

The logo for the Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP) is displayed in the top left corner. It consists of the letters 'A', 'A', and 'S' stacked vertically in a light blue color, followed by 'A', 'P', and 'A' stacked vertically in a darker blue color, and finally 'S', 'A', and 'P' stacked vertically in a bright blue color.

# “Una Salud”

La Revista de la Asociación  
Argentina de Salud Pública

Año 3 – Nº 7 Abril de 2025

## Lecciones del modelo Singapur ¿Es factible implementar cuentas de ahorro en salud en Argentina?

La perspectiva de género como competencia profesional del personal sanitario.  
Claves para Maximizar el Impacto de las Donaciones en Salud Pública  
Racismo, discriminación y menosprecio



## [ ] Publicación de la Asociación Argentina de Salud Pública

### Colaboran en este número:

Alejandra Sánchez Cabezas, Rosa Alicia Araoz, Daniel Esteban Manoukian, Sebastián Tobar, Rafael Gomes Franca, Paulo Marchiori Buss, Paula Aguglino, Mercedes de la Mata, Romina Huaracallo Chiri, Carolina Millione, Melisa Perez, Eduardo Hage Carmo

### Comité Editorial:

Claudio Bloch, Noemi Bordoni, Daniela Alvarez, Hugo Mercer, Javier Biasotti.

**Comunicación:** Sebastián Valerio

**Diseño Gráfico:** Juan Manuel Artero

### Contacto:

revista.aasap@gmail.com

### Para enviar artículos a la revista:

unasalud.revista@gmail.com

### Registro de la Propiedad Intelectual en trámite

Se prohíbe la reproducción total o parcial del contenido de esta revista sin autorización. Los artículos firmados no reflejan necesariamente la opinión de la dirección.

### Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Salud Pública

**Presidenta:** Dra. Alejandra Sánchez Cabezas

**Vicepresidente 1º:** Dr. Arnaldo Medina

**Vicepresidenta 2º:** Dra. Alejandra Barcala

**Secretario General:** Lic. Hugo Mercer

**Secretaria Académica:** Dra. Noemí Bordoni

**Secretario de Actas:** Lic. Rodrigo Sal Iturrería

**Tesorero:** Lic. Federico Machado

**Vocales Titulares:** Dra. Ana Pereiro; Dr. Ignacio Maglio; Dra. Marcela Bottinelli

**Vocales Suplentes:** Dr. Daniel Manoukian; Lic. Daniela Álvarez; Lic. Enrique Mansilla

**Órgano de Fiscalización:** Lic. Francisco Viola; Lic. Iara Mastrodonardo

# SUMARIO

## Editorial

pág. 3: La cooperación internacional en salud pública

## Políticas Sanitarias

pág. 7: De la beneficencia a la sustentabilidad. Claves para maximizar el impacto de las donaciones en salud pública.

## Territorios de la salud

pág. 16: Racismo, discriminación y menosprecio: Impactos en la salud y

respuestas formativas desde la salud colectiva y los cuidados del Buen Vivir y Bienestar.

pág. 25: ¿Es factible implementar cuentas de ahorro en salud en Argentina? Lecciones del modelo de Singapur.

pág. 40: La perspectiva de género como competencia profesional del personal sanitario.

# La cooperación internacional en salud pública

Llegamos al N° 7 de la Revista Una Salud, lo En estos días algunas revistas y diarios han publicado notas muy pertinentes y actuales para el campo de la Salud Pública. En la primera de ellas Marcos Cueto(1) analiza el retiro de los EEUU de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Explica que “la retirada unilateral de Estados Unidos de América (EEUU) de la OMS significa la suspensión de la transferencia de fondos a esta agencia por noventa días, la salida de los funcionarios estadounidenses asignados a la organización y el inusitado llamado a buscar socios estadounidenses e internacionales “creíbles y transparentes” para realizar las actividades previamente realizadas por la agencia de Naciones Unidas. Ninguna otra organización internacional tiene la capacidad ni los recursos—como una secretaría que centraliza y analiza la información epidemiológica mundial, así como funcionarios y personal de salud repartidos entre la sede de Ginebra, las seis oficinas regionales –como la OPS– y las muchas oficinas nacionales que permiten compartir rápidamente investigaciones e innovaciones sanitarias”.

Nuestro país, casi de inmediato emuló la decisión de EEUU anunciando el retiro de Argentina de la OMS. Justificando esa decisión en el papel desempeñado por la OMS durante la pandemia por COVID 19. Contrariando toda evidencia empírica, atribuyen a la OMS haber recomendado medidas como la cuarentena, uso de barbijo, lavado de manos o evitar las aglomeraciones como parte de intervenciones de Salud Pública no-farmacológicas en un momento en el cual ningún país disponía de respuestas adecuadas, las cuales solo se fueron generando como producto de la cooperación internacional y el papel de la comunidad científica. En ese contexto, la OMS y sus oficinas regionales facilitaron el acceso a información, recursos y formas de atención cuando la incertidumbre prevalecía.

La incertidumbre ofreció condiciones

**Hugo Mercer**  
AASAP  
Secretario General

propicias para que voces, sin ningún sustento epidemiológico o científico en general, propusieran soluciones que, criticaban las medidas impulsadas por los Estados y los organismos internacionales en tanto limitaciones a la libertad individual y los intereses de las empresas. Hoy, esas voces que recomendaban ingerir hidrocloroquina y desechaban el uso de barbijos o medidas de cuarentena, son gobierno en varios países del mundo. Vivimos entonces un retroceso en cuanto al uso que los Estados hacen del mejor conocimiento disponible en materia de Salud Pública y políticas que en lugar de aprovechar avances científicos promueven la segregación y el acceso diferencial e inequitativo a los servicios de salud.

El desconocimiento y la reiteración de frases hechas tapan las evidencias presentadas en la literatura científica. El artículo aparecido en The Lancet, donde se demuestra que Argentina alcanzó un desempeño meritorio en lograr tasas de mortalidad excedente por Covid 19 durante el lapso de la pandemia(2) es soslayado a pesar de la solidez de datos que contiene.

Da la impresión que emulando las medidas que adopta EEUU en materia de Salud Pública, nuestro país realiza un benchmarking inverso. Expliquemos en que consiste el benchmarking, de uso frecuente en las empresas y en organizaciones, incluidas las de salud, cuando pretenden impulsar mejoras de calidad, producción e innovación. En español, benchmarking se traduce como evaluación comparativa o punto de referencia, implica tomar un país o una empresa y entender cómo hace bien determinado producto o atención. La evaluación comparativa ha sido y es una práctica frecuente en Salud Pública. Nuestras primeras instituciones de



higiene y Salud Pública se establecieron a partir de evaluar comparativamente lo que se hacía en Francia, Alemania, Inglaterra e incluso EEUU. Nuestro país fue el primero en establecer un Departamento Nacional de Higiene, ya en 1918, fue también el primero en transformarlo en Ministerio de Salud, en 1946, decisiones que luego fueron adoptadas por la gran mayoría de los países de América latina. Las organizaciones internacionales que precedieron a la OMS y luego la propia OMS han sido el ámbito en el cual los países intercambian experiencias y van adoptando los mejores criterios y medidas para reducir la incertidumbre y enfrentar las amenazas de enfermedades muchas veces desconocidas.

Persistir en conductas acríicas de emulación, en lugar de sostener la evaluación comparada implica un retroceso en materia de Salud Pública e imponer el aislamiento en un campo donde tiene que prevalecer la cooperación.

Marcos Cueto, cierra el editorial citado apuntando que: "No sería la primera vez que una organización de salud internacional opera sin la participación de los EEUU. Entre 1919 y 1939, la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones funcionó sin la adhesión norteamericana, a pesar del respaldo del presidente Woodrow Wilson, quien no logró convencer al Congreso de sumarse. En aquella organización, países latinoamericanos como el Perú y Brasil tuvieron un rol destacado. Además de la implementación de valiosos programas sanitarios, este organismo se convirtió en

un espacio fundamental de reflexión sobre la medicina social. De hecho, de sus debates surgió la célebre formulación del preámbulo de la Constitución de la OMS: la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico, social y mental. Un ideal que ni la torpeza ni el negacionismo de un gobierno podrá borrar."

Desde la AASAP estamos propiciando el análisis y la reflexión sobre las eventuales consecuencias del aislamiento internacional. Recientemente organizamos un webinar sobre este tema y deseamos impulsarlo dentro de nuestra Revista Una Salud, los Consejos y también en el marco de nuestro próximo II Congreso Internacional de la AASAP.

### Referencias

- 1) Cueto M. Crisis e incertidumbre en la Salud Global. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2025;42(1). doi: 10.17843/rp-mesp.2025.421.14784
- 2) Schumacher, A. E., Kyu, H. H., Aali, A., Abbafati, C., Abbas, J., Abbasgholizadeh, R., Amzat, J. (2024). Global age-sex-specific mortality, life expectancy, and population estimates in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1950–2021, and the impact of the COVID-19 pandemic: A comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 403(10440), 1989–2056. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00550-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00550-X)



**Si te perdiste los  
Webinarios  
ahora podés  
volver a verlos en  
You Tube**



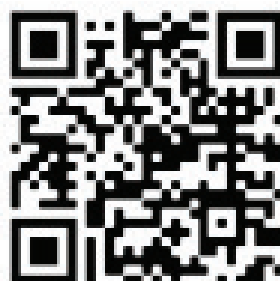
## CÓMO Y PARA QUÉ SUMARSE A LA AASAP

Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario completar el formulario de suscripción que se encuentra en <https://www.aasap.org.ar/index.php/rrhh>, y abonar la cuota una vez que haya sido admitido. El interesado debe ser mayor de 21 años de edad y estar identificado con nuestros objetivos.

El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de inscripción, la Comisión Directiva -tal como determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su decisión en este último caso.

### Los beneficios que brindamos

- Publicar artículos de opinión u otros trabajos científicos, en espacios que disponga la AASAP (sitio web u otros).
- Recibir noticias sobre eventos nacionales o internacionales que la AASAP considere que pueden resultar de interés individual o institucional de sus miembros.
- Recibir información actualizada sobre los principales contenidos de la agenda sanitaria nacional e internacional, así como sobre sus principales debates, estrategias y acuerdos para solucionar los problemas nacionales o globales que afectan la salud y el bienestar de las personas.
- Disponer de un espacio de interacción profesional con otros colegas que han tenido y mantienen un compromiso por el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública argentina.
- Participar de los distintos Consejos con que cuenta la AASAP para abordar las temáticas que atañen a la salud pública argentina.
- Recibir el auspicio o apoyo de la AASAP para actividades científicas que sean organizadas y conducidas por sus miembros o instituciones de pertenencia, en el marco de los objetivos, valores y principios de trabajo de la AASAP, tal como establecen sus estatutos.
- Organizar subredes asociativas territoriales (provinciales o municipales) de trabajo en el campo de la salud pública.



[www.aasap.org.ar](http://www.aasap.org.ar)

Surcos Asociación Civil Buenos Aires, Argentina

# De la Beneficencia a la Sustentabilidad Claves para maximizar el impacto de las Donaciones en Salud Pública

Alejandra Sánchez Cabezas - Leticia Williams – Guadalupe Rivero

## RESUMEN

En el ámbito de la salud, muchas instituciones que realizan contribuciones como donantes no alinean sus acciones con estándares internacionales ni con intervenciones basadas en evidencia. Este artículo presenta el caso de una institución donante que, gracias a la asistencia técnica de Surcos Asociación Civil (en adelante, Surcos), logró transformar su programa de sustentabilidad en salud, alineando su lógica filantrópica con la de la salud pública y orientando su plan de sustentabilidad hacia estándares internacionales. Materiales y métodos: Se propuso reconvertir el plan de inversión de la institución para maximizar su impacto e incorporar instrumentos de gestión. Para ello, se articuló el vínculo entre las unidades receptoras y el donante, buscando alinear objetivos e intereses. Desde que esta articulación se puso en marcha, entre el 2019 y el 2024 se beneficiaron 93 centros de salud, 80 hospitales de 125 municipios de las 24 provincias del país. Resultados: La asistencia técnica de Surcos permitió priorizar inversiones a servicios de atención primaria que trabajan con poblaciones con altos niveles de NBI, logrando que las inversiones con criterio sociosanitario pasaran desde el 21% histórico a más del 80%. Asimismo, se homogeneizaron las inversiones y se elevaron los niveles de transparencia del 54% al 100% en 2024. Conclusiones: Este caso demuestra que la articulación entre un donante, una OSC y el Estado puede ser un dispositivo poderoso para incrementar el impacto de las donaciones privadas en la salud pública. La capacidad de articular lógicas diversas, unificar lenguajes, traducir criterios, definir prioridades y construir instrumentos de seguimiento e indicadores de impacto generó una mejora sustancial en la calidad de las donaciones y el reporte de los resultados.

**PALABRAS CLAVE:** Sostenibilidad en Salud. Atención Primaria de Salud. Inversión

en Salud Pública. Cooperación Público-Privada

## Declaración de conflicto de interés

Surcos Asociación Civil celebró un contrato de asesoría técnica con la institución donante para evaluar y optimizar sus inversiones en salud.

## Introducción

En los últimos años, América Latina ha enfrentado un deterioro significativo de sus condiciones políticas y sociales, primero como resultado de la pandemia COVID-19 y, luego, debido al contexto bélico y las crisis económicas internacionales, este deterioro se ha visto acelerado. El Fondo Monetario Internacional(1) estimó que, debido a la pandemia, el PBI de EE. UU. cayó más del 6%, en los países europeos más del 7% y en América Latina más del 5%. La OIT(2), por su parte, calculó que en ese período la región perdió más de 300 millones de puestos de trabajo formales. La CEPAL(3), finalmente, estimó que, entre 2019 y 2020, más de 230 millones de personas en la región vivían en situación de pobreza y 96 millones en pobreza extrema.

Este complejo escenario económico se desplegó en un contexto de desarticulación social, aumento de las desigualdades, incremento de la violencia, inseguridad alimentaria y ampliación de las brechas educativas y tecnológicas.

En Argentina, este panorama tuvo un impacto directo en el campo de la salud. Mientras la pobreza incrementa los niveles de morbimortalidad, el aumento del desempleo reduce la recaudación impositiva y disminuye la cantidad de personas con cobertura médica explícita. Esta combinación provoca una sobrecarga en los sistemas públicos de salud, que deben absorber una demanda creciente con menos recursos.

Por otro lado, desde el sector filantrópico, la mayoría de las inversiones de las







estrategias de inversión social privada se destinan a educación(4), ocupando la salud el 4to lugar por orden de frecuencia(5). En estas situaciones, es cada vez más evidente la necesidad de adecuar los planes de responsabilidad social de estos grandes donantes para superar modelos de beneficencia y adoptar enfoques sanitarios. Esto significaría:

- Priorizar la Atención Primaria de la Salud (APS).
- Diseñar indicadores para definir el destino de las donaciones.
- Implementar estrategias de articulación con distintos niveles de gestión estatal.
- Incorporar instrumentos para medir el impacto.

