral Social | Carlos Accaputo

AMIA | Leonardo Jmelnitzky

Centro Islámico | Fabián Ankah





CONSEJO ECONOMICO Y SOCIAL  
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



fundación  
ObservatorioPyME

---

El Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires (CEyS) es un organismo constitucional con iniciativa parlamentaria e integrado de modo colegiado por las entidades más significativas de la sociedad civil. Es una institución pública no estatal, con autonomía orgánica y funcional para el cumplimiento de sus fines respecto de los poderes gubernamentales de la Ciudad.

La Fundación Observatorio PyME es una entidad sin fines de lucro, cuya misión es promover el rol de las pequeñas y medianas empresas en la sociedad, la investigación microeconómica aplicada y las políticas públicas de apoyo al desarrollo productivo. Desde sus orígenes, genera información sistemática y de manera ininterrumpida sobre las PyME industriales y de otros sectores de actividad, para optimizar el impacto de los instrumentos de política pública, mejorar la oferta de financiamiento del sistema bancario, lograr que las grandes empresas desarrollen mejores programas orientados a PyME y que las pequeñas y medianas tomen sus decisiones con mayor información.

Durante el año 2014, el CEyS ha solicitado a reconocidas instituciones de distinto perfil político, económico y técnico la elaboración de estudios de profundización sobre sectores productivos con potencialidades de crecimiento y desarrollo en la Ciudad. En este sentido, se ha solicitado a la Fundación Observatorio PyME un análisis y diagnóstico de la situación actual y perspectivas futuras de Servicios Dinámicos de la CABA: Servicios de Intermediación Financiera, Salud, Turismo, Servicios Audiovisuales.

Las opiniones expresadas en el documento que se presenta a continuación no reflejan necesariamente la posición oficial del Consejo Económico y Social o de sus integrantes.



## INTRODUCCIÓN

En el marco del Proyecto que el Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires (CEyS) ha desarrollado a través de la Fundación Observatorio PyME (FOP), “*Análisis y diagnóstico de situación actual y perspectivas futuras de Servicios Dinámicos de la CABA*”, se presenta este documento, que se aboca al estudio del sector Salud.

El Proyecto ha tenido por objetivo principal relevar las características sectoriales, evolución y perspectivas internacionales de cuatro macro-sectores dinámicos de la Ciudad de Buenos Aires. Estos cuatro macro-sectores son el Audiovisual, Turismo, Servicios Financieros y Salud.

En una primera etapa, se llevó adelante un trabajo simultáneo de *desk research* (obteniendo información cualitativa y cuantitativa de fuentes secundarias) y entrevistas en profundidad a algunos de los principales referentes del sector Salud (con su respectivo análisis cualitativo). En una segunda fase, se realizaron actualizaciones de las bases de datos, dado que por las características de dicho sector, encuestas a empresarios/directores de instituciones no resultaban un mecanismo apropiado de relevamiento<sup>1</sup>.

En una tercera y última etapa, se realizó un estudio comparativo y prospectivo, desde un enfoque tipo FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), utilizando los datos de fuentes externas, la información contenida en las entrevistas y los indicadores del entorno de negocios.

El presente documento, enfocado en el sector Salud, aporta una mirada integral de un sector tradicional pero complejo y heterogéneo, fundamental en el desarrollo social, económico y urbano, considerado como una economía externa a la firma que tiende a favorecer la aglomeración productiva en la Ciudad, explotando los rendimientos crecientes a escala y generando externalidades positivas hacia otros sectores. Constituye en la percepción de todos los entrevistados un input fundamental para afianzar y acrecentar la competitividad internacional de los sectores Audiovisual y Turismo, como así también de otros sectores de CABA de la industria manufacturera y los servicios.

En primer lugar, se reseña la estructura del sistema de salud en cada uno de los países cuyas ciudades están involucradas en este Proyecto. Luego se presentan algunos datos de fuentes secundarias, con su respectivo análisis descriptivo, y por último se expone el estudio FODA ya mencionado.

---

1 Ocurre lo mismo para el sector Servicios Financieros, a diferencia de Audiovisual y Turismo.

## SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS DEL SECTOR SALUD

### 1. INTRODUCCIÓN

El sector Salud (Humana) representa para la Ciudad algo menos del 10% de su Producto Bruto Geográfico (PBG). Se trata de un sector tradicional pero complejo y heterogéneo, fundamental en el desarrollo social, económico y urbano, considerado como una economía externa a la firma que tiende a favorecer la aglomeración productiva en la Ciudad, explotando los rendimientos crecientes a escala y generando externalidades positivas hacia otros sectores. Constituye en la percepción de todos los entrevistados un input fundamental para afianzar y acrecentar la competitividad internacional de los sectores Audiovisual y Turismo, como así también de otros sectores de CABA de la industria manufacturera y los servicios.

La estructura del sistema de salud proporciona características particulares a cada país, dado está igualmente diseñado en todas las sociedades. Como el objetivo es conocer la situación actual y perspectivas del sector en Argentina, junto a una comparación internacional con los vecinos países de Brasil, Chile y Uruguay, resulta conveniente reseñar brevemente la configuración del sistema sanitario en cada una de estas economías. Notemos aquí que no nos referimos específicamente a las ciudades dado que el sistema de salud se define *per se* para todo un país. Luego sí, se pueden tener algunos indicadores relevantes para cada ciudad. Por este motivo, en la siguiente sección se abordará escuetamente cada sistema de salud, para entender también algunos condicionamientos en cada país como así también la heterogeneidad de información y de situaciones. Ésta sería la macro-estructura a tener en cuenta para evaluar y proyectar al sector. Luego se expondrán algunos datos del sistema de salud para Ciudad de Buenos Aires. La información primaria proviene de las entrevistas cualitativas realizadas a los más importantes referentes del área y de datos de fuentes secundarias (externas), en los casos en que fuera posible y de utilidad, relevados en la primera fase del proyecto (etapa en que se efectuaron también las entrevistas en profundidad). Toda esta información es vinculada con el ranking de ciudades respecto del ambiente de negocios (elaborado en base a las Enterprise Surveys del Banco Mundial). En la sección 4 se realiza el análisis FODA para la actividad de salud humana local y en comparación con las ciudades de San Pablo, Santiago de Chile y Montevideo. Por último, se presentan algunos comentarios finales. Se agrega como anexo a todo el documento, un apunte metodológico sobre la recopilación de datos de fuentes secundarias (*desk research*).

## 2. EL SISTEMA DE SALUD EN ARGENTINA, BRASIL, CHILE Y URUGUAY

En base al documento elaborado por Fiorella Bertani para el CEyS (2014), se presentará una breve descripción general de la estructura del sistema de salud en Argentina, Brasil y Uruguay, mientras que se toma lo referente a Chile desde un estudio preparado por la Fundación MAPFRE (2010).

### 2.1. Argentina<sup>2</sup>

Argentina cuenta con un subsistema (o sub-sector) de servicios públicos de salud, que cubre a toda la población en forma gratuita, un subsistema de servicios (o seguros) sociales y un subsector privado.

