

MAESTRÍA EN SISTEMAS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

TESIS

**SEGURO PROVINCIAL DE SALUD COMO HERRAMIENTA
EN LA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA EQUIDAD, LA
EFICACIA Y LA SUSTENTABILIDAD DEL SISTEMA DE
SALUD EN LAS PROVINCIAS ARGENTINAS.
DESARROLLO DE UNA PROPUESTA EN ENTRE RÍOS.**

Alumno: Dra. Lucía Peirano Klein

Director: Dr. Aldo Neri

Co-Director: Dr. Antonio Carlos de Azevedo

Promoción: 2001-2002

Buenos Aires,
Junio de 2004

**A mis hijos,
a mis maestros,
a mi país.**

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los docentes y colaboradores de esta casa por haberme dado la posibilidad de ser mejor como profesional y como persona, ofreciéndome una visión de la especialidad no sólo técnica, sino humana y amplia en todo sentido; a quienes me acompañaron a lo largo de las clases y a quienes supervisaron mi trabajo con dedicación y cordialidad; a los funcionarios, directivos y empleados de las instituciones públicas y privadas de la Provincia de Entre Ríos que colaboraron con este estudio, y muy especialmente a mis directores de tesis Dres Aldo Neri y Antonio Carlos de Azevedo, que a pesar de su intensa actividad profesional, brindaron con calidez su apoyo y su asesoramiento para que esta tesis pudiera ser realizada.

Lucía Peirano Klein

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen
Palabras clave
Presentación.

1. Problema.

- 1.1. Identificación del problema.
- 1.2. Descripción del problema.
- 1.3. Análisis del problema.
- 1.4. Utilidad, Relevancia y Justificación del estudio realizado.
- 1.5. Formulación del Problema de la Tesis.

2. Objetivos.

- 2.1. Objetivo General.
- 2.2. Objetivos Específicos.

3. Marco Teórico Referencial.

- 3.1. Marco Teórico Referencial.
- 3.2. Definición de las variables
- 3.3. Hipótesis.

4. Metodología.

- 4.1. Tipo de Investigación realizada.
- 4.2. Operacionalización de las variables.
- 4.3. Definición de universo.
- 4.4. Definición de unidades de análisis.
- 4.5. Recolección de datos.

5. Análisis.

6. Conclusiones y reflexiones finales.

7. Bibliografía.

8. Anexos.

- 8.1. Mapa de la República Argentina.
- 8.2. Mapa de la Provincia de Entre Ríos.
- 8.3. Análisis de la situación de salud en la Provincia de Entre Ríos.

Resumen

La crisis socioeconómica sin precedentes desatada a fines de 2001 en Argentina colapsó su sistema de salud. No sólo influyó la coyuntura, sino que el sistema ya presentaba graves fallas estructurales. Argentina es un país federal con gran autonomía de los gobiernos provinciales, quienes se encargan de la ejecución de las políticas de salud. En la actualidad el Estado provincial en la mayoría de las jurisdicciones, no puede garantizar el acceso universal de los habitantes a un sistema de salud equitativo, sustentable con los recursos existentes, capaz de mejorar la situación de salud de la población a través de políticas adecuadas a las necesidades sanitarias.

En la presente tesis, se propone una estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad de los sistemas provinciales de salud, tomando como referencia la provincia de Entre Ríos. Los componentes de la estrategia son múltiples y se basan no sólo políticas destinadas a reducir la morbimortalidad, sino también en aquellas orientadas hacia el reordenamiento del sistema de salud. Se describen acciones para el fortalecimiento del rol rector, regulador y de control del Ministerio de Salud provincial, la mejora de la eficiencia del sector público y la articulación e integración de los efectores provinciales, municipales y privados en una red provincial de servicios de salud. Por otra parte, se indican políticas para mejorar el acceso de la población al sistema, proponiendo un modelo de Seguro de Salud. En éste, el Estado aseguraría por default sólo a la población sin cobertura, integrando como agentes a la seguridad social e invitando a adherir a los aseguradores privados. Estaría administrado por un ente autárquico. Se unificaría el paquete prestacional a cubrir por todos los financiadores. La provisión de servicios incluiría a prestadores públicos y privados. Se contaría con un reaseguro para patologías de baja frecuencia y alto costo. Se adheriría al Seguro Nacional de Salud solicitando la descentralización el aporte correspondiente del Tesoro Nacional para cubrir a la población no asegurada y carente de recursos con residencia permanente en la provincia, previstos por Ley. Se proponen diferentes modelos de contratación y pago. La implementación del Seguro sería progresiva, sugiriéndose como zona piloto el departamento Feliciano.

La estrategia propuesta podrá mejorar las variables enunciadas a través de la concreción de los distintos componentes de la misma, aunque es necesario el consenso de los actores del sistema y el apoyo técnico extraprovincial.

Palabras clave

Seguro de salud

Provincia

Eficacia

Sistema de salud

Equidad

Sustentabilidad

Presentación

La organización federal de la Argentina determina que los gobiernos provinciales sean los que se encarguen de diseñar y ejecutar las políticas de salud con la coordinación y rectoría del Ministerio Nacional. La crisis socioeconómica desatada a fines de 2001 ha colapsado el sistema de salud. En esta tesis de maestría se identifican sus desencadenantes en el contexto nacional, tanto en lo que se refiere a la coyuntura y a los tiempos previos a la crisis, como a las fallas estructurales del sistema de salud argentino. Desde la óptica provincial se describe el problema de todas las jurisdicciones, tomando como referencia una de las provincias, Entre Ríos. La descripción incluye aspectos estructurales, tales como características poblacionales, gasto y cobertura de salud, utilización de servicios, características de la oferta, dinámica y articulación de los prestadores. También se describen los aspectos coyunturales. En el análisis del problema surgen como principales puntos desarrollados el incremento del gasto, la imposibilidad de sustentarlo, la ineficiencia del sistema, la disminución de su eficacia producida por las alteraciones de la calidad y oportunidad de las prestaciones debidas a las deficiencias en la financiación, y además agravadas por el aumento de la pobreza y la disminución de la cobertura de salud, determinando una situación altamente inequitativa. La utilidad y relevancia del problema está dada porque involucra los propósitos del sistema, la equidad, la eficacia entendida como el aumento de vida saludable de los habitantes, la universalidad. También trata sobre valores sociopolíticos como el federalismo, la seguridad jurídica y la inclusión social, y sobre principios que sustentan el sistema como eficiencia, calidad, sustentabilidad, pluralidad, solidaridad. El problema planteado es determinar cuáles serían los ejes de una estrategia tendiente a mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las provincias. El objetivo principal de este trabajo es proponer una estrategia que cumpla con estos requisitos, y específicamente identificar y describir sus componentes fundamentales, así como desarrollar los principales ejes de un seguro de salud como herramienta clave dentro de la propuesta.

En el marco teórico referencial se describen las diferencias entre sistemas de salud de diversos países. Se parte del análisis de los sistemas desde sus componentes de gestión, a través de la descripción de los modelos básicos y de la clasificación de Fields; y desde la financiación a través del modelo de Evans. También se describen y agrupan los sistemas de salud de países de América Latina, se detallan los antecedentes en las políticas del sistema de salud argentino, se analizan los valores que debe tener, la cobertura actual de salud y el desarrollo de iniciativas provinciales para mejorarla. Se definen las variables de equidad, eficacia y sustentabilidad. Se plantea como hipótesis que un Seguro Provincial de Salud constituye una estrategia válida para mejorar las variables mencionadas en el sistema de salud de las provincias.