Aunque hace tiempo se postula la necesidad de generar conocimiento sobre este tipo de articulaciones, aún faltan estudios de casos que integren enfoques sociosanitarios con los intereses de las fundaciones y/o empresas donantes.

En este marco, presentamos el caso de una institución donante en Argentina que, a partir de una asistencia técnica, pudo implementar una transformación profunda de su programa de donación. Con la expectativa de que esta experiencia puede constituirse en un modelo de referencia para otros donantes que deseen transformar sus inversiones sociales en salud, medir su impacto y generar valor agregado sin perder de vista las sinergias comerciales que requieren para garantizar su sustentabilidad.

### Material y método

En esta experiencia de articulación exitosa intervinieron tres actores principales:

- Surcos Asociación Civil: Representando a las organizaciones de la sociedad civil.
- Institución donante: Representando a las empresas con planes de sustentabilidad.
- Municipios beneficiarios: Representando al sistema público de salud.

Surcos(6) es una organización de la sociedad civil sin fines de lucro que, desde

1999, implementa programas orientados a mejorar las condiciones de vida de personas en situación de vulnerabilidad. Su misión es contribuir a reducir inequidades en salud mediante un trabajo articulado entre comunidades, actores locales y el Estado. Entre sus objetivos principales destacan:

- Promover el protagonismo de las comunidades en temas de salud.
- Generar y/o fortalecer redes que resuelvan problemas que impacten en la supervivencia y calidad de vida de las comunidades más vulneradas.

En 25 años de trabajo, Surcos ha implementado programas en 97 localidades de 16 provincias de Argentina y ha recibido numerosos premios y reconocimientos.

La Institución donante es una entidad que, desde su enfoque de sustentabilidad, busca ser una fuerza de cambio positivo para el desarrollo de la sociedad. Su gestión de sustentabilidad se basa en tres pilares:

1. Promover una manera de hacer negocios que contemple el entorno.
2. Desarrollar acciones que agreguen valor a sus grupos de interés.
3. Acompañar el negocio, fortaleciendo una experiencia diferenciadora del cliente.

En el ámbito de la salud, su principal iniciativa es un Programa que tiene como objetivo mejorar la calidad de atención y promover la labor médica mediante inversiones en aparatología, recursos hospitalarios e infraestructura. Este programa, que funciona de manera ininterrumpida desde 2009, realiza una donación anual para insumos no fungibles.

Los municipios, finalmente, son las unidades receptoras priorizadas por la Institución donante. Éstos desempeñan un papel estratégico en la salud pública, especialmente en la implementación de estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS). En este sentido, desde 1980, Argentina está transitando un proceso de descentralización de los servicios de salud que ha trasladado mayores responsabilidades a los gobiernos locales. De acuerdo a esta tendencia actualmente el 32% del gasto del sector público de salud

corresponde a la Nación, el 62,6% a las provincias y el 16,9% a los municipios(7). Este último dato adquiere una relevancia significativa, ya que los municipios, al ser el nivel de gobierno más cercano a la población, no solo gestionan el primer nivel de atención, sino que también articulan respuestas sanitarias adaptadas a las necesidades locales, garantizando mayor equidad y accesibilidad.

Como mencionamos, esta asistencia técnica surgió de una primera consultoría en la cual un análisis histórico inicial reveló dificultades para evaluar el impacto de las donaciones debido a problemas en el diseño del plan. Los desafíos relevados del análisis de los primeros 10 años del Programa incluyeron:

- Cobertura territorial insuficiente: El 57% de los insumos se concentraron en solo 4 de las 24 provincias del país (17%).
- Baja representación de grupos vulnerados: La mayoría de las inversiones no priorizaban poblaciones con mayores niveles de NBI.
- Escasa presencia de APS: Solo el 18% de los insumos estaban destinados a fortalecer servicios de atención primaria.
- Falta de sistematicidad en las inversiones: La dispersión en la selección de insumos dificultaba el análisis del impacto y la mejora de la calidad de las donaciones.

En resumen, el análisis de los primeros diez años mostró que las inversiones, al seguir un esquema de beneficencia orientado a la demanda, tuvieron un impacto limitado, incluso cuando implicaban altos costos monetarios. Este modelo, al no estar basado en un enfoque sanitario, imposibilitaba la medición del impacto y la optimización de los recursos. Esta conclusión dio lugar a la propuesta de reconvertir el Programa para poder medir e incrementar su impacto, así como para incorporar una lógica sociosanitaria tanto en la selección y el seguimiento de las unidades receptoras(8), como en la definición del destino de las donaciones. A partir de ello, Surcos y la Institución donante acordaron redefinir el modelo de inversión e implementar

un sistema de monitoreo y evaluación que permitiera evaluar el impacto de las donaciones.

El plan de reconversión del modelo de intervención se estructuró sobre las siguientes premisas:

- **Diferenciar entre gasto e inversión social:** Diferenciar entre gasto e inversión social es fundamental para optimizar el impacto de las intervenciones en salud y potenciar el valor agregado tanto para las instituciones donantes como para las receptoras. Mientras que en el gasto social la asignación de recursos suele considerarse como fondos perdidos, la inversión social adopta una perspectiva más estratégica e integral. Este enfoque no solo atiende necesidades inmediatas, sino que también promueve el desarrollo económico y social desde una lógica de sustentabilidad, asegurando que los recursos invertidos generen efectos duraderos y medibles. Para la institución donante, adoptar una lógica de inversión social permite maximizar el retorno social de sus aportes al alinear sus objetivos de responsabilidad social empresarial (RSE) con intervenciones basadas en evidencia y orientadas a resultados. Esto no solo fortalece su reputación y legitimidad, sino que también incrementa la eficiencia y la trazabilidad de sus inversiones. Para las instituciones receptoras, en tanto, esta lógica implica la posibilidad de acceder a recursos que no solo alivian demandas inmediatas, sino que también contribuyen a fortalecer capacidades locales, generar cambios estructurales y mejorar la calidad de vida de las poblaciones destinatarias. Al adoptar esta perspectiva, se construyen relaciones más equitativas y sostenibles, donde el impacto trasciende el asistencialismo y se consolida como un proceso transformador para ambas partes.

- **Considerar las principales recomendaciones de la OMS(9) y los ODS(10):** La decisión de incorporar las principales recomendaciones de la OMS y los ODS responde a la necesidad de alinear las intervenciones en salud pública con estándares internacionales. La adopción de estos lineamientos facilita una planificación más eficiente del uso de los recursos y promueve la creación de

sistemas de registro y análisis de datos que armonicen información clave para evaluar resultados e impactar positivamente en la toma de decisiones. Esta alineación garantiza mayor coherencia y efectividad en las intervenciones, y también mejora la capacidad del programa para generar impacto social y sanitario a largo plazo. En este sentido se priorizó:

- Diseñar estrategias para mejorar la atención de la salud, con un enfoque centrado en APS.
- Priorizar intervenciones dirigidas a grupos socialmente vulnerados.
- Fortalecer articulaciones entre el Estado, la sociedad civil y el sector privado.
- Planificar la eficiencia en el uso de los recursos.
- Registrar y analizar datos para la promoción, planificación y armonización de información sobre resultados y procesos.

**Para implementar este plan, se propuso que Surcos y la Gerencia de Sustentabilidad de la Institución donante trabajaran de manera conjunta en dos dimensiones clave:**

- A. Incrementar las capacidades técnicas: Se propuso iniciar un proceso de formación para fortalecer las capacidades de los equipos de la Institución donante y de las unidades receptoras, orientado a construir una racionalidad sanitaria que guíe las inversiones.
- B. Diseñar criterios e indicadores: Se propuso desarrollar y seleccionar criterios, indicadores y herramientas para la selección y el seguimiento de las inversiones, asegurando un enfoque basado en evidencia y orientado al impacto.

## Resultados

### Nuevo Plan de Inversión

Acorde a las premisas directrices, el nuevo plan de inversión en salud priorizó:

- Servicios de Atención

Primaria de la Salud.

- Poblaciones con mayores niveles de vulnerabilidad social.
- Una mayor representación federal.

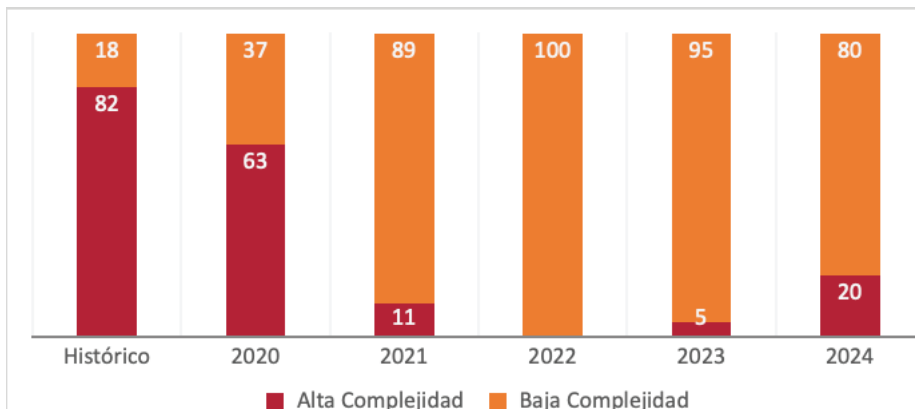
Para medir, monitorear y reportar los resultados, se seleccionó y construyó un conjunto de indicadores que evaluaron:

- Cobertura y población beneficiada.
- Momento de recepción de la donación y vida útil del material recibido.
- Porcentaje de población con NBI y cobertura pública exclusiva.
- Distribución territorial de las inversiones.
- Evaluación de capacidades de las unidades receptoras: para ello se creó el **Índice de Capacidades Asociativas (ICA)**, que evaluó tres dimensiones:
  - Capacidad para aportar información demográfica y sanitaria del contexto.
  - Transparencia en la rendición de cuentas.
  - Ajuste al plan de inversión.

Surcos facilitó la articulación tanto con las unidades receptoras como con la Institución donante, permitiendo consensuar intereses entre ambos actores y vincularlos a las recomendaciones internacionales, objetivando decisiones a través del conjunto de indicadores seleccionados. A lo largo de los años, el análisis de estos indicadores aportó la información necesaria para la adecuación del Programa y la mejora continua de la calidad de las intervenciones. Si bien el primer año sólo el 18% de las inversiones se ajustó al plan de inversión, a partir de su implementación, se logró que este porcentaje se incrementara y mantuviera de manera que más del 80% de las donaciones estuvieran alineadas con los objetivos del Programa en los años posteriores a la reconversión (Tabla 1).



**Tabla 1 - Proporción según tipo de inversión, evolución**

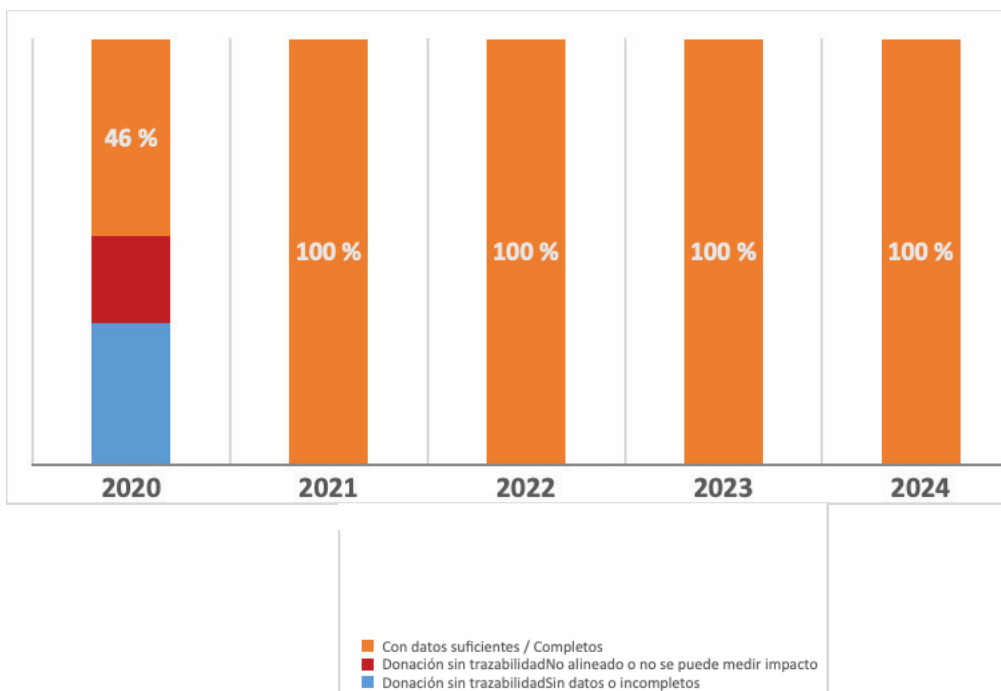


SE OBSERVA EN EL ANÁLISIS HISTÓRICO UNA PROPORCIÓN DE 18% DE INVERSIONES EN BAJA COMPLEJIDAD VERSUS 82% EN ALTA COMPLEJIDAD. EN 2020 LA PROPORCIÓN SE MANTUVO EN 37%-63%, LOGRANDO INVERTIRLA EN 2021 CON 89% EN BAJA COMPLEJIDAD Y 99% EN 2022, 95% EN 2023 Y 80% EN 2024

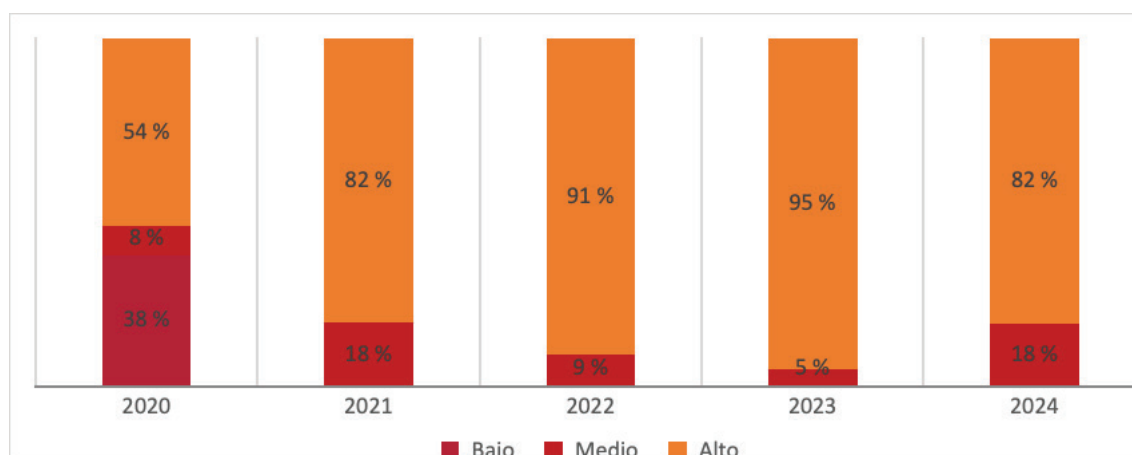
Por otro lado, en relación con la transparencia del destino e impacto de las inversiones, durante el 2020 sólo el 54% de las unidades receptoras completó la rendición de cuentas y un 8% lo hizo parcialmente, pero no se pudo recuperar información de un 38% de las mismas. Sin embargo, a través de la articulación establecida entre actores y la toma de decisiones basada en indicadores,

se logró una creciente homogeneidad en las inversiones y un mejor vínculo con las unidades receptoras. Como resultado, se pudo recuperar información del 100% de las unidades receptoras (Tabla 2), el 91% rindió sus cuentas de manera adecuada. Todo ello se tradujo en una mejora del ICA de las unidades beneficiarias a lo largo del proceso (Tabla 3).