El subsistema de servicios públicos de salud está integrado por programas sanitarios que garantizan acciones de prevención y atención a la salud y por los prestadores públicos de servicios que responden jerárquicamente y están a cargo de los gobiernos de las tres esferas, nacional, provincial y municipal, con baja integración. Está estructurado para atender a quienes no poseen una cobertura formal, o para brindar algunas prestaciones específicas a beneficiarios de los otros subsistemas. El subsistema público se financia por rentas generales provenientes de los tres niveles de gobierno.

Esta cobertura de carácter gratuito resulta un derecho para la totalidad de los habitantes del país.

Con los procesos de descentralización de la década de 1990, los establecimientos sanitarios públicos de la Nación fueron transferidos a los 23 gobiernos provinciales y la CABA.

El subsistema de seguros sociales está integrado por 298 Obras Sociales Nacionales –OSN- (sindicales, empresariales y de dirección), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados –conocido como PAMI-, 24 Obras Sociales Provinciales –OSP- y Obras Sociales de las Fuerzas de Seguridad. La 24 OSP cubren a los empleados públicos que trabajan para los gobiernos provinciales y sus respectivos municipios. Cada provincia gestiona su propia Obra Social o Instituto financiado con aportes salariales de los empleados públicos y contribuciones de la provincia en su rol de empleador.

El PAMI opera bajo la forma de sistema de reparto y es financiado con aportes y contribuciones sobre la masa salarial activa y los haberes pasivos y el Tesoro Nacional.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional de Seguros de Salud (exceptuando las Obras Sociales provinciales).

El subsistema privado está integrado por efectores de seguros privados y por prestadores privados independientes. Cubre esencialmente a asociados voluntarios sin relación laboral de dependencia y se financia con el pago de cuotas (o primas) a las empresas de medicina prepaga, o, en el caso de uso de prestadores privados independientes, mediante pagos por actos médicos (“gasto de bolsillo”).

Cabe destacar se observan casos de doble cobertura (Obras Sociales + Planes privados), que en realidad es triple, ya que la cobertura pública es universal.

---

2 Bertani, F. (2014). “Resumen de: Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada” en base a Observatorio Mercosur de Sistema de Salud, Río de Janeiro-Agosto 2013. CEyS-CABA.

3 Ibid.



## 2.2. Brasil<sup>3</sup>

Con la creación del Sistema Único de Salud (SUS) se instituyó un sistema nacional de salud con financiamiento fiscal, de acceso universal a la atención integral, prestada por servicios de salud que deben integrar una red regionalizada y jerarquizada. No obstante, aproximadamente una cuarta parte de la población tienen doble cobertura a través de la compra de un plan o seguro de salud privado.

Así se puede decir que el sistema de salud brasileño tiene dos componentes principales, el SUS que cubre y es utilizado por la gran mayoría de los brasileños, y el subsistema de salud suplementar que comprende a las empresas operadoras de planes y seguros de salud privados (medicina prepaga).

El sistema único de salud (SUS) es descentralizado con responsabilidades compartidas en las tres esferas del gobierno. En el nivel nacional el Ministerio de Salud define políticas comunes, regula y coordina. Los 26 estados, a través de sus secretarías estatales de salud, definen las políticas de los estados, apoyan a sus municipios en la implementación del SUS y prestan servicios especializados.

El subsistema de salud suplementar (Sistema de Atención Médica Suplementar –SAMS-) comprende a las empresas implementadoras de los llamados “planes” y seguros de salud privados. Parte de las grandes empresas contratan planes colectivos de salud para sus empleados que pagan las primas. Se estima que el 64% de los contratos de seguros privados de salud son colectivos y 36% son individuales. Este subsistema cubre al 25% de la población brasileña.

## 2.3. Chile<sup>4</sup>

El sistema de salud chileno está compuesto por dos grandes sectores, el público y el privado, y un tercero más pequeño, que es fundamentalmente el de los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas.

El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus 29 dependencias regionales, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Presta cobertura tanto a la clase más baja, como a la clase media y jubilados, y a aquellas personas de mayores ingresos que así lo elijan. Se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias a la nómina y copagos que se reúnen con el FONASA. La prestación corre a cargo del SNSS y el Sistema Municipal de Atención Primaria.

El sector privado se financia básicamente con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Los trabajadores chilenos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRES en función principalmente de su capacidad de pago y el valor de la prima que se aplica para su grupo de riesgo. Los trabajadores independientes pueden optar también por no adscribirse a ningún sistema de seguridad social de salud.

En efecto, un pequeño grupo de la sociedad, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud o adquiere seguros privados de salud complementarios a la cobertura de ISAPRES o FONASA.

---

3 *Ibíd*

4 Gideon, U., Villar, M. y Ávila, A. (2010). Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado. Fundación MAPFRE.

## 2.4. Uruguay<sup>5</sup>

Con el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se está implementando un sistema de protección social mixto integrado, que incluye aportes al seguro social específicos para salud y fondos fiscales con efectores privados y públicos. En el SNIS están integrados dos subsectores, el Seguro Nacional de Salud con el Fondo Nacional de Salud (FONASA), en el cual los beneficiarios pueden elegir entre efectores autorizados para la prestación de servicios de salud (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva –IAMC-, el efector público ASSE o un seguro privado integral) y un subsector público conformado predominantemente por establecimientos públicos de la Administración de Servicios del Estado (ASSE), que es el principal proveedor y además puede ser elegido como prestador por los contribuyentes del FONASA.

El **sector público**, a través de ASSE, garantiza la cobertura de los residentes de bajos ingresos que no pueden aportar al SNIS/FONASA, mediante el Carnet de Salud gratuito.

En el **subsector privado** actúan las IAMC y seguros privados. Las IAMC, además de prestar servicios de salud para los contribuyentes de la seguridad social, como empresas de medicina prepaga también son aseguradoras y ofrecen planes de salud individuales o colectivos mediante el pago de primas.

---

5 Bertani, F. (2014). “Resumen de: Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada” en base a Observatorio Mercosur de Sistema de Salud, Río de Janeiro-Agosto 2013. CEyS-CABA.

### 3. PRINCIPALES DATOS DEL SECTOR SALUD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

El Sector de Salud Humana aportaría al PBG de la Ciudad algo menos del 10% (Valor Agregado). Cabe aclarar que, dada la información disponible a la fecha, sólo se ha podido contemplar todo lo que corresponde a Servicios sociales y de salud (que incluye establecimientos prestacionales y la actividad de los profesionales y consultorios externos) y el gran grupo de Fabricación de sustancias y productos químicos (dentro del cual casi un 60% correspondía a la fabricación de medicamentos en el 2004). Los planes específicos de la Administración Pública (de índole transferencial por pérdida de ingresos, o incapacidad para generarlos) no están especificados en materia de salud en particular, si bien podría estimarse su contribución en menos de un 10% del Valor Agregado Bruto (VAB) de toda la actividad de Administración Pública. En relación a enseñanza e investigación y desarrollo, no hay datos para el área de estudio sanitaria ni fármaco-química en particular, y en lo que concierne a seguros de salud y obras sociales, como puede verse en el Informe del sector Servicios Financieros, son incluidos en Intermediación financiera<sup>6</sup>.