En la metodología se operacionalizan las variables, determinando el tipo de estudio, el universo y la unidad de análisis estudiados así como la forma de recolección de datos.

En el análisis se identifican y describen los principales componentes de la estrategia propuesta, en lo referente a políticas tendientes a reducir la morbimortalidad, al reordenamiento del sistema, al fortalecimiento de la función de rectoría y coordinación del Ministerio de Salud Provincial, en estrecha vinculación con su par nacional, y a la mejora del acceso de la población, fundamentalmente mediante la universalización de la cobertura, a través de un Seguro Provincial de Salud. Los ejes fundamentales de este

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

último se desarrollan cuatro puntos básicos: población a cubrir, paquete prestacional, financiamiento y organización e implementación del Seguro.

Seguidamente se las conclusiones y reflexiones finales y se detalla la bibliografía. Como anexos se incluyen mapas de Argentina y de la provincia de Entre Ríos, así como un análisis de la situación de salud en dicha provincia.

La tesis de maestría que se presenta está relacionada con las materias Análisis y diseño político estratégico, Gasto y financiamiento social, Sistemas de salud comparados, Seguridad social, entre otras.

1. Problema

1.1 Identificación del problema

CONTEXTO GENERAL

El sistema de salud argentino colapsó ante la crisis socioeconómica del país, agudizada tras la caída de la convertibilidad del peso a dólar y la devaluación de la moneda nacional. Hay algunas consideraciones que hacer acerca del proceso que precedió a la crisis y que venía desarrollándose progresivamente desde hace algunos años.

- Durante la década del noventa, mientras que la economía del país tuvo un incremento en el orden del 50%, el gasto público creció 90 % (Vasallo, 2.003).
- Los cambios necesarios para reducir el gasto no se pudieron concretar por una parte por la rigidez de las estructuras y por otra por la resistencia al cambio producida en las instituciones de muchos sectores del país, que a veces encubría bolsones de corrupción.
- La recaudación fiscal no mejoró y el déficit fue cada vez mayor.
- No se pudo alcanzar el equilibrio fiscal sin recurrir al financiamiento externo.
- Entre los créditos internacionales que se tomaron, algunos fueron destinados a la reforma del sector público, como en el área de la salud. Los programas para la reforma, si bien lograron una apertura, no alcanzaron los resultados esperados y contribuyeron a aumentar aún más el endeudamiento externo.
- Un patrón monetario rígido necesitaba una elevada flexibilidad. Se perdieron oportunidades para permitir que el modelo fuera más flexible a través de una canasta de monedas.
- El dólar barato favoreció la importación y redujo las ganancias en pesos por la exportación de productos nacionales.
- El sistema financiero distorsionó su rol. Más que a desarrollar una banca orientada hacia proyectos productivos, como por ejemplo para expansión de las empresas o para micro emprendimientos, se dedicó a otro tipo de inversiones contribuyendo de este modo a la recesión y limitando el crecimiento.
- Hubo una marcada reducción de la industria nacional, que en algunos casos dejó de producir insumos básicos, al no poder competir con los productos importados.
- Para mejorar la competitividad de los productos nacionales se redujo el porcentaje de las contribuciones patronales a la seguridad social, agravando aún más su déficit. Se estima que debido a la disminución de las contribuciones, la seguridad social dejó de recaudar quince mil millones de pesos entre 1995 y 2000 (Ventura).
- Consecuentemente al achicamiento de la industria y a la reducción de la producción determinados por la menor competitividad de los productos nacionales en el mercado interno y al tipo de cambio, desfavorable para el

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

sector exportador, se redujo el mercado de trabajo, la recaudación y se agravó la recesión.

- El endeudamiento externo se fue haciendo cada vez más oneroso y con mayores compromisos hasta caer en default a fines de 2001.

Hubo determinantes que precipitaron la crisis y el colapso del sistema de salud tras la caída de la convertibilidad y la devaluación.

- El gasto en salud en la Argentina en 2001 fue cercano a los 22 mil millones de pesos (Tobar, 2002). El gasto en salud por habitante fue de 608\$. Hasta fines de 2001 este gasto era equivalente a dólares, pero tras la abrupta caída de la convertibilidad, el gasto representó algo más de 180 dólares per cápita en 2002. De esta manera, Argentina pasó de ser el país de mayor gasto per cápita en salud en Latinoamérica a ubicarse casi en el último lugar (González García, 2003).
- El costo de los insumos aumentó marcadamente, en especial de aquellos importados y de los medicamentos. Si bien hay medicamentos totalmente importados, en la mayoría de ellos lo único que se importa es el principio activo, que representa entre 8 y 12 % del costo total (González García, 2003). Sin embargo, después de la caída de la convertibilidad, los precios de los medicamentos subieron en forma dispar, pero en promedio el aumento fue desproporcionado con respecto a la suba del dólar y la devaluación, de manera que en 2002 se desarrollaron políticas tendientes a mejorar el acceso a través de la prescripción de los mismos por nombre genérico, la sustitución farmacéutica y los precios de referencia. En el primer trimestre de 2002 un conjunto de 25 insumos hospitalarios de alta rotación sufrió un aumento de 203%. (González García, 2003). Si bien son insumos menos masivos que los medicamentos, son de alto impacto y muchos de ellos son elementos esenciales para procesos diagnósticos o terapéuticos. Hay insumos importados que no se producen en nuestro país, y si bien se debe alentar el desarrollo de su producción nacional, su concreción constituiría una política a largo plazo. De todos modos en este rubro siempre habrá dependencia externa, y es un sector que hay que proteger, en especial durante la coyuntura. De este modo se impulsó una política para eliminar los aranceles e impuestos sobre un listado de elementos esenciales.
- La disminución de la capacidad de pago de los usuarios ante la devaluación y el aumento de los precios provocó la contracción del sector privado.
- La disminución de la actividad productiva llevó a la disminución de la recaudación y afectó el financiamiento del sector público, comprometiendo el abastecimiento de los insumos, los salarios, las prestaciones, y hasta los aportes y contribuciones del Estado a la seguridad social.
- El financiamiento del sector público es inelástico a la variación de precios de los insumos. La administración pública se rige por la ley de presupuesto determinada para cada año en curso. El sector debe ajustar sus gastos durante el año al monto asignado.
- Hubo carencia de políticas anticíclicas en el Estado, ya que no se previó el desarrollo de un fondo de ahorro para las situaciones de crisis.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