**Tabla 2- Evolución de las unidades receptoras según índice de Trazabilidad de la Donación**



**Tabla 3 - Unidades Receptoras según ICA por año**



### Discusión

Para Giddens(10), la estructura social es simultáneamente condición y resultado de las acciones de quienes ocupan un campo, las cuales son motivadas por las lógicas que ordenan sus visiones. Los actores, aunque son conscientes de algunas de las condiciones que limitan y posibilitan su accionar, operan dentro de márgenes de acción desiguales(11). La articulación entre actores no está exenta de tensiones, ya que una de las principales barreras en los planes de responsabilidad social y sustentabilidad radica precisamente en la dificultad para articular las distintas lógicas que intervienen en el proceso, las cuales no siempre son conscientes. Estas lógicas, entendidas como marcos cognitivos que estructuran razonamientos, argumentaciones y estrategias son, con ya dijimos las que orientan las acciones de los distintos actores de un campo. No son atributos individuales ni siempre conscientes o voluntarios, sino que emergen del contexto, reflejando estructuras cognitivas colectivas que condicionan las prácticas de los actores involucrados. Objetivar estas lógicas permiten comprender los objetivos, intereses, estrategias y recursos de poder desplegados, diferenciando a los actores entre sí (12,13). Así, el éxito del proceso de articulación no solo depende de la voluntad de los actores, sino también de su capacidad para reconocer, traducir y negociar estas lógicas diversas, creando un espacio de consenso que favorezca la construcción

de soluciones sostenibles y con impacto duradero.

En este caso, se identificaron tres lógicas predominantes:

- **Lógica técnica sanitaria:** Basada en un enfoque sociosanitario, orientada a mejorar los niveles de salud de la población en su conjunto.
- **Lógica economicista/comercial:** Centrada en el aspecto comercial de los vínculos, orientada a maximizar el beneficio económico o fortalecer la reputación institucional.
- **Lógica de beneficencia/asistencial:** Dominada por el modelo biomédico, enfocada en resolver demandas específicas de usuarios individuales, sin necesariamente considerar un enfoque integral o de largo plazo.

En este contexto, la articulación entre actores con diferentes competencias e intereses, si bien prolongó los tiempos del proceso, amplió los márgenes de acción de cada uno, garantizó sustentabilidad y mejoró el impacto de las acciones. Durante los primeros años del Programa, estas lógicas se encarnaron en distintos actores:

- Surcos y, en algunos casos, las unidades receptoras representaron la lógica técnica sanitaria, orientada a mejorar el impacto sociosanitario.
- Los gerentes comerciales de las sucursales de la institución donante y sus directivos encarnaron la lógica

economicista/comercial, al gestionar las demandas de donaciones y priorizar la sostenibilidad institucional.

- Algunos de los directivos de los servicios de salud candidatos, junto con los gerentes comerciales de las sucursales donantes, expresaron un predominio de la lógica asistencial, enfocada en satisfacer demandas inmediatas y con dificultad en priorizar un enfoque sanitario estratégico.

### **Clave del éxito: articular lógicas y construir consenso**

El modelo de trabajo que presentamos incorporó una transformación estructural en el modelo de donación al incluir:

- Una estrategia de articulación de las distintas lógicas intervinientes, unificando lenguajes, traduciendo criterios y generando consensos entre actores con intereses y enfoques diversos.

- El diseño de herramientas e indicadores para monitorear y evaluar las inversiones.

- Un relevamiento de información riguroso para objetivar la realidad y guiar las decisiones.

Proceso que fue posible gracias a la decisión estratégica de la Institución donante de asignar recursos económicos y profesionales, permitiendo estas transformaciones.

Luego de seis ciclos de implementación de esta asistencia técnica, los resultados muestran que, a pesar del contexto de crecientes restricciones estructurales, la nueva estrategia permitió:

- Sustener en el tiempo un plan de inversión social consensado y medible.

- Orientar las donaciones de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales que priorizan la APS.

- Construir herramientas de medición de proceso que permiten adecuar las donaciones al contexto social y sanitario.

- Construir herramientas de

medición de resultados que objetivan el impacto de lo invertido.

- Incrementar el compromiso bilateral entre el donante y las unidades receptoras.

- Garantizar tanto la trazabilidad de las donaciones como la transparencia de las unidades receptoras.

### **Conclusiones**

Esta experiencia de articulación entre una empresa donante, una organización de la sociedad civil (OSC) y gobiernos municipales y provinciales permitió generar un modelo innovador de inversión social en salud pública, donde las principales beneficiarias son las poblaciones vulneradas. Este modelo, basado en la alineación estratégica de intereses y en el uso de información precisa para la toma de decisiones, no solo mejoró la calidad de las donaciones, sino que también incrementó la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

Este modelo pudo trascender el ámbito de las donaciones tradicionales, transformándose en una estrategia de inversión social que podría escalarse para fortalecer sistemas de salud en otros territorios. Su capacidad para construir consensos entre actores al articular intereses y lógicas diversos (sanitaria, comercial y de beneficencia) permite traducirlo en un modelo sustentable. La incorporación de criterios basados en evidencia, la priorización de la Atención Primaria de la Salud (APS) y la creación de herramientas de monitoreo y evaluación alineadas a estándares internacionales, convierte a esta experiencia en un referente valioso para quienes buscan articular esfuerzos públicos y privados en beneficio de la salud colectiva, garantizando transparencia y trazabilidad, y un mayor impacto de los recursos.

La experiencia de Surcos y el Institución donante demuestra cómo la inversión social puede transformarse en una herramienta poderosa para mejorar la salud pública, garantizando que los recursos lleguen de manera más efectiva a quienes más los necesitan.





### Referencias bibliográficas

1) Fondo Monetario Internacional. (2020, Abril). World Economic Outlook, Growth Projections. <https://www.imf.org/~media/Images/IMF/Publications/WEO/2020/April/Arrows.ashx?la=en>

2) Observatorio de la Organización Mundial del Trabajo. [https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS\\_741222/lang--es/index.htm](https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_741222/lang--es/index.htm)

3) América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 Efectos económicos y sociales [Internet]. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf)

4) Utrera, L; García Moritán, et. Al. Cuando, dónde y en qué. Disponible en: [https://www.gdfe.org.ar/wp-content/uploads/2022/03/Cu%C3%A1nto-d%C3%B3nde-y-en-qu%C3%A9\\_Estudio-ISP-GDFE.pdf](https://www.gdfe.org.ar/wp-content/uploads/2022/03/Cu%C3%A1nto-d%C3%B3nde-y-en-qu%C3%A9_Estudio-ISP-GDFE.pdf)

5) El estudio citado coincide con otros en este sentido. En este caso, un relevamiento realizado a 49 de las instituciones donantes más relevantes, mostró que, del total de las donaciones el 25% se orientaban a educación, 15% a inclusión laboral y desarrollo social -respectivamente-, y 11% a salud. El porcentaje restante se dividía entre ambiente, cultura, microfinanzas, deportes y otros.

6) <https://surcos.org/web/>

7) Maceira, D. (2020). Caracterización del

Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas Nº 14. mayo de 2020 - septiembre de 2020. ISSN 2310-550X, pp. 155-179.

8) Denominamos unidades receptoras a la institución que recibe la donación, que puede ser un municipio, un hospital o una Secretaría Municipal, entre otras.

9) OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-04-2021-who-urges-countries-to-build-a-fairer-healthier-world-post-covid-19>

10) Organización de Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

11) Giddens, A. (2003) La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración. Buenos Aires: Amorrortu.

12) Sánchez Cabezas, A. Remediar lo político, politizar los medicamentos Diseño y formulación del Plan Remediar Argentina 2002. Disponible en: <https://racimo.usal.edu.ar/7120/1/Remediar%20lo%20poli%CC%81tico%2C%20politizar%20los%20medicamentos.pdf>

13) Mansilla, G. (2017). La tensión entre política y técnica y sus implicancias sobre las capacidades institucionales. Los proyectos de fortalecimiento institucional en organismos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996-2007). Tesis de doctorado en Ciencia Política, Universidad Nacional de San Martín

# Racismo, discriminación y menosprecio: Impactos en la salud y respuestas formativas desde la salud colectiva y los cuidados del Buen Vivir y Bienestar

**Silvia Cárcamo** - Instituto de Investigación en Educación Superior (IIES) ADUBA-UBA.

**Gloria Mancinelli** - CONICET-UNTREF; Programa Pos doctoral de la UNTREF; Fmed-UBA.

## INTRODUCCIÓN

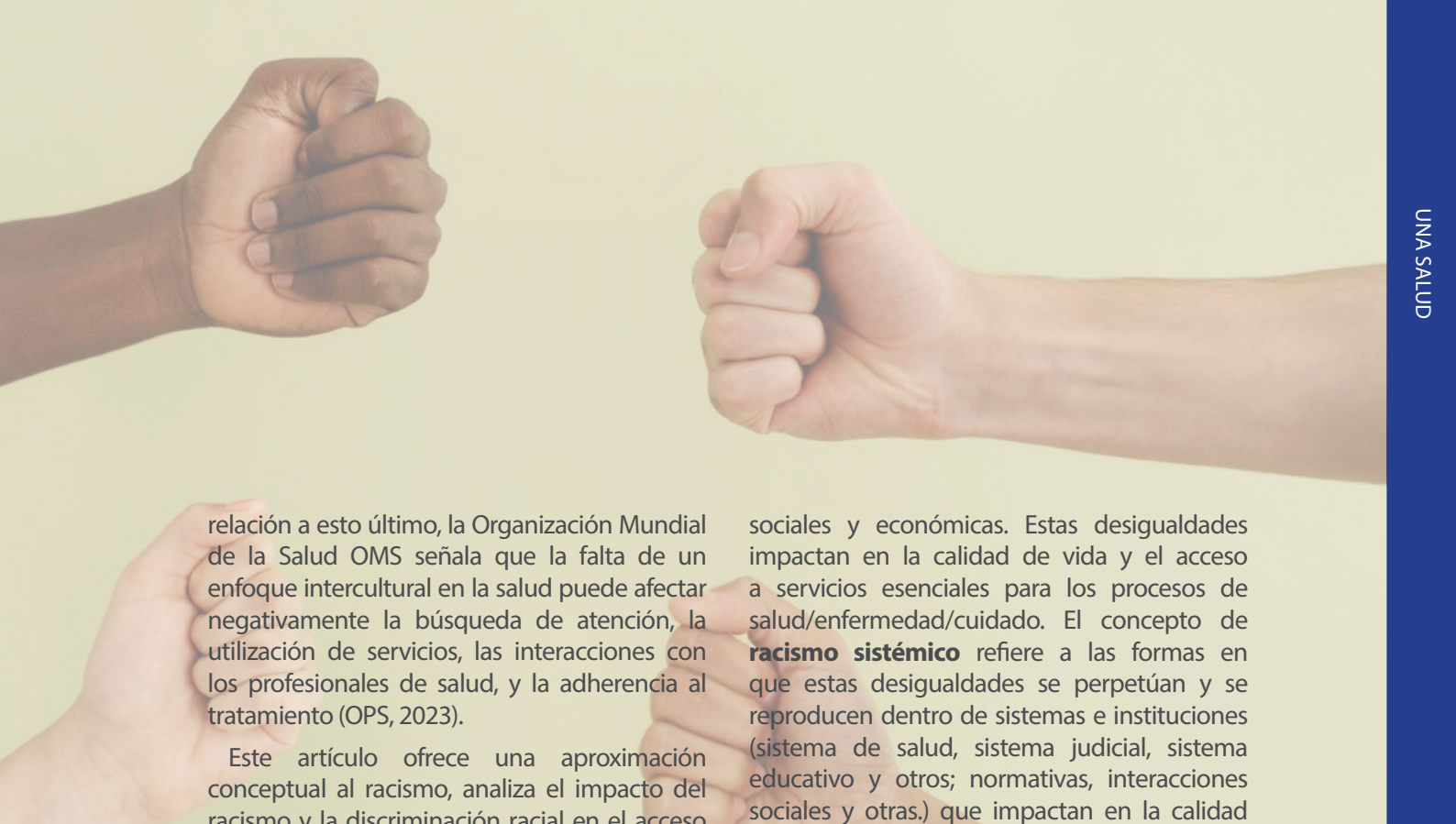
El racismo y la discriminación racial son determinantes sociales fundamentales de la salud, con un impacto profundo en la calidad de vida de quienes los padecen y de la sociedad en su conjunto. Diversos estudios evidencian que las personas, pueblos y grupos sociales que sufren racismo y perciben discriminación racial presentan peores indicadores de salud psicofísica, mayores problemas de salud mental como depresión y ansiedad, mayor tasa de suicidios, mayor presión arterial, niveles elevados de hormonas inflamatorias y del estrés, así como una mayor mortalidad (Ocampo Ramírez, 2021; Williams et. al, 2019; Paradies et. al, 2015; OMS, 2022). Vivir con discriminación cotidiana se asocia con bajo peso al nacer, deterioro cognitivo, problemas de sueño y mayores niveles de grasa corporal.

Además, los grupos sociales que padecen racismo y discriminación racial presentan indicadores educativos más bajos, en especial cuando referimos al nivel de enseñanza superior, en las estructuras laborales ocupan los puestos de menor jerarquía; así como también tiene un menor acceso a servicios de salud. Es importante tener presente que la falta de oportunidades educativas y laborales no solo limita el desarrollo académico y profesional, sino que también afecta la salud, ya que se asocia con mayores tasas de suicidio y adicciones y cuadros de ansiedad en jóvenes y adultos/os (OPS, 2023). De este modo, el racismo y la discriminación racial refuerzan un ciclo de desigualdad que atraviesa tanto las trayectorias formativas y laborales como la salud integral de las personas afectadas.

En América Latina, los pueblos indígenas, afrodescendientes y diversas poblaciones migrantes, como las provenientes de Paraguay, Bolivia y Senegal en el caso de Argentina (1), se encuentran entre los grupos más afectados por

el racismo. Para las personas que integran estas poblaciones, las situaciones de racismo y de discriminación racial no se reducen a incidentes aislados, si no que constituyen una carga constante y sistemática sobre personas y grupos históricamente desfavorecidos, en muchos casos también afectados por la desigualdad económica históricamente acumuladas. Su impacto no es circunstancial, sino que responde a un entramado de exclusión y violencia estructural, profundamente enraizado en la historia de América Latina. Desde la conquista y colonización hasta la instauración del Estado colonial, y su continuidad en la conformación de los Estados nacionales modernos y la expansión del capitalismo, estas formas de opresión se han mantenido y adaptado, perpetuando inequidades hasta la actualidad. **Estas estructuras, lejos de ser meramente persistentes, son estructurales,** ya que siguen cumpliendo una función clave dentro del sistema de opresión, contribuyendo a la racialización de grupos como los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los migrantes. Estas poblaciones han sido históricamente excluidas y despojadas de sus territorios, sistemas de conocimiento, prácticas económicas y espirituales, además de estar sometidas a mecanismos que condicionan su acceso a la educación, el trabajo formal, la vivienda y los servicios de salud, consolidando desigualdades sociales, económicas y culturales acumuladas a lo largo del tiempo.