Cuadro 1. VAB del Sector Salud a precios constantes de 2004. CABA. 2004-2012<sup>7</sup>

Sector	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud	656.947.607	6.916.190.195	7.867.787.213	8.648.868.973	9.256.359.206	10.134.874.218	11.125.649.429	12.034.257.715	13.061.272.281
Servicios sociales y de salud	3.815.916.904	4.111.636.771	4.452.882.900	4.907.362.032	5.288.015.725	5.807.511.560	6.434.750.890	7.000.771.127	7.631.789.021
Fabricación de sustancias y productos químicos	2.750.030.403	2.804.553.424	3.414.904.313	3.741.506.941	3.968.343.481	4.327.362.658	4.690.898.539	5.033.486.588	5.429.483.259
*Valores estimados									

Fuente: Elaboración propia en base a datos la Dirección General de Estadística y Censos-Ministerio de Hacienda-GCBA

6 Para este Proyecto fue requerido incluir en el sector Salud a la prestación pública, de Obras Sociales, seguros de salud y erogaciones privadas, las actividades de investigación y formación y la industria fármaco-química.

7 Calculado a precios básicos (precio recibido por un productor del comprador de una unidad de bien o servicio producido menos cualquier impuesto que lo grave más cualquier subsidio que se reciba como consecuencia de la producción o venta de esa unidad. Excluye cualquier cargo de transporte facturado separadamente por el productor.

Cuadro 2. VBP del Sector Salud a precios constantes de 2004. CABA. 2004-2012 <sup>8,9</sup>

Sector	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud	13058103366	13720910340	15715360172	17290167366	18466564481	20425411566	22388709284	24161524980	26168594713
Servicios sociales y de salud	6574845463	7.105.122.330	7.653.314.585	8.435.870.915	9.043.909.405	10.177.293.057	11.272.769.768	12.214.144.259	13.267.519.574
Fabricación de sustancias y productos químicos	6.484.257.894	6.615.788.010	8.062.045.588	8.854.296.451	9.392.655.075	10.248.118.499	11.120.999.517	11.947.380.721	12.901.075.140

\*Valores estimados

Fuente: Elaboración propia en base a datos la DGEyC-Ministerio de Hacienda-GCBA.

La contribución de cada rama de actividad al Valor Agregado generado por el sector en conjunto es estable a lo largo de toda la serie, con un promedio de 58% para Servicios sociales y de salud y 42% para Fabricación de sustancias y productos químicos (si bien Medicamentos sería sólo un 60% de esto si se mantuviera la proporción de 2004). También es estable cuando se observa Valor Agregado junto con Consumo de Bienes Intermedios, pero las participaciones son 50 y 50.

En el Gráfico 1 podemos observar las proporciones de cada sub-sector en el total de Salud para el año 2012:

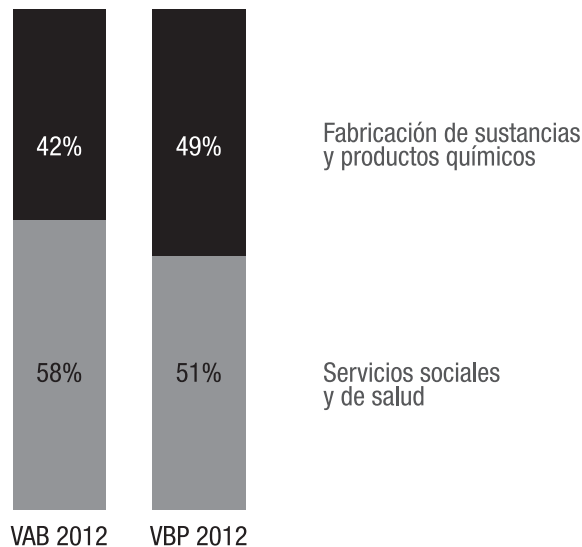


Gráfico 1. Composición del Salud, Año 2012

Fuente: Elaboración propia en base a datos de DGEyC-Ministerio de Hacienda-GCBA.

8 Ibid.

9 VBP: Valor Bruto de Producción.

La Ciudad de Buenos Aires cuenta con 29 hospitales públicos de internación. El total de establecimientos médicos en 2014 en la Ciudad (que tiene una superficie de 202 km<sup>2</sup> y cerca de 3 millones de habitantes, de acuerdo al último Censo Nacional 2010) es 1,053 (abarcando clínicas, hospitales, consultorios médicos generales, odontología, etc.). El promedio de camas disponibles (cada 1,000 habitantes) era de 2.44 en 2012<sup>10</sup>.

La población por tipo de cobertura se distribuye como se muestra en el Cuadro 3, observando que aproximadamente 1 de cada 5 habitantes no cuenta con otra cobertura que la universal del sistema público.

Cuadro 3. Distribución % de la población por tipo de cobertura médica. CABA. 2012

Tipo de cobertura médica	2012
Sólo sistema público	17.6%
Sólo obra social	45.4%
Sólo prepaga o mutual vía obra social	22.1%
Sólo plan de prepaga por contratación voluntaria	9.0%
Otros	5.7%
NS/NC	0.3%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de DGEyC-Ministerio de Hacienda-GCBA.

De acuerdo a estadísticas del Ministerio de Salud-GCBA, en 2012 se aplicaron 1,5 millones de vacunas en vacunatorios de la Ciudad (67% correspondiente a residentes y un 33% a no residentes de CABA, evidenciando la atención pública local a buena parte de habitantes de otras localidades) y se efectuaron 906,774 consultas odontológicas en 2011. Para el mismo año se realizaron 30,651 partos en hospitales públicos.

De acuerdo al World Bank, la participación del gasto total de salud en el PIB de Argentina fue de 8.5% en 2012, siendo la proporción del gasto público<sup>11</sup> del 69.2% en el total del gasto en salud (6% del PIB aproximadamente), en ambos casos sobre una tendencia creciente. En 2012, el gasto total per cápita (público y privado) era de 995 dólares corrientes.

En relación a Formación e investigación, en 2012 la Ciudad de Buenos Aires recibió 12 inscriptos a carreras de investigador, en 2013 se inscribieron a becas 11 postulantes y en 2014 el total de investigadores de la Ciudad suma 50 profesionales. Asimismo, en 2013 se registraron 250 proyectos de investigación (131 en centros privados y 119 en centros públicos)<sup>12</sup>.

Algunos datos de interés respecto a la industria farmacéutica y fármaco-química en la CABA son tomados del trabajo realizado por Ecolatina y Keymarket para el CEyS. Cabe destacar que esta actividad aporta al PBG en 2013 un 3.5%, participando de la industria manufacturera local en un 27%. Los principales destinos de exportación de producción farmacéutica argentina son Panamá, Brasil y México.

En la próxima sección, podremos evaluar al sector en una perspectiva comparativa de pros y contras, utilizando en parte estos datos, con el insumo de la correspondiente información para San Pablo, Santiago de Chile y Montevideo, en el marco de las entrevistas cualitativas a los principales referentes.

10 DGEyC-Ministerio de Hacienda-GCBA y Organización Panamericana de la Salud.

11 Gasto de los gobiernos (en sus tres esferas) y contribuciones sociales.

12 Datos del GCBA.

## 4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL SECTOR

De cierto modo, tal como sucede con la actividad de Servicios Financieros, buena parte de las condiciones y perspectivas del sector Salud corresponde a macro-cuestiones como así también a decisiones a nivel nacional, y el sector en sí puede entenderse en buena parte como afectando las condiciones de entorno para el desarrollo de otras actividades. No obstante, este análisis permite una mirada situacional y prospectiva de ventajas y desventajas que presenta la actividad de salud a nivel local.