- El desfinanciamiento de la seguridad social fue causado por la caída de la recaudación, a su vez determinada por el descenso de la actividad productiva, el incremento del desempleo, la subocupación y el trabajo informal. Sólo en enero de 2002 la recaudación de obras sociales disminuyó 24 % respecto de igual mes del año anterior (González García, 2003).
- La seguridad social depende de los aportes y contribuciones determinados por ley como porcentaje sobre el salario. En general los salarios no han sufrido grandes variaciones desde la ley de convertibilidad, mientras que los costos prestacionales y en especial los medicamentos se incrementaron marcadamente. A principios del año 2000 el sector asegurador ya registraba una deuda prestacional del orden de los 2000 millones de pesos. Cerca de la mitad correspondía al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) y a las obras sociales provinciales (González García, 2003). Ante esta situación y tras la crisis los financiadores se encuentran en dificultades para cumplir con el Programa Médico Obligatorio.
- En este marco, se incrementaron las órdenes judiciales que obligaron a proveer determinadas prestaciones sin que las aseguradoras cuenten con el financiamiento para asumir los gastos de las mismas, y sin que los magistrados hayan considerado si dichas prácticas eran de emergencia, impostergables o indispensables ante la situación de crisis.
- Se produce entonces la ruptura de la cadena de pagos de los financiadores a los prestadores y de éstos a los proveedores.
- En consecuencia se produce el corte de la cadena de crédito de proveedores a prestadores.
- Va cobrando cada vez más importancia el quiebre de los prestadores por el aumento de costos, los atrasos en el pago de los financiadores y corte del crédito.
- El aumento de los costos y las dificultades de los proveedores de servicios para continuar prestando en esta situación financiera, redundan en la calidad de las prestaciones.
- El aumento de población sin cobertura explícita producidos por la desocupación y el trabajo informal, y/o la imposibilidad de solventar una cobertura privada llevan a una mayor utilización del sector público, el cual se ve sobrecargado y no se encuentra adaptado a las actuales circunstancias.
- La imposibilidad de gran cantidad de beneficiarios de la seguridad social o de sistemas privados de abonar los copagos o coseguros, conlleva también a una mayor utilización del sector público.

Esta crisis coyuntural sobrevino en un marco de profundos problemas estructurales del sistema de salud.

- El desplazamiento del trabajo humano por tecnología y el aumento de la productividad por persona ocupada, llevan a la disminución del empleo a nivel mundial. Este fenómeno sumado al incremento de la precarización laboral determina que la seguridad social financiada a través del empleo se vea restringida a grupos cada vez menores.
- Por otra parte esta situación lleva a una cantidad cada vez mayor de excluidos del sistema, aislando su participación social, económica y política, y favoreciendo la

ruptura con la sociedad y la familia. Esta situación fomenta la incidencia de desnutrición, infecciones, adicciones, delitos y violencia, y genera patologías personales, familiares y sociales.

- La creciente cantidad de personas sin cobertura explícita y el incremento de patologías asociadas a la pobreza representan un potencial incremento del gasto público en salud y un grave problema político sanitario para el Estado.
- El aumento de la expectativa de vida trae aparejado un mayor peso de patologías crónicas, con los consiguientes incrementos de los costos. Cabe recordar que, por término medio, una persona mayor de 65 años gasta en salud 3,6 veces más que otra menor de esa edad (Bandrés). Por otra parte la sobrevivida más prolongada produce una mayor dependencia por parte de los pasivos hacia la población económicamente activa, que es la que sustenta el sistema. Asociado a esto, el descenso de la natalidad hace prever el agravamiento de la situación en el futuro, ya que cada vez la cantidad de activos será menor y la sobrevivida será mayor.
- El desarrollo de estudios sobre el genoma y el proteoma humanos, podrán disolver en el futuro el carácter probabilístico de la enfermedad, base de la mayoría de los modelos de respuesta a los problemas de salud en el mundo.
- La tendencia creciente de los costos del sistema está determinada por una parte por la aparición de nueva tecnología, pero por otra responde a condicionamientos sobre los procesos de organización de los servicios médicos. Estos se ven influenciados por incentivos de algunos actores que, para diferenciar productos o servicios, de alguna manera introducen o difunden presiones sobre la autonomía del profesional como asignador de recursos del sistema. Las decisiones del médico determinan el flujo de pacientes entre los distintos servicios de salud y los diferentes niveles de atención, así como en el consumo de determinados insumos, definiendo así la función de producción (Vasallo, 2002).
- Hay una mayor exigencia en la demanda de servicios por parte de la población. Esto está determinado por el incremento del protagonismo de los beneficiarios. A su vez hay mayor preocupación de las instituciones por la satisfacción de los usuarios. Por otra parte, y para disminuir la influencia del médico como asignador de recursos hay una tendencia de reforma que utiliza herramientas de gestión como la libertad de elección del paciente o la promoción de sistemas de financiamiento a demanda (Vasallo, 2002).
- La escasa regulación estatal sobre el sector permite que el sistema se desarrolle desordenadamente, sin tener en cuenta que el Estado debe garantizar el acceso al sistema de salud en forma universal, equitativa, eficaz, eficiente y con adecuada calidad, de acuerdo a las necesidades de salud de la población y en base a los recursos disponibles.
- Hay inadecuada distribución de los recursos, tanto edilicios como humanos o económicos, en relación a las necesidades de salud de la población.
- La escasa capacidad de gestión desarrollada desde el sector público impide la adecuada utilización de los recursos existentes.
- La fragmentación institucional, tanto en lo atinente a la financiación como a lo prestacional se ve agravada por la escasa participación del Estado en cuanto a la regulación del sistema. Esto posibilita la superposición de roles de los actores del sistema, el incremento de los costos y la ausencia de coordinación para lograr una optimización de la utilización de recursos y una distribución de los mismos más ajustada a las necesidades sanitarias y a la vez más equitativa y solidaria. La

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas.

Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

ausencia de articulación de los prestadores, tanto vertical como horizontal, así como la carencia de integración entre el sector público con el privado son elementos que deberían ser reformados en la construcción de un sistema de salud eficiente, accesible, sustentable y eficaz.

El gasto en salud de nuestro país ha sido alto en relación a los resultados sanitarios, comparado con otros países latinoamericanos. Entre otras causas esto se debe a una serie de inequidades existentes entre diferentes regiones del país. Las provincias argentinas muestran desigualdades en sus sistemas de salud, así como distintos perfiles socioeconómicos y diferentes patrones epidemiológicos. La descentralización de la organización administrativa, financiera y territorial del sistema de salud permitiría un mejor acceso y una gestión más eficiente y adaptada a las necesidades sanitarias locales. Las provincias argentinas, como integrantes de un país federal, se hacen cargo de la organización de su sistema de salud y, por otra parte tienen el tamaño adecuado para generar economías de escala. El Ministerio de Salud de la Nación define las prioridades sanitarias de los argentinos, sincronizando y orientando a los ministerios provinciales y determinando políticas tendientes lograr la coordinación de un sistema de salud más solidario y equitativo.

1.2 DESCRIPCIÓN

En el contexto descrito precedentemente, las provincias siguieron manteniendo su déficit, aumentando su endeudamiento y afrontando muchas dificultades.

Los ingresos de las provincias crecieron, al igual que los de la Nación, durante la década del noventa, pero el gasto también aumentó y siempre estuvo por encima de los recursos totales, con excepción al año 1992, en que se llevaron a cabo la mayor parte de las privatizaciones (Vasallo, 2003).

En Argentina hay una distribución de responsabilidades en cuanto a gastos y potestades fiscales. Actualmente está en vigencia el sistema de distribución de recursos regido por la ley N° 23.548, conocida como de coparticipación federal, y algunas modificaciones, como el pacto Nación - Provincias. La distribución de la coparticipación se realiza en base a la población y a su distribución, y no a indicadores objetivos para salud y educación. La coparticipación permite la distribución entre las provincias de aproximadamente 16.400 millones de pesos. Además las provincias pueden recibir de la Nación partidas del presupuesto nacional establecidas para cumplir con compromisos asumidos con algunas jurisdicciones. La seguridad social, sin contar Pami ni algunos otros aspectos, maneja 17.000 millones de pesos, que luego se distribuyen en todo el país.