Podemos referirnos a situaciones de racismo con las que conviven personas de comunidades, colectivos y organizaciones indígenas y afrodescendientes o migrantes en nuestro país **por sus colores de piel, sus identidades étnicas, el uso de sus idiomas y sus sistemas de conocimientos y valores,** problemas que afectan significativamente su calidad de vida y sus posibilidades de desarrollo. Con



relación a esto último, la Organización Mundial de la Salud OMS señala que la falta de un enfoque intercultural en la salud puede afectar negativamente la búsqueda de atención, la utilización de servicios, las interacciones con los profesionales de salud, y la adherencia al tratamiento (OPS, 2023).

Este artículo ofrece una aproximación conceptual al racismo, analiza el impacto del racismo y la discriminación racial en el acceso a los sistemas de salud, y destaca la relevancia de abordarlo desde la perspectiva de la salud colectiva y los cuidados del buen vivir y bienestar en la formación superior en salud. Además, reflexiona sobre la contribución de las ciencias humanas y sociales en el ámbito de la salud.

### **Racismo y salud: impactos y desigualdades estructurales**

El racismo **es una ideología y un régimen de poder** que sostiene que los seres humanos seríamos clasificables en razas, algunas de las cuales serían superiores a otras que consideran moral e intelectualmente inferiores. El racismo da legitimidad y continuidad a relaciones que inferiorizan, subordinan y posibilitan discriminaciones o exterminios (Menéndez, 2018).

Para poder erradicarlo, es necesario: I) Reconocer el racismo como una ideología y un régimen de poder que jerarquiza y clasifica personas y grupos sociales en razas, algunas supuestamente superiores a otras; II) Tener presente que, la discriminación racial, es una de las formas de discriminación. Sin bien es la cara más visible del racismo, no es la única forma en la que se expresa el racismo; III) También es necesario diferenciar entre formas de racismo estructural y formas de racismo sistémico.

El concepto de **racismo estructural** refiere a aquellas desigualdades históricas y persistentes que están incrustadas en las estructuras

sociales y económicas. Estas desigualdades impactan en la calidad de vida y el acceso a servicios esenciales para los procesos de salud/enfermedad/cuidado. El concepto de **racismo sistémico** refiere a las formas en que estas desigualdades se perpetúan y se reproducen dentro de sistemas e instituciones (sistema de salud, sistema judicial, sistema educativo y otros; normativas, interacciones sociales y otras.) que impactan en la calidad de vida y el acceso a servicios esenciales para los procesos de salud/enfermedad/cuidado. Existen algunos factores que cabe caracterizar como sistémicos para destacar que son propios de las normas, políticas y prácticas de cada sistema —de educación, de salud, de justicia— estos factores que aseguran la reproducción del racismo y que, generalmente no resultan evidentes, porque responden a formas de sentido común que resultan hegemónicas en su ámbito. Estas diferenciaciones son importantes porque permiten distinguir mecanismos de reproducción del racismo y edificar el entrecruzamiento entre otras formas de discriminación como, por ejemplo, género, clase, discapacidad, etc.

Un ejemplo de este entrecruzamiento entre racismo y otras formas de opresión es la situación de las mujeres indígenas y afrodescendientes en América Latina. Estas mujeres enfrentan la carga de múltiples formas de discriminación donde se entrecruza el racismo estructural, sistémico y el sexismo, lo que profundiza la brecha de acceso a formación, al empleo formal y a salud. Las mujeres indígenas y afrodescendientes, en particular, experimentan una doble discriminación: por su origen étnico-racial y por su género. En el ámbito educativo, esto se traduce en mayores tasas de abandono escolar, dificultades en el acceso a formación profesional y menor representación en instituciones de educación; sobre todo en el nivel de enseñanza superior. En el ámbito profesional se traduce en el difícil acceso a



cargos superiores. Estas barreras no solo limitan sus oportunidades laborales, sino que también impactan en su acceso a mejores condiciones de vida y bienestar (Ocoró Loango y Mancinelli, 2024).

En el campo de la salud, estas desigualdades se expresan en múltiples dimensiones. Por un lado, existen inequidades en la atención médica, con mayores tasas de mortalidad materno-infantil en poblaciones racializadas(2) debido a la falta de acceso oportuno a servicios de calidad, la ausencia de políticas interculturales y los sesgos en la provisión de atención. Por otro lado, el racismo también se manifiesta en la desvalorización de los conocimientos y prácticas de salud de estas comunidades. En muchos casos, sus saberes ancestrales en materia de salud y cuidado son cuestionados o directamente invalidados por los sistemas biomédicos dominantes, lo que limita el

reconocimiento de sus derechos y obstaculiza el desarrollo de enfoques de cuidado más integrales e interculturales.

En consecuencia, comprender el racismo sistémico como una de las estructuras que impulsan la disparidad en los sistemas sociales y de salud, es fundamental dentro del ámbito de la Salud Colectiva, ya que permite abordar las diversas dimensiones que afectan el bienestar de las personas, reconociendo las interacciones entre los factores sociales, culturales y estructurales que influyen en la salud.

**Salud colectiva, Buen Vivir y Bienestar, como enfoques para el abordaje del racismo en la formación de personal de salud: desafíos y perspectivas**

Desde la perspectiva de la Salud Colectiva, que según la OPS surge como respuesta a las limitaciones del modelo biomédico—centrado



en la enfermedad individual y el tratamiento curativo—, la salud de una población es el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, sociales, económicos, culturales y ambientales. En este marco, la Salud Colectiva permite abordar el racismo estructural y la exclusión de los pueblos indígenas que impactan directamente en su bienestar, profundizando las desigualdades y vulnerabilidades que enfrentan. Por lo tanto, su abordaje implica una perspectiva que integra diversas disciplinas y áreas del conocimiento. Esta corriente ha adquirido una gran importancia en el contexto nacional y latinoamericano, caracterizado por una gran diversidad cultural y social.

En este escenario, la enseñanza de la Salud Colectiva en el nivel superior representa un desafío clave, ya que es en este ámbito donde se forman los/as profesionales que luego integrarán los sistemas de salud. Dichos sistemas deben hacer frente a las consecuencias de la violencia, la desigualdad social y económica, el racismo estructural y los problemas ambientales (Santander y González, 2020). Por ello, la formación en Salud Colectiva no solo debe fomentar la investigación e innovación en este campo, sino también preparar líderes y agentes de cambio capaces de transformar los sistemas de salud, promoviendo un Proceso de Salud/Enfermedad/Cuidado más equitativo y efectivo (Segura, 2019).

Precisamente, la corriente de Salud Colectiva es la que promueve este concepto del Proceso de Salud/Enfermedad/Cuidado, que ha cobrado gran relevancia en Argentina, Latinoamérica y el Caribe, donde ha alcanzado un desarrollo significativo. Su incorporación en la enseñanza superior resulta clave, ya que permite potenciar el impacto en la formación de profesionales capaces de abordar la salud de las poblaciones de manera integral, considerando sus determinantes sociales, económicos y culturales (Cano et al., 2010; González-Teruel et al., 2019; Giovanella, 2013).

Por ello, entendemos que la enseñanza superior, como afirman Girardi y Oliveira (2012), debe incluir el estudio y la aplicación del Proceso Salud/Enfermedad/Cuidado en el contexto de la Salud Colectiva, en la formación de todas las disciplinas/profesiones de la salud, como la medicina, enfermería, odontología, psicología, nutrición, kinesiología, entre otras.

Esto implica la adquisición de conocimientos y habilidades para la identificación y análisis de los determinantes/condicionantes sociales de la salud, la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades, la gestión de sistemas de salud y el cuidado humanizado de la salud. Por todo esto, hay que subrayar la importancia que asume la participación de las disciplinas/profesiones de las ciencias sociales en la formación en salud, ya que estas abordan los determinantes y condicionantes sociales de la salud, donde está incluido necesariamente el racismo sistémico, como una de las estructuras que perpetúan las desigualdades en los sistemas sociales y de salud. Entonces, en línea con Konder y Paim (2012), la salud no es sólo un problema médico, sino que está influenciada por factores sociales. Por lo tanto, es necesario que los/as profesionales de la salud cuenten con una formación interdisciplinaria que les permita profundizar la comprensión de estos determinantes y así poder actuar con mejor efectividad frente a la complejidad de estos problemas. De acuerdo con Franco y Merhy (2007), esta perspectiva interdisciplinaria implica una mirada crítica y reflexiva sobre las prácticas de cuidado, así como una comprensión de la importancia de la participación social en la promoción de la salud. Por todo esto, la gestión curricular del Proceso Salud/Enfermedad/Cuidado en la enseñanza superior, es fundamental para propiciar la formación de profesionales de la salud capaces de abordar de manera integral y efectiva los desafíos sanitarios que enfrentan estos países. Asimismo, su enseñanza promueve la investigación y la innovación en este campo, y fomenta el liderazgo y el cambio en favor de una atención de salud más equitativa. Según Popkewitz (1998), deberán finalmente establecerse visiones políticas y sociales que se tienen sobre la educación, por tanto, cómo influyen en la forma en que se construyen los currículos y se gestionan los procesos educativos.

Para comprender los significados vinculados al campo de la salud y el cuidado, es fundamental abordar los conceptos de cuidados desde la perspectiva del Buen Vivir y el Bienestar, los cuales surgen dentro del marco de la Salud Colectiva. Estas nociones, enraizadas en cosmovisiones indígenas y en enfoques de justicia social, ofrecen una visión integral de la

salud que trasciende el paradigma biomédico y reconoce la interconexión entre las personas, sus comunidades y el entorno. Asimismo, permiten problematizar el impacto del racismo estructural en los procesos de salud y cuidado, visibilizando prácticas que reproducen desigualdades y aquellas que, por el contrario, promueven la equidad. Desde esta mirada, se recuperan los siguientes supuestos teóricos (Cárcamo, 2021).

**Salud:** se refiere a la salud/enfermedad de sujetos, familias y comunidades, a la percepción del nivel de bienestar bio-psico-social-espiritual o buen vivir en salud, sobre la base del buen pensamiento, del buen sentir y del buen actuar, al bienestar surgido del comportamiento de las estructuras corporales, procesos fisiológicos y la capacidad de interacción con otros y con el medio. En otras palabras, salud desde la perspectiva del buen vivir y bienestar como la manera de vivir que es autónoma, que es solidaria y es feliz, vista como una realidad dinámica, diversa y multicultural. Salud, como un derecho que, a partir de su ejercicio, hace posible la lucha por otros derechos. Salud de las relaciones, donde se da el descubrimiento, el desarrollo y la expresión de cualidades y valores propios de los seres humanos sin distinción de género, de edad, de etnia, de creencias, de condiciones personales o sociales y cuya síntesis es la diversidad. Salud comunitaria en tanto todos los sujetos son considerados humanos y ciudadanos, con iguales derechos, donde no hay aceptación de la violencia y la muerte, tampoco ninguna forma de represión social y política. Salud del Buen Vivir como sinónimo de construcción de lazos de comunidad. Desde una perspectiva estructural, salud entendida como un proceso histórico social, y por lo tanto, una totalidad donde está incluido el conflicto.

**Persona:** Sujeto humano, multidimensional, histórico, ético e independiente. Sujeto-Individuo, sujeto-familias y sujeto-comunidades. Portador de necesidades sociales, políticas, psicológicas, culturales, económicas e ideológicas, determinadas-condicionadas histórica y socialmente, es decir, la persona es un sujeto con necesidades construidas socioculturalmente. Persona que posee la posibilidad de incrementar sus capacidades y habilidades, ejerciendo su libertad, que pueden ser reforzadas a partir de la construcción de vínculos. Comunidades y sujetos sociales

(locales) cuyo autocentramiento, o acumulación popular autocentrada y descentralizada, o soberanía, procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias, con la posibilidad de la creatividad y la solidaridad.

**Entorno:** desde el buen vivir y bienestar, como contexto y circunstancias, dentro de un territorio, donde están incluidos los sujetos y de la cuál son parte constitutiva, manteniendo una relación parte-todo, en el que el todo regula o determina- condiciona las partes. Contexto y circunstancias históricas, sociales, culturales, éticas, económicas, profesionales, sanitarias, políticas, ecológicas y cibernéticas en un momento dado. Conjunto de relaciones existentes entre los elementos de un sistema que se interpenetran. Los entornos históricos y políticos que, desde las categorías del buen vivir y bienestar, se entienden como de las resistencias, lo que puede ser visto como contexto y circunstancias que puede ser modificado por las personas.