Aprovechar las ventajas y depurar las desventajas brinda una oportunidad de desarrollo y mejora del sector, que vigorizaría las externalidades positivas que puede generar e incrementaría la eficiencia sectorial en materia de aprovechamiento de la capacidad instalada en cuanto recursos humanos y establecimientos, tecnología y equipamiento, recursos presupuestarios y privados. De este modo también, se incentivaría la inversión productiva y la demanda de servicios específicos por parte de pacientes extranjeros.

A partir de las entrevistas cualitativas que se han llevado a cabo durante la primera etapa del proyecto, algunos datos disponibles de fuentes externas (como los que ya hemos utilizado en la sección previa) y los indicadores de ambiente de negocios, se puede realizar un análisis FODA -Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas- del sector Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las fortalezas y debilidades hacen a factores internos positivos y negativos, respectivamente, que presenta el sector. Mientras que las oportunidades y amenazas están constituidos por factores exógenos o externos (positivos y negativos, respectivamente) que afectan al sector y condicionan su desempeño y características endógenas (internas).

A continuación ponemos a la luz estos factores, con el propio aporte analítico. Veremos que muchos de estos aspectos están vinculados entre sí y creemos que agrega valor mostrar esos vínculos, a fin de tener un panorama más amplio y profundo.

### 4.1. Fortalezas

➔ Contar con profesionales prestigiosos, con la Universidad de Buenos Aires y con hospitales escuela de renombre son puntos muy atractivos y ponderados. En la Dimensión de Recursos Humanos de los indicadores de ambiente de negocios ya se ha mencionado lo fundamental de una personal capacitado, bien calificado, para desarrollar de una forma más eficiente la actividad económica. En términos de investigación y ciencia, contar con recursos de tan alta calidad también incentiva una mayor inversión con esos fines.

➔ Los referentes del sector acuerdan en que CABA sigue siendo el lugar más reconocido del país a nivel asistencia médica. Además es la ciudad de Argentina con mayor complejidad en salud y la oferta más completa de servicios.

➔ Otras ventajas del sector por estar en Ciudad de Buenos Aires son, según los principales referentes:

- Concentra el expertise del sector: las sedes de las entidades científicas, las bibliotecas, los congresos, los mejores especialistas.

- La ciudad es una luminaria en términos de talento y formación de RRHH. Hay centros públicos y privados que forman recursos humanos de primer nivel (como mencionamos en el primer punto, es un aspecto muy favorable para la actividad, y además, tratándose de un sector que genera importantes externalidades y que puede pensarse como una economía de aglomeración, genera una sinergia y derramamiento de conocimientos a otros profesionales y buena atención al paciente).

- Posee un buen servicio de emergencias como es el SAME, sumado a una cantidad importante de ambulancias privadas.

- Posee gran infraestructura y tecnología. Tanto la infraestructura como el aspecto tecnológico hemos visto en el capítulo anterior que hacen más eficiente el desarrollo de cualquier actividad económica, aún mejor es esto en una actividad que condiciona el desarrollo de otros negocios y de la sociedad misma.

- ➔ Algunos referentes sostienen que en los últimos 5 a 10 años, con mayor blanqueo de empleados y un mejoramiento de salarios, las Obras Sociales tuvieron una mejoría de la financiación y el servicio que prestan.

- ➔ En la región latinoamericana, si bien algunos consideran que perdió liderazgo con Brasil, en general se remarca el prestigio e importancia de CABA y de toda la Argentina, con una de las coberturas más amplias tanto a nivel privado como público, con un alto presupuesto, “gratuidad” de los hospitales públicos, oferta más completa que Santiago de Chile o Montevideo, y alto prestigio profesional.

Hacia el final de esta sección desarrollaremos más ampliamente este punto.

- ➔ Como fortalezas en Turismo Médico, los referentes destacan las credenciales médicas, la vanguardia tecnológica y de investigación, la alta calidad humana del personal, el atractivo turístico del país, infraestructura de alto confort y bajo costo de los procedimientos en comparación a otros países. Señalan como clave que Argentina es miembro de la Medical Tourism Association.

#### 4.2. Oportunidades

- ➔ Las áreas más dinámicas (con mayor potencial de crecimiento) son imágenes, procedimientos mínimamente invasivos, tratamientos por vía endoscópica o por vía percutánea, farmacología y oncología (por el desarrollo de los remedios biotecnológicos), fertilidad asistida y manipulación genética.

- ➔ En cuanto a Turismo Médico, la iniciativa es percibida como una oportunidad de desarrollo para el sector privado y una manera de paliar la merma de su rentabilidad y permitir la inversión. Los referentes consideran que su éxito depende del prestigio de los profesionales, la competitividad en costos, de que haya disponibilidad hotelera de alta calidad, garantía de algunos estándares internacionales de seguridad y calidad a través de acreditaciones internacionales, y contar con personal bilingüe. Las áreas médicas que se abordan son variadas, participan en especial clínicas privadas (Hospitales Alemán, Italiano, Británico y Austral, Clínica Bazterrica, Instituto FLENI, etc.) y los principales mercados son Bolivia, Paraguay, Uruguay, Colombia, Perú, Estados Unidos y Canadá.

- ➔ Otro desafío es desarrollar una visión estratégica sobre la salud y no sobre la enfermedad, que permita diseñar el sistema de salud de acuerdo a la demanda y no a la oferta, focalizándose en la prevención primaria: el sistema de provisión de servicios, la situación socioeconómica, el acceso a agua potable, las cloacas, la educación, etc.

- Existe una clara necesidad de descentralizar y deshospitalizar el sistema de salud público, hacia centros ambulatorios (está vigente pero aún no funciona adecuadamente). Esto permitiría una mejor calidad en la atención y una más eficiente asignación de los recursos.
- Resolver el exceso de demanda del hospital público, manteniendo el acceso universal a la salud, pero reglamentando que cada uno de los sectores de residencia se haga cargo de sus residentes, pagándole al organismo receptor. Nuevamente, aquí el objetivo claro es una mejor atención sanitaria, una más eficiente asignación de recursos y un mejor desarrollo laboral de los trabajadores de la salud.
- De cierto modo vinculado al punto anterior, referentes del sector privado mencionan el mejoramiento de la gestión y eficiencia de los hospitales, que trabajan a la mitad de su capacidad instalada (día de media jornada, falta de recursos para tener salas abiertas, falta de personal capacitado para manejo de tecnología, etc.) y alineación de las estrategias de financiamiento del profesional con las estrategias de desarrollo del sistema de salud.
- El principal desafío en el sistema privado es lograr una rentabilidad que vuelva sustentable el negocio ante el aumento permanente de costos, la emergencia de nuevas coberturas, libre entrada y salida del sistema, desactualización de nomencladores y la limitación en el aumento de cuotas a los afiliados.
- La ciudad tiene una demografía muy aventajada, por lo cual una de las áreas que tendrá mayor potencial de desarrollo a futuro es la geriatría y la problemática de las enfermedades crónicas asociadas, como son la hipertensión, la diabetes, el cáncer, el asma, la obesidad, etc.
- Mayor integración y complementación del sistema de salud público y privado: desarrollar un plan que sea integrador de las diferentes fuentes financiadoras y los diferentes sistemas de prestaciones, centrado en las necesidades del ciudadano y no en la forma de financiar o de prestar, con una agenda de largo plazo acordada. Y que permita derivar pacientes del sistema público al privado ante la existencia de listas de espera en un sistema y capacidad ociosa en el otro, y permita complementar fortalezas y debilidades de cada uno. Esto requiere también de política de Estado que desarrolle leyes y marco conceptual en materia sanitaria.
- Vinculado al punto anterior emerge el desafío de desarrollar una Cobertura Universal para toda la población adoptando una filosofía de solidaridad social como eje integrador y rector de todo el sistema de salud.
- Actualizar las infraestructuras edilicias (públicas esencialmente).
- Impulsar políticas de mayor desarrollo tecnológico.
- Rol activo del Estado en el control de los precios de medicamentos e insumos de primera necesidad, así como existe una política de Precios Cuidados.
- Desarrollo de un polo farmacéutico y de insumos locales.
- En relación a la producción farmacéutica, los referentes sectoriales señalan también que San Pablo posee una importante industria con la que existen potenciales oportunidades de complementación si se instrumentan los mecanismos adecuados.
- En relación a la historia clínica digitalizada, los referentes la creen como muy conveniente desde un punto de vista estratégico, en la resolución de tiempos administrativos y masificación de la información, pero en materia jurídica el hospital público aún no la implementa porque no cuenta con la normativa adecuada (esencialmente en cuanto confidencialidad). Algunos sanatorios la han desarrollado, en forma privada y propia del establecimiento, sin extensión a otras dimensiones del sistema.