El actual sistema de recaudación presenta varios problemas. El gasto público se programa mediante presupuestos anuales, sin determinar parámetros a largo plazo. No existen incentivos para que las provincias recauden y sean más responsables en el manejo del gasto público de la jurisdicción. En cambio, hay incentivos perversos, como el bail-out, para salvar mediante instrumentos financieros a las jurisdicciones que están atravesando problemas de esa índole, independientemente de los motivos que llevaron a dicha situación. El desbalance fiscal vertical indica que las provincias financian menos de 20 % del gasto con recursos propios. (Vasallo, 2003)

La alta fragmentación de la cobertura es similar a lo que ocurre a nivel nacional. Al tratarse de jurisdicciones de población más reducida, y dada la fragmentación ya

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

mencionada, es menor la posibilidad de generar economías de escala. Por lo tanto, los costos de transacción son más elevados por compras e inversiones paralelas y sin instancias de coordinación. En las provincias, en muchos casos el número de beneficiarios de cada obra social no alcanza a la mínima cantidad para dar estabilidad económica y operativa al sistema. De acuerdo a lo establecido en la formulación de los Health Care Trusts del sistema de salud británico, actualmente se considera que la población promedio de los servicios regionales no debe descender de 100 mil habitantes (Klein, 2004). Esta cifra puede ser manejada apropiadamente por las provincias.

La descentralización en el sistema de salud ha resultado inconclusa, ya que no sólo debe ser financiera sino que todos los aspectos deben ser contemplados, y también incompleta, porque Pami y las obras sociales nacionales continúan centralizadas.

Las obras sociales provinciales atraviesan problemas de financiamiento debido al déficit de las provincias, a lo que se agrega en muchos casos los gastos derivados del incremento del padrón por inclusión de población sin cobertura explícita. El pago con bonos a los empleados durante la crisis ha complicado aún más la situación en ese período. En muchos casos los pedidos políticos y las órdenes judiciales las obligan a asumir gastos sin contar con el financiamiento correspondiente.

La desarticulación e incoordinación entre los municipios y la provincia, el sector público y el privado, los Estados provinciales y la seguridad social, no sólo posibilitan la duplicación de programas, el descontrol en el gasto y la ineficacia política, sino que retrasan el ineludible proceso de integración.

Los programas provinciales de reformas son escasos. En general las jurisdicciones no cuentan con los recursos necesarios. La designación de políticos sin respaldo técnico en lugares clave del sistema de salud provincial genera disfunciones en la gestión, sin poder alcanzar resultados más adecuados ante la difícil situación por la complejidad de la problemática. La situación se agudiza por la falta de continuidad de los gestores y por la carencia de un régimen que tienda a profesionalizar la gestión de las instituciones de salud.

Aunque cada provincia tiene aspectos que comparte con las demás jurisdicciones, hay muchas características que le son propias. Para poder desarrollar el tema en forma más exhaustiva, se ha tomado una de ellas como referencia. A continuación se describirá el problema desde la provincia de Entre Ríos, comparativamente con las demás jurisdicciones. Dada la crisis sufrida en su territorio, se lo expondrá en sus aspectos estructurales, y coyunturales, aunque para una mayor y más detallada comprensión del contexto local, se remite al anexo III. Allí se realizó una exposición de las principales características generales, demográficas, socioeconómicas, epidemiológicas y del sistema sanitario en la provincia.

Provincia de Entre Ríos

I. ASPECTOS ESTRUCTURALES COMPARATIVOS CON LAS DEMÁS PROVINCIAS

El problema puede ser descrito desde ángulos distintos:

- A. Las características de la población de la provincia, a cuyas necesidades y demandas en materia de salud debe estar dirigido el sistema y la red de servicios.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

- B. El gasto y el financiamiento de los servicios de salud.
- C. Utilización de los servicios de salud.
- D. La estructura y los recursos de cada sector prestador de servicios, tanto público como privado, determinando las características estructurales de la oferta.
- E. El funcionamiento de cada sector y la articulación de la red de servicios de salud.

A. Características de la población.

Entre Ríos presenta variaciones que inciden en las características de su población en diferentes zonas de su geografía. Las costas de los ríos Paraná y Uruguay concentran la mayor parte de los habitantes, así como el comercio, la industria y las principales ciudades. De todos modos hay gran cantidad de población dispersa en ciudades más pequeñas y pueblos. La población rural no alcanza a 10 %. Esta dispersión hace necesario el desarrollo de una amplia red de servicios para lograr un adecuado acceso de los habitantes a los servicios de salud, así como un efectivo sistema de comunicación, traslados, referencias y contrarreferencias, aspectos que hasta ahora no han sido alcanzados.

a. Aspectos demográficos

Crecimiento poblacional

Entre Ríos tuvo una de las más bajas tasas de crecimiento poblacional en el último período intercensal comparado con las demás provincias argentinas. Sólo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (limitada por aspectos geográficos y de densidad de población), Santiago del Estero y San Juan presentan cifras inferiores a la de esta jurisdicción. En períodos anteriores llegó a presentar cifras bastante más bajas, pero se ha ido recuperando paulatinamente en los últimos años. La tasa de crecimiento medio anual se calculó en 7,26 por mil habitantes, siendo el promedio nacional de 11,9‰.

En Entre Ríos la tasa de crecimiento poblacional 1991-2001 fue marcadamente superior en el departamento Federación en relación al resto de las jurisdicciones departamentales. Hubo un marcado crecimiento en los adultos, lo que podría relacionarse con procesos inmigratorios. Por el contrario, hubo departamentos con una tasa que no alcanzó a dos dígitos. Debe contemplarse la posibilidad de migraciones hacia otros departamentos o provincias. Entre las cuatro ciudades más importantes de la provincia, Gualeguaychú fue el municipio con mayor crecimiento, seguido por Concordia. La tasa de crecimiento de la población debe considerarse en la planificación para asignación de recursos y en el diseño de políticas e inversiones a mediano y largo plazo.

Composición etárea de la población

En las provincias argentinas la composición de la población por grupos de edades es muy variada. Si se comparan con las cifras promedios del país, hay provincias que presentan porcentajes bajos de niños y gran proporción de adultos mayores, como la Capital Federal, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. Por otra parte, las restantes provincias tienen una

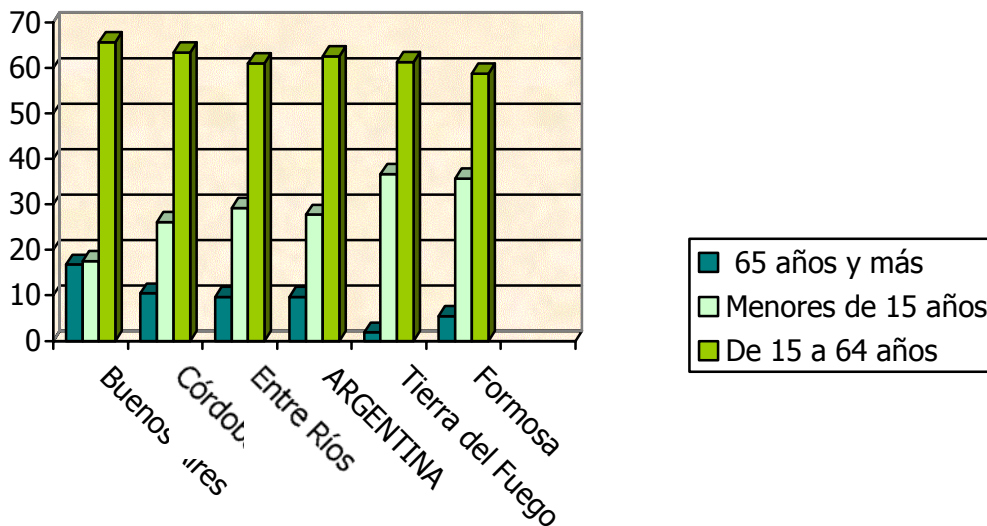
"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

elevada proporción de niños y, excepto Entre Ríos, las demás jurisdicciones presentan un porcentaje reducido de adultos mayores.