**Cuidados/enfermería del buen vivir y bienestar:** Se entienden como los realizados desde una ética de compromiso social con la salud de todos los sujetos, en tanto individuo, familias y/o comunidades. Tiene perspectiva "situada", en la que busca respuestas a partir de la propia realidad. El cuidado de las personas es la preocupación y el interés por el ser humano, con todo lo que ello implica. El cuidado del Buen Vivir y Bienestar comprende que el ser humano está en función de las otras y otros, como así también con cada rincón de la naturaleza. Responde a un modelo de salud que es político, social, cultural, espiritual y económico, cuya síntesis es la diversidad. Cuidado que busca la salud en términos positivos, desplazando el foco desde la enfermedad al bienestar, y desde la restitución de la salud a su promoción. Cuidado que es, ante todo, una relación entre seres humanos, cuyo propósito es la preservación de la dignidad, razón por la cual piensa el lugar del Otro y la relación que surge para hacer posible el cuidado de la salud y la vida. Cuidado como una construcción vincular, que promueve la vida de las personas, desde la comprensión de esa vida, como el resultado de un proceso histórico y social, como una totalidad en la que se incluye el conflicto. Cuidado que promueve del Buen Vivir desde buen pensar,



el buen trabajar, el buen meditar, el buen amar y ser amado, el buen escuchar, el buen hablar, el buen soñar, el buen caminar, el buen dar y recibir. Se subraya el sentido político del cuidado, y en ese sentido, el bienestar, en tanto búsqueda de transformación de necesidades, en derechos. Tanto en el campo clínico como en el comunitario, el intercambio entre las/ los trabajadores de la salud y los sujetos de cuidado, posibilita la construcción de prácticas dirigidas a hacer efectivos ciertos derechos. El vínculo generado a partir del cuidado es una relación fuertemente legitimadora de derechos y una instancia política ciudadana. El cuidado del buen vivir y bienestar, promueve la acción emancipadora de integración de fuerzas y culturas contra hegemónicas y de construcción de poder simbólico alternativo, considerando que existe una vinculación entre cuidados, interculturalidad y poder. Es decir, cuidar es también promover la resistencia individual y social, que genere la retracción de los determinantes sociales, a nivel solo de condicionantes. La experiencia de cuidado, desde la mirada del Buen Vivir y Bienestar, es por un lado, personal y está determinada por la historia de cada persona, como parte del enfoque de cuidado transcultural, integral, enmarcado en el respeto y la dignidad de cada persona y es muy significativo entender que por otro lado, esto implica también, una construcción social. Cuidar es más que la aplicación de técnicas y procedimientos, es fundamentalmente una acción comunicativa, basada en el respeto y el reconocimiento del otro. El cuidado es una relación amorosa y no agresiva con la realidad, por eso el cuidado practicado con entendimiento, es una forma de amor, porque solo amamos lo que conocemos. El cuidado está atento a los procesos vitales y se preocupa de todos los seres, para que éstos puedan continuar participando en la comunidad de la vida, de tal manera que ninguno esté excluido ni abandonado en su sufrimiento. En el campo de la salud mental, se considera al sufrimiento como un constructo encuadrado en la categoría de padecimiento, término antropológico con connotaciones subjetivas, que refleja sensaciones indefinidas, sentidas por las personas, en la vida cotidiana. En la práctica de salud comunitaria, se busca detectar afectaciones y resistencias, relacionadas con diversos conflictos sociales y ayuda a las personas a abordar los

sufrimientos de la vida cotidiana, a empoderarla colectivamente y construir vínculos solidarios, apuntando a comprender la manera cómo se configura la salud mental colectiva y de qué manera se construyen formas de cuidado comunitario, a partir de prácticas sociales que generen vínculos de apoyo, protección y continuidad de la vida; tomando en cuenta el contexto. El cuidado comunitario del Buen Vivir y Bienestar, tiene en cuenta a la justicia social y la calidad del cuidado, comprendiendo que el sufrimiento que corroe el alma, se manifiesta sintomáticamente en el cuerpo; sin olvidar que toda persona es un sujeto de derecho. Por ello, planifica intervenciones que hagan posible el mejoramiento del nivel de salud y de la calidad de vida de las personas, apoyándose en el repertorio de saberes y de prácticas locales, como elementos estratégicos en el cuidado y acompañamiento de procesos de recuperación/rehabilitación de personas, familias y comunidades afectadas. Desde la Teoría de Cuidados del Buen Vivir y el Bienestar se entiende que el acto interpersonal de cuidar a las personas implica un posicionamiento – posiblemente diferente y/o complementario e interdependiente- que permite cumplir determinados objetivos. Esta interrelación, incluye un reconocimiento de la vulnerabilidad de todos/as los/as incluidos/as en la misma, abriéndose paso a una construcción de subjetividad que va a estar determinada por los valores socio-históricos de ese preciso momento. Una interrelación que se presenta compleja, porque puede tener una significación diferente partiendo de la historia de vida de cada sujeto implicado y sus acopios culturales. La complejidad del cuidado entonces incluye la contraposición entre dos o más formas de comprender y por ende proceder con respecto a la salud. Cuidado que debe comprender (entender, justificar), diversas formas de cuidar y que, en los pueblos originarios, se expresa plásticamente en ritos, como condición para alcanzar la salud. El cuidado que habilita una concepción epistemológica sobre la complejidad y las relaciones de producción, propiedad y poder, como condiciones objetivas de la materialidad social, que determinan o condicionan la salud. Sus modelos éticos fortalecen las relaciones interculturales y miran a los otros como iguales, en estos tiempos buscan aportar soluciones que pongan freno a la desigualdad social, y en ese punto genera

una intersección con la idea de bienestar.

### Reflexiones finales

Se piensa la dimensión educativa de los cuidados como un aspecto central que merece nuestra atención. La ciencia y la técnica han permitido prolongar nuestra existencia sobre la Tierra, pero los cuidados deben orientarse a hacerla más humana y menos conflictiva. En este sentido, la incorporación de la concepción del Buen Vivir y el Bienestar, enmarcada en la perspectiva de la Salud Colectiva, posibilita un aprendizaje que fomente relaciones armoniosas con el mundo, la naturaleza y las demás personas. Esto exige la integración de prácticas, estrategias y didácticas innovadoras que fortalezcan competencias y capacidades para el empoderamiento en procesos de aprendizaje emancipador y la apropiación social del conocimiento.

Desde esta mirada, es fundamental que las universidades, sus autoridades y docentes asuman la responsabilidad de transformar las formas de enseñar, aprender y vivir. Esto implica descolonizar la cultura académica, entendiendo que dicha tarea es viable desde el pensamiento complejo y las epistemologías del sur. En este proceso, es imprescindible reconocer cómo el racismo estructural ha permeado históricamente la educación y la salud, reproduciendo desigualdades y exclusiones que afectan especialmente a los pueblos indígenas y otros colectivos marginados. Avanzar en la formación de una

conciencia ciudadana y planetaria, social y humanista, implica abordar críticamente estas desigualdades y generar espacios educativos que garanticen una formación integral y situada (Mato, 2017; Cárcamo, 2021).

En este contexto, el Buen Vivir y el Bienestar no solo representan una alternativa pedagógica, sino también una perspectiva ética, crítica y solidaria, que reconoce la multidimensionalidad de las personas y la necesidad de enfrentar las inequidades que atraviesan Latinoamérica y el mundo. La Universidad del siglo XXI debe transformarse estructural y operativamente para asumir el compromiso de la socioformación, integrando el enfoque de la ecología de saberes. Esta propuesta es crucial, ya que cuestiona la fragmentación del conocimiento y desafía el monocultivo epistémico impuesto por modelos hegemónicos de políticas públicas.

En este sentido, la Epistemología del Sur y su propuesta de la Ecología de Saberes emergen como caminos para valorar y articular conocimientos diversos, incluidos aquellos surgidos de las luchas de los pueblos oprimidos. La integración de estos saberes en la praxis académica y sociocultural permite avanzar hacia modelos educativos y sanitarios más equitativos, donde el racismo estructural sea identificado, cuestionado y desmontado. De este modo, se fortalece el horizonte de un cuidado más humano y de una salud colectiva comprometida con la justicia social y la dignidad de todas las comunidades (Cárcamo, 2021; Santos y Meneses, 2014).



## Notas

1) Según el Censo 2022, 1.306.730 personas en Argentina se reconocieron como indígenas o descendientes de pueblos indígenas, pertenecientes a 58 pueblos originarios identificados en el país. De esta población, el 29,3% manifestó hablar o entender la lengua de su pueblo. En términos de acceso a la salud, el 49,2% declaró contar con obra social o prepaga (incluyendo PAMI), el 3,8% accedía a programas o planes estatales de salud, mientras que el 47% dependía exclusivamente del sistema público. Asimismo, 302.936 personas en viviendas particulares se reconocieron como afrodescendientes o con antepasados negros o africanos, y de ellas, el 58,1% tenía obra social o prepaga. En cuanto a la población migrante, el

censo registró 1.933.463 personas en viviendas particulares nacidas en el extranjero, con un marcado predominio de inmigrantes de Paraguay y Bolivia, quienes representaban poco más del 44% de la población migrante. Por otro lado, el Registro Nacional de las Personas (RENAPER) contabilizó, hasta agosto de 2023, un total de 2.267 personas de origen senegalés con Documento Nacional de Identidad argentino y residencia en el país, tratándose de una migración mayoritariamente masculina (95%) (RENAPER, CENSO 2022).

2) <https://www.infobae.com/america/agencias/2023/07/12/mujeres-negras-sufren-en-toda-america-un-patron-de-abuso-sistematico-durante-sus-partos/>

## Referencias

Cano, J., González, G. y González, A. (2010). Formación en salud colectiva en el Mercosur. *Ciencia y Enfermería*, 16(1), 25-33.

Carcamo, S. (2021). Cuidados del Buen Vivir y Bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos. FEDUN. Cuidados del buen vivir y bienestar desde las epistemologías del sur. Conceptos, métodos y casos - FEDUN

Franco, T.B. y Merhy, E.E. (2007). El proceso de trabajo en salud: organización, tecnología y gestión. Hucitec.

Giovanella, L. (2013). El sistema nacional de salud de Brasil: ¿Un modelo para la salud global? *The Lancet*, 381 (9862), 957-958.

Girardi, S.N. y Oliveira, V.B. (2012). La educación superior en el MERCOSUR y el Proceso Salud/ Enfermedad/Cuidado. *Educación*

González-Teruel, A., Oliveira, R.A., y Bavaresco, C.S. (2019). La formación en salud colectiva y la salud internacional: una perspectiva desde el Mercosur. *Ciência & Saúde Coletiva*,

24(9), 3435-3444. doi: 10.1590/1413-81232018249.27462017

Konder, M.T. y Paim, J.S. (2012). Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 1-6.

Mato, D. (2017). Educación Superior y Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en América Latina. Políticas y prácticas de inclusión, democratización e interculturalización. UNTREF.

Menéndez, E. L. (2018). Colonialismo, neocolonialismo y racismo: El papel de la ideología y de la ciencia en las estrategias de control y dominación. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad.

Ramirez, V. H. (2021). El racismo: un problema de salud pública. *RevIISE - Revista De Ciencias Sociales Y Humanas*, 18 (18), 149-161. Recuperado a partir de <https://ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/625>

# Inscribite al

**2<sup>o</sup>** Congreso  
Internacional



**25, 26 y 27**  
de septiembre **2025** CABA



# ¿Es factible implementar cuentas de ahorro en salud en Argentina? Lecciones del modelo de Singapur

Informe elaborado por **Federico Tobar** en enero de 2025.

## Introducción

Con la incorporación y perfeccionamiento de un esquema de financiamiento de la salud centrado en cuentas de ahorro individual para cubrir gastos médicos Singapur sentó las bases de un giro copernicano en los sistemas de salud. Partiendo de los moldes de un Estado de Bienestar, heredado de la administración colonial británica, el gobierno del PAP (People's Action Party) introdujo un conjunto de reformas promercado. Una de ellas involucra un giro en la concepción de salud y el rol del Estado, en la cual los individuos y familias asumen responsabilidad y decisiones en la financiación de su propia salud.

La piedra angular del modelo disruptivo es el MediSave, un caso singular de seguro de capitalización en salud puesto que es un seguro obligatorio altamente regulado por el Estado. Pero, al mismo tiempo, MediSave introduce fuertes incentivos para que los ciudadanos manejen sus fondos y tomen sus decisiones en lugar de delegarlas en el Estado. Sobre esa base se articulan subsidios y regulaciones del Estado con financiamiento privado.

Un plan o esquema de ahorro médico es un fondo de capitalización individual en el cual sus titulares generan ahorros y administran gastos para cuidados médicos. Constituye

un modelo de protección en salud en el cual los individuos asumen protagonismo en el cuidado de su salud y toman decisiones financieras vinculadas a sus cuidados (y eventualmente al de sus familias). En varios países con economías estables se han desarrollado seguros privados (de afiliación voluntaria) de capitalización para cubrir gastos médicos. El MediSave de Singapur constituye un caso singular por ser un seguro obligatorio, sentando las bases de un paradigma disruptivo en los sistemas de salud.

El esquema de financiación de la salud implementado en Singapur es disruptivo porque marca un punto de inflexión sobre tres pilares de los sistemas de protección social en salud. El primero consiste en transformar la noción de la salud como un derecho del pueblo y un deber del Estado en un modelo en el que los ciudadanos son los mayores responsables por las decisiones financieras que involucran los riesgos de salud. El segundo punto de inflexión revierte la disociación entre salud y mercado, refutando la hipótesis de que no es posible acumular capital generando buenos resultados epidemiológicos. El tercer punto de inflexión se refiere al rol del Estado en salud, redefiniendo gobernanza y rectoría.

En este documento se presentan las principales características del sistema de

salud de Singapur y se concluye indagando sobre la factibilidad de su replicación en Argentina. El documento está organizado en cuatro partes. Comienza con la descripción de Singapur y su sistema de salud. La segunda parte analiza en mayor detalle al MediSave. Luego propone un análisis SWOT (Debilidades, Fortalezas, Oportunidad y Amenazas) del modelo de cuentas de ahorro en salud como política pública. Concluye planteando las posibilidades, limitaciones y requisitos para su replicación en Argentina.

### Parte 1. Singapur y su sistema de salud

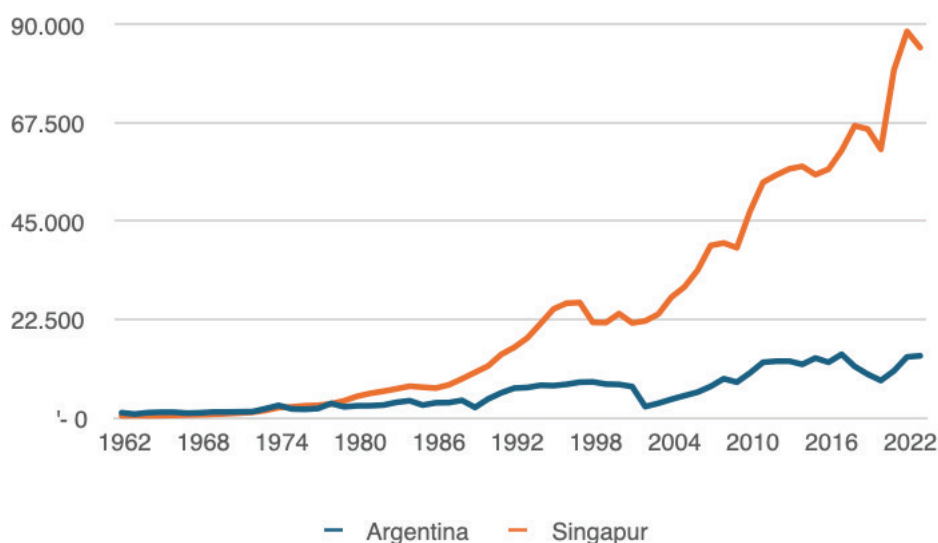
Singapur es una Ciudad-Estado con 6 millones de habitantes. Su PBI per capita ajustado por paridad del Poder Adquisitivo fue de 148 mil dólares en 2024 según el FMI (el segundo mayor del mundo). Desde las dos últimas décadas del siglo XX ha registrado un

crecimiento logarítmico. Como se observa en el gráfico 1, hasta entonces el Producto Bruto Interno per capita del país era similar o inferior al de Argentina. Hoy es seis veces superior.

La formación de capital humano, y en particular la salud, ha sido uno de los principales motores del crecimiento de Singapur. Junto a un conjunto de reformas económicas. En diferentes aspectos la salud constituye un pilar del desarrollo. En primer lugar, por sus resultados epidemiológicos. La esperanza de vida al nacer fue en 2024 de 84,4 años (la séptima mayor del mundo). El país registra la menor mortalidad infantil del mundo. La tasa de mortalidad materna fue en 2017 de 8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (ese mismo año Argentina registro una tasa casi cuatro veces superior).

**Gráfico 1. Evolución del PBI per capita en Argentina y Singapur. 1962 -2022**

En dólares corrientes - Fuente: World Bank Data



En segundo lugar, por la eficiencia del país para producir salud. El gasto en salud equivale al 5% del PIB (el menor entre los países ricos). Alrededor del 40% de la financiación es pública y el 60% privada.