### 4.3. Debilidades

- ➔ El sector de salud es un sector complejo, fragmentado y heterogéneo, caracterizado por tener múltiples financiadores, múltiples aseguradores, múltiples prestadores, mucho de ellos tienen más de una función al mismo tiempo, y los aseguradores tienen estructura prestacional propia y subfinancian. Ésta es una clara ineficiencia propia de cómo se ha diseñado el sector desde su creación y en sus sucesivas reformas.
- ➔ Asimismo, el servicio es heterogéneo según el tipo de obra social.
- ➔ Una parte de la población carece de otra cobertura que no sea la pública (casi el 20%, Cuadro 3), con los déficits en oferta que éste sub-sector presenta y en el caso de la CABA, con una demanda muy superior a la capacidad de abastecimiento.
- ➔ Los pacientes buscan contención y seguimiento, y reciben despersonalización y deshumanización del servicio, especialmente en el sistema público.
- ➔ Los hospitales públicos tienen un exceso de demanda superlativo pero no trabajan a plena utilización de su capacidad instalada.
- ➔ Profesionales que trabajan jornada reducida: al no existir control ni incentivo, el sistema pierde eficiencia (sub-sector público).
- ➔ El hospital público tiene capacidad para facturarles a las obras sociales pero no se hace porque el paciente no lo declara o porque el que lo recibe no quiere hacer los trámites, y además los nomencladores están desactualizados. Esto requiere de una sanción efectiva así como de una concientización mayor de los pacientes.
- ➔ No hay concurso para designar a los directores de los hospitales.
- ➔ Existe representación de la violencia social dentro del sistema de salud público que repercute en la insatisfacción tanto del que presta el servicio como del que lo recibe.
- ➔ Falta de mantenimiento edilicio, camas disponibles, personal de enfermería y administrativos y provisión de insumos.
- ➔ Las obras sociales en la actualidad atraviesan un proceso de desfinanciamiento, debido a:
  - El fuerte aumento de costos de insumos y medicamentos (del 30% al 60%)
  - La transferencia de los afiliados de mayor poder adquisitivo a las prepagas (ObsBA ha tenido una transferencia de más de diez mil afiliados al sistema del Plan Superador de OSDE desde 2009)
  - El retraso salarial entre los jubilados y pensionados (afiliados pasivos del sistema)
  - La mayor expansión y segmentación de las especialidades, lo cual aumenta la cantidad de recursos humanos a disponer como oferta de salud.
- ➔ A partir de 1990, los referentes indican que el sub-sector privado experimentó un proceso de concentración y verticalización. Las empresas de medicina prepaga fueron comprando cada vez más sanatorios para lograr mayor rentabilidad. Hoy el sector está concentrado en cinco grandes grupos: Osde, Swiss Medical, Galeno, Omint y Medicus. Se presentan a continuación datos provistos por el GCBA (Cuadro 4).

Cuadro 34. Estructura del mercado de medicina prepaga. Argentina. 2011

Empresa	% del mercado
OSDE	25%
Swiss Medical	12,60%
Galeno	10,94%
Omint	7,41%
Medicus	3,90%
Otras	40%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de DGEyC-Ministerio de Hacienda-GCBA.

- El sector atraviesa un momento crítico desde la sanción de la ley 26.682 que establece la obligatoriedad de cubrir la totalidad de las prestaciones del Plan Médico Obligatorio y la cobertura de las enfermedades preexistentes, permitiendo a los afiliados la libre entrada y salida de la cobertura privada, lo cual rompe el criterio de solidaridad en el que se basa el sistema.
- La sobrecarga del sistema público de salud: más de la mitad de las atenciones en el sistema público se dan a personas que no viven en la Ciudad. En la media que no hay denominador, se desconoce las necesidades reales de la población y la responsabilidad o lo que el sistema debería prestar.
- En relación a lo anterior, existe un debate irresuelto acerca de si la Ciudad debe proveer servicios sanitarios gratuitos bonaerense (que no lo son, porque todos los pagamos con nuestros impuestos) a todo el Conurbano, a todo el país e incluso a extranjeros.
- Otras de las principales debilidades se centran en la inaccesibilidad y la inequidad en la calidad de servicio de salud, ya que existe una barrera económica para acceder incluso al hospital público (pagar el pasaje de transporte público, perder el presentismo en el trabajo, etc.). En algunos lugares del mundo devuelven el valor del traslado para neutralizar esa barrera.
- Carecer de acreditaciones de nivel internacional (y que no haya normativa que oriente y determine el proceso de estas acreditaciones), opera en detrimento del Turismo Médico y la internacionalización de la medicina local.
- Los referentes afirman que no existe un plan estratégico a nivel país ni a nivel ciudad para la salud.
- La información sería de vital importancia para su desarrollo, pero la disponible es considerada, por algunos, insuficiente, fragmentada y hasta errónea. Una debilidad fundamental es la falta de intercambio de información entre los distintos sub-sistemas.

#### 4.4. Amenazas

➔ El sector experimenta un momento de gran tensión debido al gran aumento de costos, la tendencia a una mayor tecnologización de la medicina y la mayor insatisfacción de los pacientes por esta causa. De no compensarse esta insatisfacción combatiendo de algún modo la “deshumanización percibida” y de no controlarse el incremento de costos, el sistema de Salud entrará en un riesgo aún mucho mayor que el actual, involucrando también a las cuentas fiscales en lo que hace a adquisición de insumos, medicamentos, equipos, etc.

En relación a esto, debe tenerse en cuenta que las cuotas o primas de asistencia privada no se ajustan en la misma proporción que el incremento de costos, como tampoco lo hacen todos los salarios, además de que existe el Plan Médico Obligatorio que obliga a la gran mayoría de las Obras Sociales y medicina prepaga a proveerlo (por el sistema de reparto de contribuciones y libro opción de cobertura) a cambio de insuficientes aportes de los afiliados.