La proporción de adultos no llega a 60 % en Misiones, Santiago del Estero, Formosa y Corrientes, mientras que la provincia de Buenos Aires muestra el porcentaje más alto, que alcanza a dos tercios de su población.

Porcentaje poblacional por grupos etáreos según jurisdicciones seleccionadas.

Año 2001



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación – O. P. S. Indicadores Básicos. Argentina 2003.

Las políticas de salud de cada jurisdicción deben diseñarse considerando la cantidad de niños, mujeres en edad fértil, adultos y adultos mayores. Al conocer la cantidad de niños y de mujeres en edad fértil se puede planificar más adecuadamente políticas de salud materno infantil, de vacunación, de procreación responsable, entre otras. Es importante tomar en cuenta la proporción de adultos mayores ya que el perfil epidemiológico dado por el peso de las patologías crónicas en este grupo implica mayores costos. Es necesario conocer la cantidad de adultos, de la que dependen potencialmente los niños y los adultos mayores, siendo los primeros los que finalmente darán sustento al sistema. Es indispensable tomar en cuenta estos datos al estimar el presupuesto para la financiación de los servicios de salud. La variación de la composición de la población de acuerdo a los grupos de edad en las distintas provincias hace necesario contemplar las diferencias en el diseño de políticas y la asignación de recursos.

Composición de la población por grupos etáreos

Entre Ríos y promedio del país, 2.001.

Jurisdicción	Menores de 15 años	15 a 64 años	65 y más años
Entre Ríos	29,23 %	61,06 %	9,71 %
Argentina	27,74 %	62,57 %	9,69 %

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación – O. P. S. Indicadores Básicos. Argentina 2003.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Al comparar Entre Ríos con las cifras promedio del país se observa que hay ligeras diferencias. Esta provincia tiene un porcentaje de niños y de adultos mayores ligeramente superior al promedio nacional. Por consiguiente, la proporción de adultos de Entre Ríos es superada por la media del país.

En el interior de la provincia de Entre Ríos hay departamentos con poblaciones marcadamente envejecidas como Diamante o Uruguay. En estas jurisdicciones la proporción de niños es baja comparada con los demás departamentos. Por el contrario hay departamentos con gran proporción de niños y menor peso de adultos mayores. Tal es el caso de los departamentos del norte de la provincia y de Islas del Ibicuy.

Se considera una población como envejecida cuando el porcentaje de mayores de 65 años es superior a 8 % (Schkolnik y Pantelides). Tanto Entre Ríos como Argentina tienen este patrón. Estas jurisdicciones tendrán entonces considerables gastos por la atención de patologías crónicas, que son las que producen costos más elevados.

Expectativa de vida

Según el documento "Indicadores Básicos Argentina 2003" publicado por el Ministerio de salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud, la esperanza de vida al nacer en las provincias oscila entre 68,38 años en Jujuy y 72,79 años en Córdoba. En Entre Ríos corresponde a 71,61 años y es ligeramente inferior al promedio nacional (71,93 años).

b. Condiciones socioeconómicas

Las características socioeconómicas inciden en la salud de la población. Las inadecuadas condiciones de la vivienda, higiene, alimentación, educación, ingresos insuficientes, desocupación, entre otras, determinan mayor vulnerabilidad en la salud de las personas.

Las provincias con menor expectativa de vida al nacer, como Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Misiones y Corrientes, comparten también los mayores índices de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I.) y de analfabetismo del país.

Analfabetismo

Si bien el índice de analfabetismo en Entre Ríos es mayor que el del promedio nacional (3,1% y 2,6% respectivamente), esta provincia se encuentra en una posición intermedia entre las jurisdicciones, cuyos indicadores se extienden desde 0,5% en la ciudad de Buenos Aires a 8% en Chaco. Por otra parte, en Entre Ríos el índice de analfabetismo es mayor en los varones que en las mujeres de 10 años y más (3,5 % y 2,6% respectivamente). El índice de analfabetismo es marcadamente superior en los departamentos de Feliciano, Federal, La Paz e Islas del Ibicuy, donde supera 6%.

Pobreza

La pobreza es un problema de gran magnitud al considerar las condiciones de salud de la población. Se puede dimensionar a través de 2 tipos de indicadores: los que evalúan ingresos, determinando la línea de pobreza o de indigencia, y el índice compuesto de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). El primer tipo de indicadores se obtiene a través de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), realizada por el INDEC, y que hasta 2003

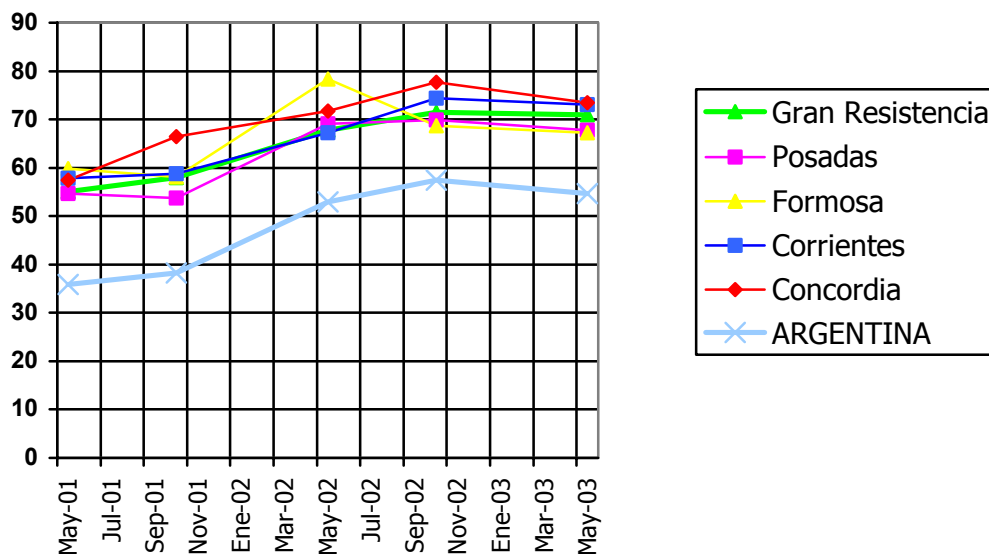
"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

se realizaba en los meses de mayo y octubre de cada año. Este indicador sólo toma en cuenta los ingresos de las personas o de los hogares. Aquellos cuyos ingresos son insuficientes para alcanzar el valor económico de una canasta básica de bienes y de servicios se consideran pobres. Quienes no alcanzan siquiera la canasta de bienes se consideran indigentes. El valor de las canastas constituye las líneas de pobreza y de indigencia. La EPH sólo se realiza en centros urbanos de más de cien mil habitantes.