En tercer lugar, por la relevancia estratégica y económica del sector salud en el país. El país se ha constituido en el mayor hub de referencia para la atención médica en la región asiática. Anualmente el país recibe alrededor de medio millón de personas que hacen turismo médico en busca de atención de alta calidad a precios competitivos (2). Es

el tercer mayor destino de turismo médico del mundo y el de mayor performance en razón de pacientes extranjeros por médico. El sector salud emplea, en forma directa a 120 mil personas (un 3,5% de la Población Económicamente Activa)(3). La afluencia de pacientes y recursos incentivó el desarrollo de programas e institutos de I+D (entre ellos la Universidad Duke, la Healthcare Information and Management Systems Society y la Joint Commission International). Los institutos de investigación trabajan con científicos locales para acelerar el

descubrimiento de fármacos y desarrollar terapias para necesidades sanitarias no satisfechas.

### **Organización del sistema de salud de Singapur**

El sistema de salud de Singapur es reconocido como uno de los más eficientes del mundo por combinar responsabilidad individual, junto a financiación pública y privada con regulación gubernamental. Con ello logra atención de alta calidad a costos relativamente bajos(4). El Estado promueve la competencia por precios, regula acreditando la calidad de los servicios, y también brinda subsidios a los ciudadanos de bajos ingresos.

El sistema fue evolucionando desde un modelo Beveridge, que buscaba replicar el esquema del National Health Service británico, hacia un modelo de mercado. Comenzó con la incorporación de copagos en los servicios públicos para avanzar, en forma progresiva, hacia un complejo esquema de incentivos, con subsidios a la oferta y a la demanda, con mecanismos procompetitivos combinados con esquemas asistenciales para garantizar el acceso de aquellos ciudadanos con menores recursos.

Todos los ciudadanos y residentes permanentes tienen acceso a la atención médica básica a través de un sistema de cuentas individuales y programas complementarios, lo que garantiza la cobertura universal. Las innovaciones del sistema se basan en sus mecanismos de financiación edificado sobre cuatro pilares, denominado esquema "subsidios + 3M". Ellos son: 1). Subsidios a la demanda. 2) Medisave, 3) Medishield y 4) Medifund.

**1) Subsidios a la demanda.** El gobierno proporciona subsidios sujetos a prueba de medios (evaluación socioeconómica) a ciudadanos y residentes permanentes para servicios de hospitalización, cirugía de día y tratamientos ambulatorios especializados brindados en hospitales públicos reconvertidos(5). Los subsidios varían según los ingresos y el tipo de atención necesaria. Estos subsidios cubren entre el 20 y el 80 por ciento del costo del tratamiento. Hay diferentes esquemas de subsidios a la demanda:

**a) CareShield Life** es un programa de seguro de salud para personas mayores de 40 años que cubre costos relacionados con la incapacidad severa, como los cuidados prolongados y la asistencia para la vida diaria, si una persona no puede realizar tareas básicas debido a una discapacidad (6).

**b) Subsidios universales a quienes obtienen atención de médicos generales (GP) en policlínicas de propiedad estatal.** Los médicos de cabecera privados proporcionan la mayor parte de la atención médica (alrededor del 80 por ciento de los médicos de cabecera en Singapur están en el sector privado).

**a) ILTC.** Son subsidios para atención intermedia y de largo plazo (ILTC),

**b) CHAS -Community Health Assist Scheme.** Se trata de un programa que proporciona subsidios a pacientes de bajos y medianos ingresos para servicios médicos ambulatorios en clínicas privadas acreditadas. Esto incluye consultas médicas, tratamiento y medicamentos en diversas áreas, como la salud general y enfermedades crónicas.

**c) Medical Fees Assistance Scheme (MFAS)** es un esquema de asistencia financiera adicional para pacientes que no pueden cubrir los costos de atención médica debido a su situación económica coyuntural. Es un programa más específico que se activa cuando los gastos médicos de una persona superan sus recursos disponibles y no son cubiertos completamente por otros subsidios o seguros.

**2) Medisave.** Es una cuenta de ahorros obligatoria para cubrir ciertos gastos de atención médica. Su propósito es ayudar a las personas y sus familias a ahorrar para sus gastos de hospitalización, incluidos los que se incurrirán durante la jubilación. Las personas empleadas deben realizar contribuciones mensuales, que aumentan con la edad, a sus cuentas Medisave. Para evitar el consumo excesivo de atención médica y el agotamiento prematuro de Medisave, el Ministerio de Salud establece reglas detalladas sobre los usos permitidos de Medisave. Además de la responsabilidad individual, Medisave también incorpora el principio de responsabilidad familiar. Los





pacientes pueden usar el Medisave de los miembros de la familia inmediata para la financiación de la atención médica. Esto permite compartir ingresos y riesgos a nivel familiar.

**3) Medishield Life es un seguro médico de gastos catastróficos** que cubre enfermedades graves y hospitalizaciones. Su objetivo es captar **pool de riesgo** para financiar gastos catastróficos en salud o episodios de atención médica para los que no sería eficiente ni equitativo exigir a las personas que ahorren (7). Por lo tanto, está diseñado explícitamente para abordar episodios médicos que son poco frecuentes por naturaleza, pero que imponen altos

3) Medishield Life es un seguro médico

de gastos catastróficos que cubre enfermedades graves y hospitalizaciones. Su objetivo es captar pool de riesgo para financiar gastos catastróficos en salud o episodios de atención médica para los que no sería eficiente ni equitativo exigir a las personas que ahorren. Por lo tanto, está diseñado explícitamente para abordar episodios médicos que son poco frecuentes por naturaleza, pero que imponen altos impactos financieros (es decir, eventos de baja frecuencia y alto impacto)(8). Las primas también aumentan con la edad para minimizar los subsidios cruzados entre grupos de edad. En la Tabla 1 se presentan los valores de primas anuales vigentes al 1 de enero de 2024.



**Tabla 1.**  
**Primas anuales para aseguramiento de gastos catastróficos en salud**  
**a través de MediShield en Singapur. 2024**

<b>Edad</b>	<b>Prima Anual (SGD)</b>	<b>Prima Anual (USD)</b>
Hasta 20	\$147.7	\$109.3
21 - 30	\$254.7	\$188.5
31 - 40	\$397.3	\$294.0
41 - 50	\$534.8	\$395.8
51 - 60	\$815.0	\$603.1
61 - 65	\$1,039.1	\$768.9
66 - 70	\$1,120.6	\$829.2
71 - 73	\$1,217.3	\$900.8
74 - 75	\$1,344.7	\$995.1
76 - 78	\$1,558.6	\$1,153.4
79 - 80	\$1,619.7	\$1,198.6
81 - 83	\$1,706.3	\$1,262.7
84 - 85	\$1,971.2	\$1,458.7
86 - 88	\$2,062.9	\$1,526.5
89 - 90	\$2,062.9	\$1,526.5
Más de 90	\$2,093.4	\$1,549.1

Fuente: <https://www.moh.gov.sg/managing-expenses/schemes-and-su>

**4) MediFund:** Puede ser caracterizado como un voucher. Es un fondo de asistencia médica para quienes no pueden cubrir sus gastos. A diferencia de Medisave y MediShield que fueron diseñados buscando optimizar la eficiencia de la financiación, Medifund fue diseñado para garantizar un cierto grado de equidad social. Si un paciente que ha recibido atención subsidiada no puede pagar su factura incluso después de usar Medisave, MediShield y buscar ayuda de su familia, puede solicitar asistencia financiera de Medifund, que sirve como red de seguridad

de último recurso. Las diversas instituciones de atención médica pública administran Medifund.

Además de las respuestas de protección en salud que integran este esquema de "Subsidios+3M" hay en Singapur **seguros complementarios** de afiliación voluntaria conocidos como Shield Plans. Son ofrecidos por aseguradoras privadas(9) y brindan mayores beneficios, como acceso a tratamientos en hospitales privados y mejores clases de hospitalización en instituciones públicas. Mientras el MediShield Life cubre hospitalizaciones

y tratamientos de alto costo en hospitales públicos en las clases de habitación más básicas (B2 y C), los Shield Plans amplían cobertura y ofrecen comodidades en internación.

## **Parte 2. Modelo de cuentas de ahorro de Salud de Singapur**

Para profundizar en el análisis del MediSave se consideran, a continuación, su organización, su financiación, y las protecciones cubiertas.

### **Organización de MediSave(10)**

MediSave es un plan nacional de ahorro médico que ayuda a las personas a reservar parte de sus ingresos para pagar la hospitalización, cirugía ambulatoria y ciertos gastos ambulatorios de sus dependientes personales o aprobados (cónyuge, padres, abuelos, hermanos, hijos), así como sus necesidades de atención médica en la vejez.

El sistema nacional de cuentas de ahorro para gastos médicos fue introducido en abril de 1984. La contribución es obligatoria y se toma de la contribución mensual al Fondo Central de Previsión (CPF)(11). El sistema permite a los singapurenses reservar parte de sus ingresos en una cuenta Medisave para cubrir futuros gastos de hospitalización personal o de familiares directos, cirugías ambulatorias y determinados gastos ambulatorios.

Los límites de retiro de MediSave se han establecido cuidadosamente para garantizar que los habitantes tengan suficientes ahorros en su cuenta MediSave para sus necesidades básicas de atención médica en la vejez. Los límites de retiro son generalmente adecuados para cubrir la mayoría de los gastos incurridos en salas de hospitalización subsidiadas y tratamientos ambulatorios.

MediSave está bajo la órbita del Ministerio de Salud y del Board del CPF. La gobernanza

del gasto se centra en la regulación sanitaria y categorización de prestadores, en los copagos y, fundamentalmente, en los incentivos para que los ciudadanos racionalicen sus decisiones relativas al financiamiento de sus cuidados. La rectoría del modelo se centra en la definición de protocolos y normas de atención, los incentivos a la atención primaria(12), y la regulación de los recursos humanos (que incluye la formación de pregrado).

### **Financiación de MediSave**

Aunque se trata de cuentas de ahorro individuales su conformación es compulsoria. De modo que los habitantes de Singapur hacen tanto contribuciones obligatorias, que son definidas en función de su edad y de su ingreso neto, como de contribuciones voluntarias.

Los trabajadores en relación de dependencia contribuyen, según el grupo de edad, entre el 6,5 y el 9,0 % de sus salarios mensuales a una cuenta personal MediSave. Los ahorros que cada trabajador hace en MediSave perciben un interés del 4% anual. Además, este fondo es exonerado de impuestos y los aportes voluntarios son deducibles de otros impuestos(13).

La fuente de información sobre la cual se organiza el esquema de contribuciones compulsorias es la declaración de renta. El piso de ingresos netos a partir del cual los ciudadanos y residentes son obligados a contribuir al MediSave es 6000 dólares de Singapur al año (alrededor de 4400 dólares estadounidenses). Quienes no alcanzan ese nivel de ingresos son subsidiados por un fondo público (MedFund).

Para los trabajadores autónomos el Central Provident Fund (CPF) Board define una tabla de aportes compulsorios. En la siguiente tabla se muestra el esquema válido al 31 de



**Tabla 2.**  
**Contribuciones al MediSave para autónomos 2023**

Ingreso neto en 2023	Menor de 35	35 a 45	45 a 50	Mas de 50
\$6,000 a \$12,000	4%	4.5%	5%	5.25%
\$12,000 a \$18,000	4% al 8%	4.5% al 9%	5% al 10%	5.25% al 10.5%
Mas de \$18,000	8%	9%	10%	10.5%
Maximo	\$5,856	\$6,588	\$7,320	\$7,686

Fuente: [CPF Board website](#).

Observaciones:

- El dólar de Singapur equivale a 74 centavos de dólar estadounidense.
- Los parámetros de 2023 definen las contribuciones para 2024

Los trabajadores (tanto en relación de dependencia como autónomos) también puede realizar contribuciones voluntarias a su cuenta MediSave y solicitar exenciones impositivas para reducir sus impuestos. El monto máximo para deducir impuestos por aportes voluntarios a la cuenta MediSave es de \$16 000 (máximo de \$8000 para uno mismo y máximo de \$8000 para los miembros de la familia, sujeto a la reglamentación fiscal).

### ¿Para qué se puede utilizar MediSave?

Los titulares de una cuenta MediSave pueden utilizar sus ahorros para pagar la asistencia médica tanto del titular de la cuenta como de sus familiares directos. Cuando el titular aprueba un pago este se realiza en forma automática devengando el monto de sus fondos MediSave.

### 1. Pagos de primas

Para pagar las primas de seguros obligatorios (MediShield Life, y Care Shield life) y voluntarios (Shield Plans). MediSave se puede utilizar para pagar las primas de seguro médico de una persona o las de sus dependientes aprobados. Las primas de los seguros obligatorios pueden estar cubiertas en su totalidad por MediSave mientras que

para los seguros de afiliación voluntaria hay un monto límite llamado Additional Withdrawal Limit. En caso de que las primas superen el límite permitido por MediSave, el asegurado debe pagar el excedente con otros métodos, como transferencia bancaria o tarjeta de crédito.

### 2. Atención hospitalaria

MediSave se puede utilizar para pagar los gastos de hospitalización de una persona o de sus dependientes aprobados en Singapur. Pero existen copagos que los pacientes deben hacer de su propio bolsillo después de que se aplica cualquier seguro, como MediShield Life o Shield Plans.

El gobierno no establece un nomenclador ni fija aranceles, pero determina copagos en función de la categoría del hospital que brinda el tratamiento. El Estado realiza la categorización asignando cada establecimiento a una entre cuatro clases (A, B1, B2 y C). Los copagos son decrecientes, siendo más altos en los primeros grupos (A y B1) y percibiendo subsidios progresivos en hospitales públicos (Clases B2 y C). La tabla 3 presenta los copagos según clase





**Tabla 3. Detalles sobre los copagos en Singapur según la categoría de hospital**

Grupo	Clase A	Clase B1	Clases B2 y C
Descripción	Hospitales privados o habitaciones privadas en hospitales públicos  Los pacientes en la Clase A tienen habitaciones privadas y pueden elegir su propio médico o especialista	Hospitales públicos con habitaciones compartidas.  Los pacientes aún pueden elegir entre médicos del hospital público, aunque la elección es más limitada en comparación con la Clase A.	Hospitales públicos con habitaciones compartidas básicas y acceso a médicos asignados por el hospital. Los pacientes no tienen opción de elegir médicos y deben recibir atención bajo el sistema de asignación pública.
Copago	Los pacientes en esta clase tienen copagos más altos porque se benefician de una atención más personalizada y cómoda. Los copagos incluyen tanto el coseguro (parte del costo que no cubre el seguro) como el costo de la habitación privada.	Los copagos son más bajos que en la Clase A, ya que la habitación es compartida.	Los copagos en estas clases son los más bajos. La Clase C tiene los costos más bajos, con opciones de subsidio más altas por parte del gobierno
Ejemplo	Los copagos podrían ser de hasta 40-50% del costo total de la hospitalización, dependiendo de la cobertura del seguro.	Los copagos podrían estar en torno al 20-40% del costo total, dependiendo de los servicios requeridos.	Los copagos pueden ser menos del 10% del costo total de la hospitalización. El resto del costo está cubierto por subsidios gubernamentales.