Esto amenaza la supervivencia del sistema de medicina privada y de seguridad social. Se genera además un círculo vicioso de desinversión, aranceles bajos para los prestadores y paga inadecuada a los profesionales, que retroalimenta negativamente el sistema.

➔ Si bien la financiación del sistema de salud ha mejorado (el gasto público pasó del 4% a un 6% del PBI entre 2004 y 2012), algunos consideran que no se tradujo en mejores resultados, producto del uso desordenado de los servicios sanitarios y el mayor uso de la tecnología.

➔ El crecimiento de la expectativa de vida y envejecimiento de la población hace que los costos del sistema de salud aumenten cada vez más. Éste es otro motivo que debería incentivar la eficiencia en la utilización de los recursos, para contar con una mejor posición para enfrentar a estas amenazas “biológicas”.

➔ Existe un riesgo potencial sumamente importante en la Ciudad: el crecimiento de las “villas miseria” con poco acceso a la salud es un riesgo a futuro si no se implementan acciones sanitarias, sumado a los cartoneros, que aunque estén cooperativizados, trabajan en condiciones pésimas de salubridad. Esto requiere de una política pública local focalizada, en materia de vivienda, saneamiento, infraestructura y condiciones de trabajo. La informalidad y la mala infraestructura son aspectos sumamente desfavorables también en lo concerniente a desarrollo de negocios e incentivo de inversiones productivas (de acuerdo a lo discutido en el trabajo de indicadores y ranking de ciudades).

➔ En PyME (sub-sector privado), la ausencia de actualización de aranceles y nomencladores pone en riesgo la subsistencia de las mismas.

➔ En términos económicos, la devaluación impacta negativamente en el sector, ya que afecta fuertemente en el componente dolarizado que son los insumos importados, la tecnología y la medicación, que representan entre el 20% y 40% de los costos.

La actividad económica en general de todo el país necesita una política cambiaria coherente.

➔ La dificultad para importar insumos tiene también un impacto importante, perjudicando el desarrollo de distintas prácticas médicas. En tal sentido, debería implementarse una política selectiva de restricciones a las importaciones.

→ El desarrollo del Turismo Médico sin control y en detrimento de la cobertura del paciente local (profundizando falta de camas de internación, por ejemplo), es una amenaza sumamente importante, dado que pueden perderse de vista estas consecuencias cuando sólo se evalúan cuestiones de rentabilidad e internacionalización.

→ El desarrollo de los mercados que ofrecen Turismo Médico y le son competencia a la Ciudad de Buenos Aires:

● Santiago de Chile (Clínica Alemana, Las Condes) para Bolivia y Paraguay

● Colombia y Brasil para cirugías estéticas. Brasil cuenta con más de 10 acreditaciones internacionales en la materia.

● India y México para captar a las aseguradoras de Estados Unidos, con el 80% y el 10% respectivamente. Respecto a India tenemos la ventaja de poseer vuelos directos o más cortos desde Estados Unidos.

→ Continuación de la falta de desarrollo de medidas que apunten a contener problemáticas vinculadas a la tercera edad.

→ La rentabilidad del sector privado se ve amenazada ante el aumento permanente de costos, la emergencia de nuevas coberturas, libre entrada y salida del sistema, desactualización de nomencladores y la limitación en el aumento de cuotas a los afiliados, como ya hemos mencionado. En tal sentido, controlar la competencia y rediseñar el sistema evaluando el grado de concentración/competencia que sería más conveniente para el sistema son dos acciones a tomar en cuenta para no socavar todo el sub-sector y privar así de inversiones productivas, derrames tecnológicos y mejora de atención sanitaria a toda la sociedad.

→ La dificultad para movilizarse (trasladarse) constituye una incertidumbre que afecta en las urgencias. Se considera un factor netamente exógeno al sector, que debe solucionarse no sólo por la propia expansión de este sistema, sino como externalidad para toda actividad económica. Sabemos, por el análisis del entorno de negocios, que la infraestructura de transporte es fundamental para un favorable desarrollo de las actividades económicas.

→ El sector carece de subsidios (en cambio Educación los tiene) y además tributa Ingresos Brutos e IVA. Las tasas impositivas y las dificultades en materia de régimen tributario son de los principales obstáculos para la eficiencia productiva y el desarrollo de un buen entorno de negocios.

→ En el sistema privado, existe una burocracia excesiva por parte del gobierno que complica la operatoria y se percibe injustificada (vinculado a la dimensión de Impuestos y regulaciones, como podría también verse eventualmente relacionada con la de Corrupción).

Por último, hay algunas reflexiones generales que pueden esgrimirse, en especial en lo que concierne a la comparación con las otras ciudades (y países) latinoamericanos del Proyecto.

En relación a la cobertura provista en cada país, de acuerdo al documento elaborado por Bertani (2014), en Argentina, además de la cobertura universal por parte del subsistema público, *“el Programa Médico Obligatorio (PMO) lista prestaciones que deben ser aseguradas a afiliados a Obras Sociales Nacionales y empresas de medicina prepaga, y encierra un amplio conjunto de prestaciones que incluyen plan materno infantil, atención primaria y secundaria, atención programada en domicilio, internación, salud mental, rehabilitación, odontología, medicamentos (40% en ambulatorio y 100% en internación), hemodiálisis, HIV y drogodependencia. Esta regulación, sin embargo, no afecta a las obras sociales Provinciales y el subsistema público. No obstante, la cobertura prestacional de las Obras Sociales Provinciales está alineada con lo establecido dentro de dicha canasta.”*

En **Brasil**, las acciones de atención individual ofrecidas en el SUS incluyen servicios de todos los niveles de complejidad, desde la atención primaria, atención especializada de alta complejidad/alto costo (como trasplantes). Sin embargo, en función de la gestión local y disponibilidad de servicios, hay obstáculos prácticos para el acceso. Existen restricciones y asimetrías en materia de accesibilidad (áreas remotas, suburbios de las grandes ciudades) dependiendo de la disponibilidad de servicios y de la coordinación entre municipios y el Estado, de manera de garantizar acceso a varios servicios de diferentes complejidades. No hay copagos en el SUS; aun así, hay insuficiencias en la cobertura de medicamentos en el ambulatorio. El acceso a medicamentos en el SUS se procesa por distribución en los centros de salud, pero es parcial. En el SAMS (sistema suplementar), los asegurados tienen acceso a servicios ambulatorios y hospitalarios, diferenciados según el tipo de contrato. No incluyen medicamentos, excepto en internaciones. Para la atención odontológica son necesarios planes prepagos especiales.

En **Chile**, de acuerdo al trabajo de la Gideion (2010) y las observaciones de los referentes entrevistados del sistema de salud argentino, la provisión pública de salud no es universal, en general es bastante inequitativo el sistema. Adicionalmente, existen copagos en ISAPRES y FONASA y las canastas de servicios a que se accede en el primero dependen de la capacidad de pago de los afiliados. Los trabajadores pueden optar por ISAPRES o FONASA, pero no gozan “gratuitamente” del sistema público, salvo en grupos vulnerables (escasos recursos, adultos mayores).