De acuerdo a los datos disponibles de la EPH, en los últimos 5 períodos, que se extienden de mayo de 2001 al mismo mes de 2003, se observa que en el país el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza aumentó más de 50 % y el de aquellos bajo la línea de indigencia se incrementó más de 100%. Los aglomerados urbanos que mostraron más altos índices de pobreza e indigencia en dicho período corresponden a las provincias de Chaco, Formosa, Corrientes, Misiones y Entre Ríos. En esta última, los dos centros urbanos en que se realiza la EPH tienen un comportamiento diferente: Concordia sigue un patrón similar al del las provincias del nordeste argentino, mientras que el Gran Paraná tiene cifras comparables a la región pampeana.

Las jurisdicciones que presentan más elevado porcentaje de pobreza e indigencia son, en general, aquellas que emitieron bonos durante la crisis. En mayo de 2001, en Concordia, Formosa, Gran Resistencia ya más de 25 % de la población era indigente. En estas ciudades y en Corrientes y Posadas más de la mitad de los habitantes eran pobres. Actualmente todos estos centros urbanos presentan un porcentaje de pobreza no menor a 67 %, y de indigencia que supera 35 %.

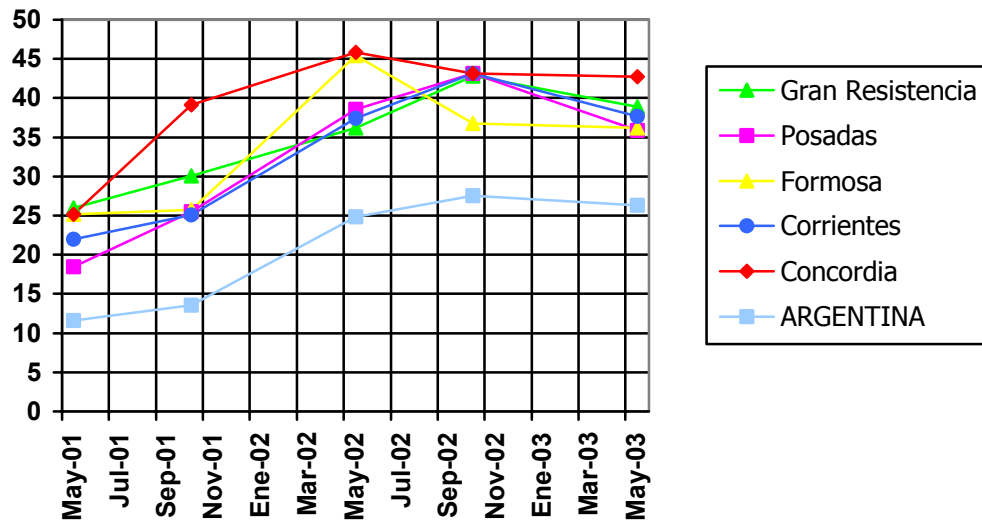
Evolución del porcentaje de población bajo la línea de pobreza en jurisdicciones seleccionadas
2001-2003



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH.

La pobreza y la indigencia se incrementan fuertemente a partir de octubre de 2001, comenzando a descender muy lentamente desde octubre de 2002.

Evolución del porcentaje de población bajo la línea de indigencia en jurisdicciones seleccionadas
2001-2003



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH

La pobreza es reviste gran importancia en Entre Ríos por su incremento progresivo, así como la desocupación, la subocupación y el trabajo informal.

En mayo de 2.003, la línea de pobreza en el Gran Paraná alcanzaba a casi 6 de cada 10 personas, mientras que en Concordia casi tres cuartas partes de la población se consideraba pobres

Porcentaje de hogares y de personas bajo línea de pobreza
Entre Ríos. Mayo de 2003

Jurisdicción	% de Hogares	% de Personas
Gran Paraná	46,9 %	59,3 %
Concordia	63,6 %	73,4 %

Fuente: E.P.H. Dirección de Estadísticas y Censos, Provincia de Entre Ríos-INDEC. Mayo 2003.

Concordia fue el centro urbano más afectado durante la crisis: en octubre de 2002 la línea de pobreza alcanzó a 77,7% y la de indigencia, 50,2 %, siendo los valores más elevados que se han registrado en el país.

La pobreza estructural se refleja a través del índice compuesto de Necesidades Básicas Insatisfechas (N. B. I.), que toma en cuenta las características habitacionales (condiciones de la vivienda, acceso a servicios sanitarios, hacinamiento por cuarto), asistencia a establecimientos educativos de los niños en edad escolar, y el nivel de instrucción alcanzado y los ingresos del jefe de familia. Según datos del último Censo, el índice de

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

N.B.I. en las provincias oscila entre 7,8 % en la ciudad de Buenos Aires y 33,8 % en Formosa. El 17,6 % de los entrerrianos tenía N. B. I. en 2001, cifra cercana al promedio nacional (17,7%).

En Entre Ríos la población con Necesidades Básicas Insatisfechas en Islas del Ibicuy corresponde a 38% y en Feliciano a 34%. Sin embargo la mayor cantidad de personas con N.B.I. se encuentra en el departamento Concordia que superan los 40.000 habitantes con estas características, seguido por los departamentos Paraná con más de 35.000, y La Paz, con 19.000 personas con N.B.I.

Ingresos provinciales

Las provincias pueden agruparse de acuerdo a sus ingresos en dólares per cápita. Las jurisdicciones del norte del país, con clima subtropical y con las mayores cifras de morbimortalidad son las de menores ingresos, y se destacan claramente de las de la región pampeana y de Cuyo. Las provincias patagónicas presentan altos ingresos, influyendo su baja población y el impacto de las industrias extractoras. La Capital Federal es la jurisdicción de más alto nivel de ingresos del país.

Indices de actividad

A través de la EPH también se obtienen datos de la población económicamente activa, las tasas de actividad, empleo, desocupación y subocupación demandante.

Históricamente, Concordia mostró cifras inferiores de actividad y empleo que la ciudad capital de la provincia de Entre Ríos. En los indicadores correspondientes al período 1998-2001, el dato más relevante es el aumento de la desocupación. En octubre de 2001 la tasa de desocupación en Paraná fue 17,7 % y en Concordia, de 19,5%. En mayo de 2.003 estos valores ya habían descendido a 13,6 y 14,9%, respectivamente.

Tasas de actividad, empleo, desocupación y subocupación demandante y no demandante.

Entre Ríos, mayo de 2.003

	Tasa de Actividad	Tasa de Empleo	Tasa de Desocupación	Tasa de Subocupación demandante	Tasa de Subocupación no demandante
Gran Paraná	39,0 %	33,7 %	13,6 %	7,2 %	10,3 %
Concordia	36,7 %	31,2 %	14,9 %	14,5 %	9,2 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Permanente de Hogares, INDEC, mayo de 2003

Distribución del ingreso

La distribución del ingreso se puede observar en los datos de la E.P.H. En mayo de 2003 el 10 % más pobre de los hogares entrerrianos no alcanzaba a recibir 2% del ingreso del total de los hogares. En el Gran Paraná alcanzaban un promedio de 128\$ mensuales, mientras que en Concordia esta cifra correspondía a 94 \$. El 10 % más rico de los hogares recibía más de 30 % del ingreso total. Los ingresos promedio de estos hogares superaban ligeramente los 2.000 \$.