Fuente: <https://www.aspesanidad.es/sistema-sanitario-de-singapur/>

### 3. Atención ambulatoria

Para recibir tratamiento ambulatorio los pacientes pueden optar por pagar de su bolsillo o hacerlo a través de MediSave. Si tienen condiciones crónicas se recurre a los planes MediSave500 y MediSave700 (que cubren hasta 500 y hasta 700 dólares de Singapur al año para tratamientos para enfermedades crónicas, vacunas y exámenes de salud. La inscripción en estos planes es optativa e involucra la incorporación al Programa de Manejo de Enfermedades Crónicas (CDMP) que incluye 23 condiciones prevalentes(14)

Los fondos de MediSave pueden utilizarse para cubrir tratamientos ambulatorios relacionados con estas condiciones, incluyendo consultas médicas, pruebas diagnósticas y medicamentos. Para la mayoría de los tratamientos bajo el CDMP, se requiere un copago en efectivo del 15%, excepto si el paciente está inscrito en una clínica bajo el programa de medicina preventiva Healthier SG, donde este copago puede no ser necesario pero requiere que el paciente elija un médico de cabecera (GP,

por sus siglas en inglés) con el que establece una relación continua para el monitoreo y manejo de su salud centrada en un plan personalizado que es monitoreado por un aplicativo telefónico.

En los casos de pacientes mayores de 60 años existe otra opción denominada FlexiMedisave es un programa con más flexibilidad para uso de sus ahorros de MediSave, el sistema nacional de ahorro para gastos médicos. Además de flexibilizar el uso de los fondos ahorrados por el paciente el programa reduce los copagos.

### 4. Cuidados prolongados

El apoyo para la atención a largo plazo incluye cobertura para cuidados paliativos en hospicios, rehabilitación diurna y servicios domiciliarios. MediSave Care ofrece retiros mensuales para personas con discapacidades graves, y MediSave500/700 y Flexi-MediSave se pueden utilizar para atención médica y de enfermería a domicilio.

### Parte 3. Evaluación del modelo de cuentas de capitalización

Se propone a continuación una evaluación SWOT del modelo en cuestión distinguiendo fortalezas, debilidades, oportunidad y amenazas.

#### Fortalezas

- **Alto desempeño en términos de resultados de salud y satisfacción de los usuarios.** Es difícil verificar si se debe a la oportuna respuesta y amplio acceso a servicios o a otros determinantes sociales de la salud (como el alto nivel de vida de los habitantes de Singapur). Pero los resultados de salud son excelentes tanto en morbilidad como en mortalidad. Además los niveles de satisfacción de los usuarios con el sistema son crecientes.

- **Eficiencia macro y micro en la asignación de recursos.** El modelo de Singapur evita duplicación de prestaciones, cuidados y registros médicos. Involucra a los pacientes en sus propios cuidados tanto incorporando incentivos económicos para que sea responsable a nivel clínico, como sensibilizándole para evitar derroches y prestaciones irracionales.

- **Servicios públicos avanzando hacia la autonomía de gestión y autosostenibilidad.** El modelo de Singapur no privatiza los servicios públicos de salud, pero los reconvierte en empresas autónomas. Aproximadamente la mitad de sus ingresos son recaudados por mecanismos de financiación de la demanda.

- **La autoridad regulatoria avanzada.** La Singapore's Health Sciences Authority (HSA) no solo opera el registro de fármacos sino también de dispositivos médicos y trabaja articulado con el Global Harmonization Task Force (GHTF). Además, de la categorización de los establecimientos varios hospitales avanzan en la acreditación ante la Joint Commission. Esto genera condiciones favorables para la exportación de bienes de salud y una captación de turismo sanitario.

#### Debilidades

- **Complejidad del sistema.** Hay múltiples actores involucrados en la prestación y la financiación. Esto se

complementa con esquemas de Subsidios y programas de financiación pública.

- **Falta de un responsable final por la salud.** El giro que opera el modelo incorpora la corresponsabilidad de los usuarios en las decisiones sobre prestación y financiación. Pero debido a la asimetría de información hay un riesgo significativo de que los usuarios no siempre tomen decisiones óptimas relativas a sus propios cuidados médicos.

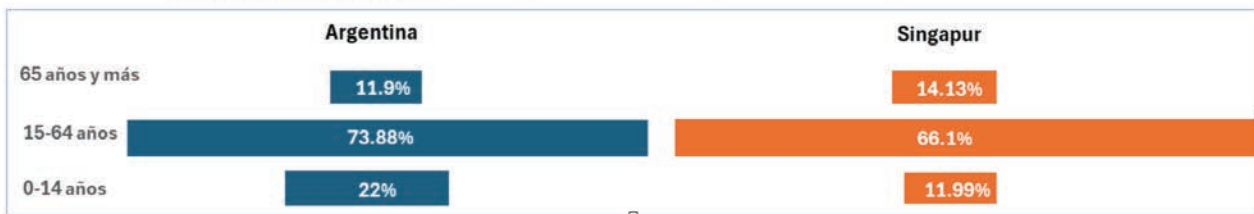
#### Amenazas

- **Necesidad de incrementar en forma progresiva la inversión en salud para mantener los resultados.** Según el Ministerio de Salud, el gasto nacional en salud de Singapur podría aumentar a 43 mil millones de dólares en 2030. Se espera que el gasto en atención médica, que comprende tanto el gasto público como el privado, represente el 5,9% del PIB y podría llegar al 9,0% para esa misma fecha. Este aumento se atribuye en gran medida al aumento del gasto gubernamental en atención médica, así como al consumo de servicios de atención médica por parte de la población local, atribuido en gran medida al envejecimiento de la población y a una tendencia hacia el diagnóstico más temprano de enfermedades crónicas, la vigilancia estrecha y el seguimiento.

- **Envejecimiento de la población.** Singapur también tiene una de las poblaciones que envejece más rápidamente en Asia, lo que se traducirá en una mayor demanda de atención especializada para personas mayores en medio del aumento de los costos. En el gráfico 2 se presentan las pirámides poblacionales de Argentina y Singapur. Como se puede apreciar, el peso relativo de la población más joven en Argentina duplica al registrado en Singapur. A su vez, la población mayor de 65 años es mayor en Singapur. Esto implica una ventaja comparativa para Argentina centrada en su bono demográfico. Mientras que el crecimiento vegetativo de la población en Singapur es negativo (15) y se proyecta que en 2030 representara el 25% de la población. En Argentina el crecimiento vegetativo de la población se ha detenido en la presente década, pero el envejecimiento es más lento.

El INDEC proyecta que en 2050 el 19% de la población será mayor de 65 años (16)

**Grafico 2. Piramides demográficas de Argentina y Singapur. 2021**

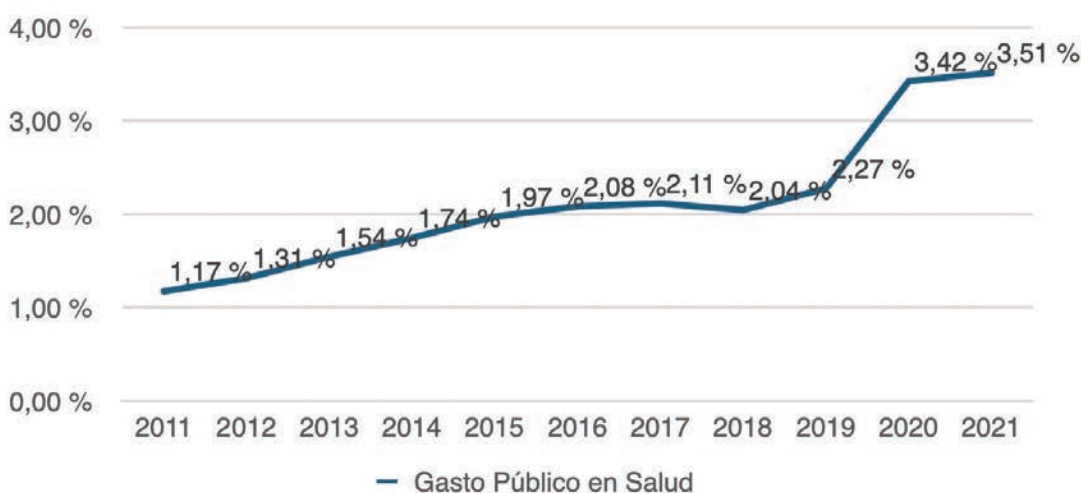


Fuente: [UN Population Division.2024](#)

- Necesidad de incrementar el gasto público en salud.** Entre 1960 y 2012 el gasto público en salud registro una tendencia decreciente en Singapur como resultado de las reformas incorporadas por el PAP (People's Action Party). El mismo paso de representar el 50% del total a solo el 31%(17). Sin embargo, para mantener la performance sanitaria, en un contexto de rendimientos marginales decrecientes de las inversiones

sanitarias, se hizo necesario incrementar el gasto público. Aunque el mismo se encuentra muy por debajo del registrado en los países con sistemas de tipo Beveridge, para acompañar los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos el gobierno estima que el sistema de salud requerirá asignaciones crecientes durante toda la década en curso.

**Grafico 3. Evolución del gasto en salud público en salud en Singapur como porcentaje del PBI. 2011-2021**



Fuente: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/singapur>



### Oportunidades

- **Complejo de la salud involucra oportunidades de crecimiento sostenido.** Por la creciente demanda de recursos humanos calificados, la investigación y desarrollo en medicina, la incorporación de valor sobre insumos importados, la provisión de servicios a extranjeros.

- **Incentivos a la innovación.** En un contexto de creciente demanda vinculada al envejecimiento de la población, una mayor carga de enfermedades crónicas, a los avances tecnológicos y a una población más informada y perceptiva. Esto, combinado con las limitaciones de las instalaciones médicas, hará que Singapur vea un reequilibrio de su sistema sanitario hacia una atención más domiciliaria. Habrá oportunidades para introducir iniciativas de teleasistencia a medida que el sistema sanitario evolucione gradualmente hacia una atención menos centrada en los hospitales y gire hacia una atención más ambulatoria. Con la llegada de la teleasistencia, la monitorización remota de los pacientes será de importancia estratégica para las empresas farmacéuticas, ya que los profesionales médicos estarán mejor posicionados para supervisar la adherencia de los pacientes al tratamiento y a medida que más pacientes se vean afectados por múltiples enfermedades crónicas que requieren múltiples productos farmacéuticos.

### Parte 4. Factibilidad de su implementación en Argentina

Hay ciertos requisitos para implementar un modelo de cuentas de ahorro en salud. A continuación, se presenta una revisión de los mismos incluyendo consideraciones sobre la situación argentina.

El primer requisito es la **estabilidad económica** para incentivar una mirada a largo plazo por parte de la población. En Singapur la reforma fue acompañada de otras similares para financiación de la vivienda y la educación. Su consolidación se dio en el marco de un crecimiento económico exponencial. En síntesis, el equilibrio macroeconómico constituye un condicionante clave para que se pueda impulsar un modelo de protección en salud

que tome como piedra angular cuentas de ahorro o capitalización en salud.

El segundo requisito es garantizar la **intangibilidad de las cuentas**. Argentina tiene antecedentes negativos al respecto. El mayor es la disolución de las cuentas de capitalización que administraban las AFJP y el posterior uso de los recursos del Fondo de Garantía de Sustentabilidad (FGS) de ANSES para financiar actividades no vinculadas a la Seguridad Social (prestamos al Estado nacional, AUH, créditos Argenta, etc). Preservar un uso de los recursos exclusivo para pago de cuentas medicas resulta fundamental y es tal vez la mayor restricción para replicar el modelo en Argentina debido a la inseguridad jurídica y un marco legal repetidamente vulnerado.

El tercer requisito es la **continuidad política**. En un análisis en profundidad del Sistema de Salud de Singapur se ha postulado que el éxito del modelo descansa en gran medida en la continuidad por más de tres décadas del partido de gobierno (PAP) (18). La polarización y los vaivenes políticos partidarios en Argentina atentas contra las posibilidades de implementar una reforma de salud promercado como el modelo de Singapur.

El cuarto requisito es la **legitimación permanente y progresiva de la reforma**. También el citado libro de William Haseltine destaca que el éxito del modelo de salud de Singapur se debe a la capacidad de reconocer y establecer prioridades nacionales de largo plazo, así como al deseo consistente de bienestar colectivo y armonía social del país. Los resultados epidemiológicos colaboraron con la aceptación del modelo. También el creciente compromiso del Estado para no dejar a nadie atrás incorporando subsidios que contribuyen a la sostenibilidad financiera. Todo esto aportó a la legitimación del modelo. En un estudio comparado de niveles de satisfacción de los usuarios de sistemas de salud Singapur fue el que registró el tercer mayor nivel de satisfacción (63%)(19).

El quinto requisito es la complementación de las políticas promercado con **subsidios equitativos**. Aunque el propósito del modelo fue viabilizar un esquema de mercado, a medida que el mismo avanzaba se identificó

la necesidad de complementarlo con programas de protección como ElderShield para discapacitados, MediFund life para la población pobre y un amplio elenco de subsidios a la demanda. Esto hizo que el gasto público en salud se duplicara en la última década. Aunque, vale la pena insistir, su participación sobre el gasto total continúa siendo muy baja e inferior a la mayoría de los países del mundo.

El sexto requisito es la implementación e integración de un **sistema de información clínica interoperable**. Al no haber un responsable último por la salud de la población es fundamental el monitoreo activo de los procesos de atención y resultados. Esto que en Singapur se ha logrado en Argentina esta muy poco avanzado. No se trata de un problema de factibilidad técnica sino, probablemente, de resistencia de los actores institucionales a que sean evaluadas sus acciones en favor de la salud de los pacientes.

El séptimo requisito es la **revisión permanente y reformulación del modelo en base a evidencias**. En Singapur la formulación del modelo se basó en el Libro Blanco de 1993, el cual examinó críticamente las reformas de la década de 1980. El mismo concluyó: "Las fuerzas del mercado por sí solas no serán suficientes para mantener los costos médicos al mínimo... En la atención médica, la oferta tiende a crear su propia demanda, lo que aumenta el gasto en atención médica. Por lo tanto, el Gobierno debe intervenir para evitar un exceso de oferta de servicios, para reducir la demanda innecesaria y, en última instancia, para controlar los costos" (20).

El octavo requisito es **equiparar la oferta**. Singapur es una ciudad-Estado con un territorio muy limitado y población altamente concentrada mientras Argentina es un país de amplia extensión con población relativamente dispersa. Es, por lo tanto, fundamental desarrollar la oferta de servicios como isocuantas de oferta respondiendo a isocuantas de necesidad. Para ello se

la propuesto la implementación de un mapa sanitario que regule la incorporación de tecnología evitando la duplicación y multiplicación de la oferta en forma irracional y corrigiendo desigualdades(21)

El noveno requisito es la **acreditación de calidad de los servicios de salud**. El modelo de Singapur no controla aranceles ni precios. No tiene un nomenclador único. Pero si define estándares de calidad, evalúa y acredita servicios y define niveles de copago para las diferentes categorías. En Argentina la acreditación de calidad es otra deuda pendiente.