El sistema de salud en **Uruguay** es considerado por los referentes como más equitativo, ordenado y homogéneo que el argentino, pero de mucha menor escala. También señalan que es un país pionero en medicina pre-hospitalaria y de emergencias. En relación a la administración de prestaciones y financiamiento, de acuerdo a Bertani (2014), las prestaciones a las que la población tiene derecho y que tanto las IAMCs como ASSE y los seguros privados integrales deben garantizar están listadas en un catálogo de prestaciones que, sumadas a un conjunto de programas nacionales integrales dirigidos a grupos poblacionales por ciclo de vida (niño, adolescente, adulto mayor, mujeres, etc.), constituyen lo que se denomina Plan Integral de Atención de Salud (PIAS). Define las modalidades y servicios de internación y atención ambulatoria, establece las especialidades médicas, otros profesionales y técnicos para el control y la recuperación de la salud, enumera procedimientos obligatorios de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación; describe las prestaciones obligatorias de salud bucal y lista medicinas a cubrir. Determina también plazos máximos de espera para los servicios.

También hay un fondo especial para la atención altamente especializada, el Fondo Nacional de Recursos (FNR), que se nutre de recursos públicos y privados, es persona pública no estatal co-gobernada por representantes de ambos sectores, y financia las prestaciones de los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE).

Asimismo, hay copagos en los efectores privados del SNIS, IAMC y seguros integrales. En ASSE, el prestador público, no hay copagos. Los copagos en el SNIS están regulados, son variables con un tope máximo.

Cabe agregar asimismo, que el gasto público en salud en Argentina ha sido del 6% del PIB en 2012, mientras que en Brasil fue del 4%, en Chile del 3.5% y en Uruguay, 6% también. En este sentido, hay que tener en cuenta que no se accede a la misma canasta de servicios en cada una de estas economías a través del sistema público y de seguridad social (aportes contributivos de trabajadores, que se toman en cuenta en esta estimación elaborada por el World Bank). Por su parte, en materia de gasto per cápita en dólares corrientes de 2012, Argentina presenta un indicador de 995 (dólares corrientes); Brasil 1,056; Chile 1,103 y Uruguay 1,308. De este modo, Argentina es una de las mayores erogadoras en salud pública (sector público y de seguros sociales) mientras que es la de menor gasto per cápita en salud, con un sistema sumamente heterogéneo y desordenado, con ineficiencias en la prestación y en el uso de los recursos, pero más equitativa que Chile o incluso, Brasil.

Por otra parte, Buenos Aires tiene una tasa media de camas disponibles (cada mil habitantes) de 2.44, después de San Pablo con 2.6 y Montevideo con 2.5. Santiago cuenta con 1.2 camas disponibles cada mil habitantes.

## 5. COMENTARIOS FINALES

En este capítulo se trazó una reseña de la situación actual del sector Salud, sus características endógenas y exógenas y sus perspectivas futuras tanto en la Ciudad de Buenos Aires como a nivel internacional.

El análisis FODA último nos permite, esencialmente, reconocer ventajas y desventajas que presenta nuestro país en materia sanitaria.

Nos parece fundamental señalar entre las ventajas la alta profesionalización de sus recursos humanos, el potencial que ofrece la innovación tecnológica y el elevado nivel del equipamiento que se posee, la buena reputación de sus profesionales, academias y prestaciones y la vasta experiencia y la cobertura universal (así sea con ineficiencias). Gran potencial presentan la medicina vinculada a biotecnología, el área de imágenes, el Turismo Médico. Algunas demandas por parte de los referentes del sector son el diseño de un plan estratégico, la puesta en común de información entre todos los sub-sectores, la complementación con San Pablo en materia farmacéutica, la estabilización del alza de costos y la recomposición de las importaciones de insumos básicos. La falta de credenciales internacionales se percibe como un factor negativo para la atracción de Turismo Médico desde el extranjero. En materia de salud pública, es sumamente requerido un mejoramiento de la utilización de la capacidad instalada, de las estructuras edilicias y de la provisión de insumos, así como también una política que encare el problema sanitario desde la prevención primaria.

Merece una mención especial la información que sería relevante disponer, de acuerdo a los principales referentes entrevistados:

- Relación entre las necesidades, las demandas y las prestaciones
- De gestión (económica-financiera) para lograr un manejo más eficiente del sistema público
- Enfermedades crónicas no transmisibles y longevidad
- Debilidades del sistema de salud de los países de origen de los “turistas médicos” para orientar la oferta.
- Los registros de salud se realizan en base a los enfermos y a las personas que llegan a los hospitales/clínicas mientras que debería realizarse en los barrios.

De este modo, concluimos el análisis de un sector tradicional, complejo y heterogéneo, de suma importancia para el desarrollo social y económico de cualquier nación y con mucho camino por recorrer, potenciando fortalezas sumamente importantes como son la alta calificación y experiencia de los recursos humanos y la histórica trayectoria del sector. Queda claro que son cruciales las políticas públicas locales y nacionales, con mayor coordinación con el sector privado, preventiva y con perspectivas de internacionalización mediante acreditaciones y mejoras estructurales.

## **ANEXO METODOLÓGICO: DATOS DE FUENTES EXTERNAS**

### **1. Métodos de búsqueda, selección y procesamiento de la información**

Para el Sector Salud Humana de la Ciudad de Buenos Aires se ha realizado una extensa búsqueda de datos de fuentes locales, nacionales e internacionales, tanto oficiales como no oficiales (privados). Se llevó a cabo durante los meses de marzo, abril y mayo de 2014 (primera fase del proyecto), con una actualización de bases para los casos en que fue posible, durante los meses de julio y agosto.

Parte de la información se hallaba disponible en Excel mientras que otra parte lo estaba en PDF, Word o HTML, siendo necesaria en estos casos la inversión de una importante cantidad de tiempo para su manipulación y conversión a bases de datos en hojas de cálculo. Cuando la información ya se hallaba disponible directamente bajo este formato, se la reordenó y customizó a los fines de alinearla con la presentación del resto de los datos.

En términos generales, se ha recopilado toda información que pudiera ser expresada cuantitativamente, ya sea en cantidades, valores monetarios o porcentajes, cuando no algún indicador (como el de Desarrollo Humano). Estos datos corresponden tanto a nivel local como a nivel nacional.

Para el aporte del sector al Producto Bruto Geográfico (PBG) de la Ciudad, se han obtenido los datos a través de intercambios de correo electrónico con la Dirección General de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), comenzado por un primer contacto con el sector de Atención al Público. La información cuantitativa nos fue enviada en formato Excel con series de Valor Agregado (VA) y Valor Bruto de Producción (VBP), y en formato PDF nos fue entregado el apunte metodológico correspondiente, que revisamos en particular para cada sector bajo análisis en este proyecto.

### **2. Fuentes de información consultadas**

Pueden mencionarse por un lado las fuentes de carácter oficial por ser oficinas o dependencias ya sea del Gobierno Nacional o del GCBA, por otro las internacionales y por último, fuentes privadas o no oficiales. Entre las primeras, se encuentran el Ministerio de Salud del GCBA a través de su Departamento de Estadísticas, la Dirección General de Estadísticas y Censos del GCBA, la Dirección General de la Oficina de Gestión Pública y Presupuesto de Buenos Aires, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el Ministerio del Interior y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Los organismos internacionales consultados para algunos datos han sido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Mundial (BM o WB, en inglés), y cierta información de gasto de bolsillo se halló vía la Pontificia Universidad Católica de Chile. Entre las fuentes no oficiales se tiene la Sociedad Argentina de Investigación Clínica (datos de formación profesional), la Asociación Argentina de Economía Política, la Confederación Farmacéutica Argentina, y Ecolatina y Keymarket (a través de un trabajo para el Consejo Económico y Social de la Ciudad).