Acceso a servicios sanitarios

Tanto la provisión de agua potable como de desagües cloacales son importantes aspectos que inciden en la salud de la población. La proporción de habitantes con provisión de agua potable es inferior a 70 % en algunas provincias como Misiones, Chaco, Formosa y Santiago del Estero. El promedio nacional corresponde a 77%, mientras que en Entre Ríos esta cifra asciende a 86 %.

El porcentaje de población con desagües cloacales en Argentina es de 42,5%. Este indicador es inferior al promedio del país en las provincias de Misiones, Santiago del Estero, San Juan, Chaco, Formosa, Córdoba, Catamarca, La Rioja, Tucumán y Buenos Aires. Entre Ríos presenta un índice de 53,1 %. En esta provincia en particular, si bien la provisión de servicios sanitarios es comparativamente satisfactoria, hay departamentos donde la situación es más crítica, como en Islas del Ibicuy, Feliciano y Federal.

c. Perfil epidemiológico

Causas de mortalidad

En Entre Ríos la principal causa de mortalidad son aquellas no especificadas o mal definidas, seguidas por varias causas cardiovasculares, tumorales e infecciosas. En 2001, el porcentaje de defunciones por causas mal definidas y diagnósticos incoherentes fue de 11,9%, superando ampliamente el promedio nacional (6,6%), lo que indica una deficiente calidad de los registros, imposibilitando un adecuado diagnóstico de situación para diseñar políticas tendientes a reducir la mortalidad prematura. Las demás provincias de la Mesopotamia y la mayor parte de las del noroeste del país presentan la misma dificultad.

Tasas de mortalidad general

Al discriminar la mortalidad por causas definidas, se observa que en la población entrerriana las patologías cardiovasculares, al igual que en todas las jurisdicciones, son las de mayor peso.

Tasas de mortalidad brutas y ajustadas por edad por grupos de causas según jurisdicciones seleccionadas

(por 100.000 habitantes)

Provincia de Entre Ríos y promedio del país, 2001

Tasa	Jurisdicción	C. cardiovasc.	C. tumorales	C. infecciosas	C. externas	Otras
Bruta	Provincia de Entre Ríos	244,21	168,45	46,17	49,91	271,66
	Promedio del país	250,61	148,88	69,62	53,13	240,53
Ajustada por edad	Provincia de Entre Ríos	241,33	167,37	45, 58	49,01	269,74
	Promedio del país	250,35	148,68	69,61	51,77	240,90

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación – O. P. S. Indicadores Básicos. Argentina 2003

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Sin embargo, en esta provincia, tanto las causas cardiovasculares como las externas y las infecciosas presentan tasas de mortalidad inferiores al promedio nacional, situación que se invierte en el caso de las patologías tumorales.

La tasa bruta de mortalidad por tumores en 2001, fue superada sólo por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las provincias de Santa Fe y La Pampa. La tasa de mortalidad por causas tumorales ajustada por edad en Entre Ríos sólo fue superada por provincias patagónicas, de población más joven, y por La Pampa y Chaco.

Buenos Aires y Córdoba fueron las jurisdicciones de más elevadas tasas de mortalidad por causas cardiovasculares.

Las tasas más altas de mortalidad por causas infecciosas se dieron en Santiago del Estero, San Juan y Chaco.

Las provincias de mayor mortalidad por causas externas fueron Jujuy, Chaco y Salta.

Es necesario tener en cuenta que en las jurisdicciones con gran cantidad de causas de mortalidad mal especificadas el incorrecto registro de las mismas puede influir en las tasas por causas.

Años de Vida Potencialmente Perdidos

La mortalidad prematura se puede cuantificar a través de los años de vida potencialmente perdidos (A.V.P.P.). Estos indican el número de años extra que hubieran podido vivir los fallecidos de haber podido alcanzar la edad de 70 años.

La cifra más alta del país por todas las causas corresponde a Formosa y Chaco, que en el año 2001 superaron los mil A.V.P.P. cada 10.000 habitantes.

En el mismo período, en Entre Ríos los A.V.P.P. fueron 779 cada 10.000 habitantes, mientras que el promedio nacional correspondió a 758 cada 10.000 habitantes.

Años de Vida Potencialmente Perdidos (de 0 a 70 años) por causa de mortalidad según jurisdicciones seleccionadas.

(cada 10.000 habitantes)

Provincia de Entre Ríos y promedio del país, 2001.

Jurisdicción	C. cardiovasc.	C. tumorales	C. infecciosas	C. externas	Todas
Entre Ríos	93,88	133,85	45,67	137,76	778,83
Argentina	98,24	108,04	67,44	164,08	758,49

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación – O. P. S. Indicadores Básicos. Argentina 2003

Buenos Aires y la Capital Federal presentaron la mayor cantidad de A.V.P.P por causas cardiovasculares del país. Salta y Formosa fueron las provincias que tuvieron mayor cantidad de A.V.P.P. por causas infecciosas. Las causas externas que provocaron mas A.V.P.P. se dieron en Jujuy, Chaco y Salta. El cuartil correspondiente a las provincias con menores ingresos tienen más de 300 AVPP que el de las de mayores ingresos, fundamentalmente por el mayor peso de las patologías infecciosas y las causas externas (Mera, 2003).

Si bien la mayor cantidad de A.V.P.P. se produce por causas externas, como en las demás jurisdicciones, Entre Ríos presenta cifras inferiores al promedio nacional. Lo mismo sucede con las causas infecciosas y cardiovasculares. Sin embargo la provincia tiene la mayor cantidad de A.V.P.P. por causas tumorales del país. A su vez, la mayor cantidad de

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

muerres prematuras en Entre Ríos se debe a tumores. La cantidad de AVPP por departamento se detalla en el anexo III.

En esta jurisdicción, las más frecuentes causas externas corresponden a accidentes de tránsito, seguidas por los suicidios, heridas de arma de fuego, ahogamiento y sumersión. Es importante destacar que el número de A.V.P.P. es mayor en los suicidios que en las demás causas externas. Es de suma importancia entonces reducir estas causas de muerres, prematuras y evitables.

Tasas de mortalidad infantil y materna

Tanto la mortalidad infantil (T.M.I.) como materna están relacionadas con el adecuado control del embarazo, parto, puerperio y atención del niño, y con las condiciones socio-sanitarias.

En 2002 las mayores tasas de mortalidad infantil del país, que superan 20 por mil corresponden a Chaco, Formosa, Tucumán, Corrientes, Misiones, La Rioja, Catamarca y San Juan. El coeficiente de Gini es 0,122 al comparar los nacimientos y la tasa de mortalidad infantil en las provincias argentinas.

En Entre Ríos las tasas de mortalidad infantil, neonatal, post-neonatal y la de 1 a 4 años fueron más bajas que la media nacional. El 65% de las defunciones infantiles y 60 % de las neonatales fueron provocados por causas reducibles por prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno durante el embarazo, parto o atención del niño. En el anexo III se detallan las tasas por departamento.

Tasas de mortalidad materna, infantil, neonatal, post-neonatal y de 1 a 4 años según jurisdicciones seleccionadas.