El décimo requisito es implementar un conjunto de reformas legales profundas. En el caso de Singapur con la independencia se crea el Fondo Central de Previsión (CPF) que establece una aporte obligatorio mensual de los trabajadores equivalente al 16% del salario nominal, junto a una contribución del 20% por parte del empleador. El dinero que se aporta se divide en tres cuentas, el 23% de lo pagado va a la Cuenta Ordinaria que está destinada a la compra de la vivienda, el 6% va a la Cuenta Especial relacionada con la educación y a la jubilación, por último, entre el 8 y el 10,5 % va a la salud (MediSave). Se trata de medidas fundacionales de alta relevancia que resultaran difícil de emular en otros contextos (como el argentino).

### Conclusión

Dando respuesta concreta a la pregunta que se enuncia en el título de este informe se concluye que si es factible implementar un modelo de cuentas de ahorro en salud en Argentina aunque involucra un conjunto de desafíos. El análisis del caso de Singapur permite concluir que no se trata solo de incorporar un actor institucional más en el sistema de salud. Por el contrario, constituye una reforma profunda. Un verdadero cambio de paradigma que puede ser muy resistido por diferentes sectores y actores.

Entre las ventajas de avanzar hacia una reforma que asuma como pilar un esquema

de cuentas de ahorro en salud se puede mencionar la racionalización y mayor eficiencia, las posibilidades de incorporar incentivos a la calidad y atraer turismo sanitario regional, así como un entorno que mejore las remuneraciones de servicios y profesionales.

Entre las cuestiones más relevantes a definir para avanzar en ese sentido cabe destacar:

I. Si se cuenta en el gobierno con voluntad política para eliminar, en forma progresiva, al PAMI reconvirtiéndolo en un esquema de cuentas de ahorro complementadas con incentivos (como MediSave Flex).

II. Si es viable incorporar cambios legislativos como la derogación de la Ley N.º 26.682 de 2011 que regula la medicina prepaga y la reformulación del Programa Médico Obligatorio establecido por el decreto 486 del 2002.

III. Como se integraría a las Obras Sociales comprendidas por la ley 23.660 y 23.661 de 1988, así como a las Obras Sociales Provinciales.

IV. Si sería viable reconvertir a los ministerios provinciales de salud en esquemas similares a MediFund que financien la demanda en servicios públicos para población carenciada.

V. Si sería viable eliminar el Sistema Único de Discapacidad e instituir un seguro similar a Care Shield life.

VI. Si se cuenta en el gobierno con voluntad política para crear un seguro de enfermedades catastróficas que reúna el pool de riesgo adecuado para financiar las prestaciones de mayor costo y, de esa forma, construir la sostenibilidad y asequibilidad del esquema de cuentas de ahorro.

VII. Si se cuenta en el gobierno con voluntad política para acreditar hospitales públicos y privados y definir esquemas de copagos y subsidios progresivos.

VIII. Avanzar en análisis actuariales y de costos en salud como insumos para hacer simulaciones relativas a primas a ser definidas para un seguro de catastróficas (tipo MediShield) y un seguro de discapacidad (tipo Care Shield life).

## Notas

2) <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/singapore-healthcare>

3) <https://www.moh.gov.sg/healthcare-at-a-glance>

4) Basado en: Medici, El sistema de Salud de Singapur: Avances y desafíos. Noviembre de 2024.

5) Los hospitales públicos se configuran como empresas públicas autosostenibles que perciben ingresos por cada paciente atendido (por copagos, vía MediSave, Medishield y Medifund, por cobro directo a extranjeros, por subsidios. Dependiendo del caso los subsidio a la oferta representan entre el 50% y el-70% del gasto hospitalario mientras que los subsidio a la demanda configuran el restante de los ingresos.

6) Inicialmente se denominaba ElderShield y fue reformulado en 2020.

7) Inicialmente MediShield era un seguro de afiliación voluntaria. Fue reformulado en 2015 como Medishield Life convirtiéndolo en obligatorio y universal.

8) Es relevante señalar la diferencia de filosofía entre Medishield y el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay. Mientras el fin de este último se centra en garantizar a todos los uruguayos igualdad de acceso a tratamientos de alto costo, el propósito original de Medishield era garantizar la viabilidad financiera de un esquema de responsabilidad individual centrado en MediSave. Solo en 2015 con la reforma que crea Medishield Life se incorpora el objetivo de garantizar que todos los residentes tengan acceso a la atención médica necesaria sin enfrentar grandes barreras financieras. En particular, se buscó asegurar que aquellos con problemas de salud preexistentes, las personas mayores y los grupos de bajos ingresos pudieran beneficiarse de una cobertura de salud adecuada.

9) Las mayores son AIA, Great Eastern, Prudential, NTUC Income y AXA (ahora parte de HSBC Life).

10) Basado en Singapore Government Agency.

11) The Statutes of the Republic of Singapore Central Provident Fund Act 1953

12) Aunque el modelo de Singapur incorpora incentivos para la atención primaria, a diferencia del NHS británico, de la sanidad pública española o del sistema

canadiense, en Singapur los ciudadanos no son obligados a enrolarse en un médico de cabecera. Sin embargo, hay una amplia oferta de General Practitioners que trabajan en forma privada y de centros de salud comunitaria pública. Lo que sí es obligatorio desde 2011 es que toda la población tenga Historia Clínica Electrónica (HCE), que forma parte del sistema de salud digital del país que es estándar y forma parte del sistema de Información en Salud y es interoperable.

### 13) MediSave Personal Tax Rebate

14) Las condiciones cubiertas por el CDMP incluyen: a) Metabólicas: Diabetes, hipertensión, trastornos lipídicos, accidente cerebrovascular. b) Salud mental: Ansiedad, trastorno bipolar, depresión mayor, esquizofrenia. c) Respiratorias: Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), rinitis alérgica. d) Otras: Enfermedad de Parkinson, osteoartritis, nefrosis/nefritis, hiperplasia prostática benigna, demencia, epilepsia, osteoporosis, psoriasis, artritis reumatoide, cardiopatía isquémica, gota, hepatitis B crónica.

15) En 2023 la Tasa de Fecundidad de Singapur fue de 0,98 mientras la tasa de reemplazo es de 2.1 hijos por mujer.

16) Dossier estadístico en conmemoración del Día Internacional de las Personas de Edad. 1 de octubre de 2023

17) Mohammad Farhan R, Hussaini U.Z., Saifulsyahira J, Rosliza A.M. "A systematic review". International Journal of Public Health and Clinical Sciences. October 2016. [https://www.researchgate.net/publication/297357839\\_A\\_systematic\\_review\\_on\\_healthcare\\_financing\\_in\\_Singapore](https://www.researchgate.net/publication/297357839_A_systematic_review_on_healthcare_financing_in_Singapore)

18) Haseltine, William A., Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story, Brookings Institution Press, 2013.

19) <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-07/ipsos-global-perceptions-of-healthcare-2023.pdf>

20) Government of Singapore (1993). Affordable health care : a white paper

21) Tobar F y Lifschitz E (2009). Plan Estratégico de Salud de largo plazo. Buenos Aires. Fundación Sanatorio Guemes.







# La perspectiva de género como competencia profesional del personal sanitario

**María Pozzio**

Investigadora adjunta CONICET; Profesora asociada ICS-UNAJ.

## La perspectiva de género como competencia profesional del personal sanitario.

La formación de las carreras de salud ha ido modificándose en el tiempo, adaptándose a nuevos paradigmas y en ese sentido, en Argentina en las últimas dos décadas, el sistema de educación superior ha comenzado a ofrecer varias carreras de currícula innovada. En 2023 existían 6 carreras de medicina de este tipo. Las currículas innovadas suponen un cambio epistemológico y didáctico respecto al modelo flexneriano de educación médica y pueden incluir variadas opciones curriculares, por ejemplo, tener integración de contenidos -espiralada o modular-, aprendizaje basado en problemas, trabajo tutorado en terreno y/o fuerte impronta de atención primaria de la salud (Belloti, Guaresti y Pozzio, 2023).

Una de las características de estas carreras es el acento en orientar la enseñanza de competencias más que en contenidos. Dentro de las modificaciones en la educación superior en el siglo XXI y dadas las características de la producción de conocimiento en la era del Big Data (Leonelli, 2022), el desarrollo curricular se ha modificado. En este contexto, estas carreras de currícula innovada, parten de la definición de un perfil profesional y en función de ello, se plantean las competencias que deben enseñarse para construir ese perfil. Entonces las competencias serán las capacidades que la formación pueda desarrollar, de manera integral, buscando "el establecimiento de fuertes nexos entre competencia, individuo, tarea y contexto" (Alsina, 2011: 15).

Con este horizonte, después de 10 años de experiencia en la formación de carreras de salud -tanto en el grado como en el posgrado- y en la investigación social en el campo de los estudios de género, considero que es necesario comenzar a plantear que la perspectiva de género debe ser incorporada como una competencia profesional en las carreras sanitarias.

## La experiencia en la UNAJ

Esta idea forma parte del balance y la reflexión en torno de una de las escasas experiencias de curricularización de la perspectiva de género, que es la que se ha plasmado en la asignatura electiva Género y Salud, presente en los planes de estudio acreditados por CONEAU de Medicina y Enfermería, que dicto en el ICS-UNAJ. También, a partir de la Diplomatura Superior en Género y Salud dictada en la misma casa de estudios. Es decir, pensar la perspectiva de género como una competencia profesional es fruto de una reflexión surgida de la interacción con estudiantes de grado y posgrado, que provienen de distintas disciplinas, que trabajan en diferentes ámbitos de la salud pública: ellas, ellos, ellos -ávidos de aprender pero sobre todo, de intervenir, de resolver problemáticas desde una mirada sensible a las desigualdades, especial pero no exclusivamente, de género; necesitados de construir herramientas para reducirlas y/o eliminarlas- han sido quienes se apropiaron de esta perspectiva y alentaron esta propuesta.

La propuesta tiene una genealogía. Por un lado, es un producto de lo que en los feminismos -sí, en plural, pues son muchos y su potencial también está en su diversidad- hemos denominado "la sensibilización" de género. En el campo de la salud, ésta es también consecuencia del contexto, de las demandas de los usuarios y las adecuaciones normativas. Todo lo cual ha aumentado la necesidad de formarse y entender - lo que quienes han cursado la Diplomatura Superior en Género y Salud en sus cartas de motivación, nominan como " la necesidad de actualización profesional permanente". Así, la sensibilización da cuenta de una necesidad, pero también, de sus propios límites: muchas veces, no alcanza. Entonces, viene "la capacitación": la ley Micaela -tanto a nivel nacional como provincial- ha sido fundamental en este sentido, planteando la obligatoriedad



de la formación en género para los distintos agentes estatales. Las capacitaciones en ley Micaela se basaron en contenidos generales que muchas veces necesitaban de mediaciones, adecuaciones y apropiaciones, que los distintos contextos institucionales y las urgencias, no siempre permitían reponer. Entonces, llegamos a la “transversalización” y la “curricularización”: cómo incorporar a las currículas específicas, de manera transversal, estos contenidos que tienen que ver con la perspectiva de derechos y equidad -pero que a la vez, no pueden ser reducidos a ellos. Es allí donde emerge, entonces, la noción de competencia profesional.

#### **De Micaela a Ana María.**

Micaela García(1), quien le da nombre a la ley que obliga a la capacitación en género, fue víctima de un femicida que tenía libertad condicional otorgada por un juez de la Nación que evidentemente, carecía de perspectiva de género. Ana María Acevedo(2) es una joven que murió porque ninguna de las personas que intervinieron en su caso, tuvo perspectiva de género. Si la hubieran tenido, le habrían otorgado el aborto que su familia solicitaba. El caso de Ana María Acevedo es uno de muchos, como el de Micaela; pero

es a la vez único pues es el que nos permite ponerle nombre y apellido a la necesidad de formar profesionales con perspectiva de género.

¿Qué implica plantear la perspectiva de género como una competencia profesional? Implica que para considerar a un profesional de la salud como un buen profesional, que acredite el saber hacer, las habilidades y competencias como para desempeñarse de manera óptima en los servicios de salud, debe tener esta perspectiva. “Debe tenerla” implicará que quizá ese profesional no haya leído *El Segundo Sexo*, el clásico libro de Simone de Beauvoir; que quizá no se reconozca como feminista, pero sí entienda que, más allá de las cualidades personales de las y los profesionales, cualquiera que cuide la vida de los demás y brinde atención sanitaria debe poder intervenir con perspectiva de género. ¿Qué significa eso? Significa brindar atención, entendiendo el lugar del orden de género en la etiología de los padeceres, en la determinación de los procesos de producción de salud-enfermedad, en las posibilidades de acceder a los servicios de salud. Y sobre todo, volviendo al caso de Ana María, significa que intervenir con perspectiva de



género reduce los riesgos de las personas de enfermar, de recibir atención, de morir (Pozzio, 2023).

### Desafíos

Proponer que la perspectiva de género debe ser una competencia profesional supone varios desafíos. En términos pedagógicos, supone avanzar en herramientas que permitan su adecuada acreditación y evaluación, lo cual supone una reflexión rigurosa que distinga el posicionamiento de la adquisición de la competencia. También, implica precisarla en contextos específicos, disciplinares y laborales. Y en términos contextuales, en la Argentina actual, implica un compromiso institucional y académico en un contexto de adversidad para el ámbito de la educación y la salud públicas, pero también de hostigamiento de las perspectivas feministas y recrudescimiento de las violencias machistas.

### Notas

1) Violada y Asesinada por Sebastián Wagner, quien tenía una condena por haber violado a dos mujeres. Los hechos ocurrieron en Gualaguay, provincia de Entre Ríos, en 2017. La ley Micaela es la 27499/18, promulgada el 10 de enero de 2019.

2) Ana María Acevedo, joven santafesina que murió a los 20 años en 2007, diagnosticada con un cáncer, a quien se le negó el

tratamiento por estar embarazada a pesar de los pedidos de su familia y de que la ley del aborto vigente entonces, que contemplaba el aborto terapéutico. Su caso se hizo público y se convirtió en un emblema en la lucha por la legalización del aborto.

### Referencias

Alsina J, coordinador (2011) Evaluación por competencias en la universidad: las competencias transversales. Cuadernos de docencia universitaria nº 18. Barcelona. Editorial Octaedro.

Bellotti M, Guaresti G, Pozzio M. (2023) "Admisión a carreras universitarias con cursos de ingreso y cupos protegidos: reflexión desde una carrera de medicina (Río Negro, Argentina)". *Interface (Botucatu)* 27: e220525 <https://doi.org/10.1590/interface.220525>

Leonelli, Sabina (2022) A pesquisa científica na era do big data. Río de Janeiro, Editora Fiocruz.

Pozzio, María (2023) "Incorporando "Nuevas Lentes" La perspectiva de género (PDG) como competencia profesional en la formación de carreras de salud. Producciones de género y salud en el ICS" Desde acá-cimientos para una salud situada, Nº 1, vol 1. <https://ojs.hospitalelcruce.org/desdeaca/article/view/122/88>