### 3. Clasificación de la actividad

En primer lugar, cabe aclarar que el Valor Agregado para la Ciudad (como el VBP) se presenta con apertura por ramas seleccionadas de la Clasificación Nacional de Actividad Económica (ClnAE), la cual toma la codificación según CIIU (Clasificación Industrial Internacional Uniforme, Naciones Unidas)<sup>13</sup> y agrega un quinto dígito clasificatorio, de aplicación nacional. No obstante, la información accesible por el público sólo se halla disponible con apertura a dos dígitos<sup>14</sup>.

Con base en Naciones Unidas y en la metodología de cálculo del PBG de la Ciudad de Buenos Aires, se podrían incluir en esta rama cierta variedad de actividades, a fin de cubrir todos los subsectores que contempla el proyecto en curso. Se enuncian también las principales dificultades en su imputación.

- El CIIU 85 (Servicios sociales y de salud) incluye a todos los establecimientos prestadores de Salud en el ámbito de la CABA (ya sean del Gobierno Nacional, del Gobierno de la Ciudad o privados), servicios de atención médica y odontológica (profesionales y consultorios externos), servicios de diagnóstico, tratamiento, emergencia y traslado, y otros servicios relacionados con la salud humana, con excepción de la apertura 852 que corresponde a Servicios veterinarios.
- Dentro de Intermediación financiera (CIIU J) están incluyéndose los Seguros de salud (prepagas y similares) y las Obras Sociales (entre ellas algunas Nacionales).
- El CIIU 24 corresponde a la Fabricación de sustancias y productos químicos, siendo solamente el 2423 (Fabricación de medicamentos de uso humano y productos farmacéuticos) el que debe tomarse.
- El CIIU 75 corresponde a Administración pública, defensa y seguridad social obligatoria, siendo solamente el 753 (Servicios de la seguridad social obligatoria) el que estaría incluyendo ciertos programas o planes específicos de salud, además de pensiones y seguro de desempleo<sup>15</sup>.
- El CIIU 80 corresponde a Enseñanza, tanto estatal como privada, siendo el 803 el correspondiente a enseñanza superior (terciaria y universitaria). Lamentablemente, no se puede desagregar por carrera o área de estudio.
- Por último, el CIIU 73 (Investigación y desarrollo) se conforma de toda actividad de investigación y desarrollo para innovación productiva por parte del sector privado y en el ámbito de CABA por el sector público nacional, pero no se explicita ninguna referencia adicional que permita una mayor comprensión de la conveniencia de incluirla en el sector.

---

<sup>13</sup> Apertura hasta cuatro dígitos.

<sup>14</sup> Y es la información con la que se cuenta para este estudio también.

<sup>15</sup> Por un lado, el CIIU 753 corresponde a toda transferencia para compensar la reducción o pérdida de ingresos, por eso incluye seguro de desempleo o pensiones. Por otra parte, cuando la cuota de afiliación a una prepaga o similar no es proporcional al riesgo asegurado la actividad se incluye en la CIIU 753.



## **PRÓLOGO**

El Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires, ha elaborado y aprobado informes de diagnósticos y propuestas sobre temas económicos y sociales, por ejemplo, informes acerca de la situación del mercado de trabajo, el perfil industrial y productivo de la ciudad, las perspectivas del comercio en la configuración barrial porteña, el déficit de vivienda con sus respectivas propuestas para solucionarlo, entre otros.

Los mismos han sido entregados de manera oficial a las autoridades del Poder Ejecutivo y del Legislativo de la Ciudad, cumpliendo con el carácter consultivo que le otorga el mandato constitucional al Consejo.

Para poder desarrollar esta tarea, es imprescindible que el Consejo cuente con estudios e investigaciones sobre sectores con potencialidades de crecimiento y desarrollo en la Ciudad, por lo cual se ha decidido profundizar la búsqueda de información e insumos válidos para sus trabajos.

En este marco, el Consejo solicitó a la Fundación Observatorio Pyme el informe que se presenta a continuación de análisis y diagnóstico de la situación actual y perspectivas futuras de Servicios Dinámicos de la CABA. En este caso se presenta el informe del Sector Salud de la Ciudad, visto este sector desde una mirada económica y el aporte que puede generar el sector al desarrollo de la Ciudad en el mediano y largo plazo.

Sergio Abrevaya

Presidente del Consejo Económico y Social de la CABA



# ÍNDICE

Prólogo de Sergio Abrevaya - Presidente del CEyS .....	9
Introducción .....	11
Situación y perspectivas del sector Salud .....	12
1. Introducción .....	12
2. El sistema de salud en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay .....	13
3. Principales datos del sector salud en la Ciudad de Buenos Aires .....	16
4. Ventajas y desventajas del sector .....	19
5. Comentarios finales .....	28
Anexo Metodológico: datos de fuentes externas .....	29
1. Métodos de búsqueda, selección y procesamiento de la información .....	29
2. Fuentes de información consultadas .....	29
3. Clasificación de la actividad .....	30
4. Descripción de las base de datos .....	31
Referencias bibliográficas .....	32

#### 4. Descripción de las bases de datos

Cada una de las bases construidas contiene una primera hoja donde se expone la tabla de contenidos del archivo, explicitando conceptos, período cubierto, fuente y cualquier observación adicional que se considere relevante para la comprensión de los datos.

En particular, se presentan la base General (con diversas variables para CABA, como ser indicadores de internación en hospitales, promedio de camas disponibles, personal, pacientes en consulta externa, vacunas aplicadas, entre otras), la base Cobertura con datos sobre población sin cobertura (estratificado por sexo, edad y NBI –Necesidades básicas insatisfechas-) y una base completa de Indicadores para la Ciudad, divididos en demográficos, socioeconómicos, sanitarios, mortalidad, salud materno infantil y centros de atención primaria. Por su parte, los datos incluidos en Gasto en Salud se refieren a gasto público y gasto de bolsillo, en algunos casos para Ciudad de Buenos Aires y en otros para Argentina, y la base de Industria Farmacéutica se compone de información para toda Argentina sobre facturación (en distintas desagregaciones) y caracterización del negocio para CABA. Por último, Formación expone datos referidos a comités de ética, trabajos de investigación en curso, etc.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bertani, F. (2014). *“Resumen de: Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada”* en base a Observatorio Mercosur de Sistema de Salud, Río de Janeiro-Agosto 2013. CEyS-CABA.

Consejo Económico y Social (2014): *“Turismo medico en la Ciudad de Buenos Aires”*. CEyS-CABA.

Gideion, U., Villar, M. y Ávila, A. (2010). *“Los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Seguro Privado”*. Fundación MAPFRE.

*“Propuesta de la Cámara de Instituciones de Diagnostico Medico -CADIME- para la complementación pública - privada en el Sistema de Salud de la C.A.B.A.”*. Julio 2010.

[www.cesba.gob.ar](http://www.cesba.gob.ar)