Provincia de Entre Ríos y promedio del país, 2002

Jurisdicción	T. M.Materna	T. M.Infantil	T. M.Neonatal	T. M.Post-neonatal	T. M.de1a4 años
Entre Ríos	1,8 ‰	16,5 ‰	10,1 ‰	4,8 ‰	0,5 ‰
Argentina	4,6 ‰	16,8 ‰	11,3 ‰	5,8 ‰	0,7 ‰

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación – Anuario 2002.

En 2001 la mayor cantidad de recién nacidos de muy bajo peso y de recién nacidos de madres menores de 20 años del país se dio en la provincia de Formosa, donde también se registró el menor porcentaje recién nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales.

En Entre Ríos en 2001 hubo porcentajes inferiores de recién nacidos de bajo peso y de muy bajo peso que en el promedio del país. A la inversa, los porcentajes de madres menores de 15 y menores de 20 años fueron más elevados que la media nacional.

De acuerdo a datos provistos por la Secretaría de Salud de la Provincia correspondientes al año 2000, la mayor parte de las muerres por bajo peso al nacer fueron de recién nacidos cuya madre era adolescente y primípara. Cuarenta por ciento de las madres adolescentes tuvieron hijos que pesaron menos de 3 kg al nacer. A su vez 32% de los fetos muerres provinieron de madres menores de 19 años.

Hay un mayor porcentaje de recién nacidos de bajo peso y de madres adolescentes en el nordeste de la provincia, que es necesario considerar. Las condiciones socioeconómicas de

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

la población de la región podrían relacionarse con este hecho, dificultando la adecuada nutrición, educación y acceso a los establecimientos sanitarios para obtener un adecuado número de controles de embarazo y del recién nacido que prevengan alteraciones, determinen diagnósticos precoces y tratamientos oportunos.

En 2002 las mayores tasas de mortalidad materna, que superaron 10 por diez mil, se dieron en las provincias de Formosa, Jujuy y La Rioja. En Entre Ríos en ese año la tasa superó el promedio nacional, pero descendió a 1,8 por diez mil nacidos vivos en el año 2002. El coeficiente de Gini es 0,401 al comparar los nacimientos y la tasa de mortalidad materna en las provincias argentinas, poniendo en evidencia una fuerte inequidad, aún mayor que la generada por las tasas de mortalidad infantil.

Morbilidad

Para conocer las principales causas de enfermedades sólo se cuenta con los datos del sector público, en lo que respecta a consultas y egresos hospitalarios en la provincia de Entre Ríos.

Durante 2002 la principal causa de consulta en los establecimientos públicos sin internación fue la hipertensión arterial, seguida por patologías banales. En los establecimientos públicos con internación las enfermedades crónicas constituyen el 20% de los motivos de las consultas principales. Sin embargo, en los hospitales la hipertensión ha sido desplazada por infecciones banales como principal causa de consulta. Se realizaron más de 2.686.000 consultas durante el año. La suma de las consultas que incluyen las 10 primeras causas no alcanza al 10 % del total. Es posible entonces suponer que haya deficiencias en el correcto registro de las causas de consulta.

Los partos fueron la primera causa de egreso en la provincia en los hospitales públicos durante 2002. Al relacionar este dato con las tasas de natalidad y con el número total de egresos y de partos informados, se deja al descubierto una importante deficiencia en el registro de las causas de internación. Este hecho impide reconocer las causas de egresos reales, imposibilitando proyectar acciones destinadas a reducirlas y a calcular costos. Se observan también entre las principales causas, algunas mal definidas o que no ameritan internación.

En la provincia de Entre Ríos hay zonas endémicas de hepatitis y de fiebre tifoidea. La leptospirosis, aunque en bajo número, se ha incrementado en los últimos años. Se registraron casos aislados de hantavirus desde 1997.

B. Gasto y financiamiento de los servicios de salud

En este apartado se tratará sobre el gasto y financiamiento en salud, y la cobertura de los servicios.

Gasto y financiamiento en Salud

El gasto en salud en la Argentina tiene 3 componentes básicos: el gasto público, el de la seguridad social y el gasto privado. Este último se compone del gasto de desembolso directo, o de bolsillo, y el que corresponde al pago de seguros privados conocidos como medicina prepaga. Esta modalidad, comparable a los seguros de salud de otros países, se diferencia de ellos porque no realiza reintegros al asegurado, sino pagos a prestadores contratados. La composición del gasto total en salud en el país en 2001 corresponde en

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

una tercera parte a la seguridad social, mientras que el gobierno apenas supera el 20 %, y el gasto privado representa 43,30 %. Más de 28 % del total corresponde a gastos de bolsillo. El gasto privado no cumple funciones redistributivas ni está integrado para cumplir con los objetivos de la política de salud. El gasto de la seguridad social es solidario entre los beneficiarios y cumple con la política de salud de cada obra social. Hay multiplicidad de objetivos porque cada institución integra un sistema altamente fragmentado y donde influyen también motivaciones políticas y gremiales entre otras.

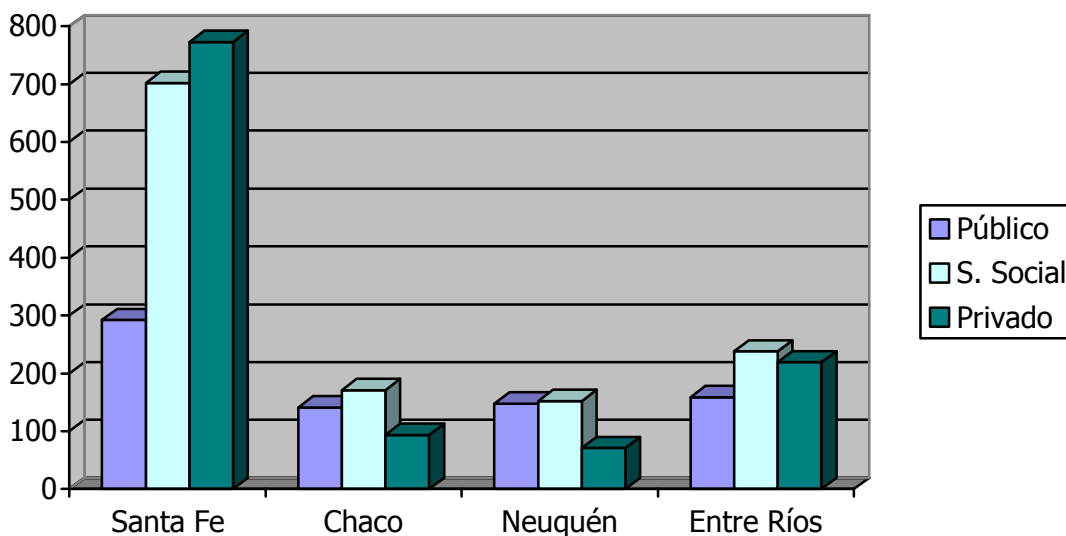
En la composición del gasto hay grandes diferencias entre las provincias. Hay jurisdicciones que tienen una relación entre recursos públicos y privados en el orden de 80% versus 20%, como es el caso de Santa Cruz. En otras, como en la Capital Federal y en la provincia de Buenos Aires, la relación es equivalente para recursos públicos y privados. El gasto privado per cápita promedio en el país es de 31\$ mensuales, con altas diferencias entre las jurisdicciones: Mientras que en Capital asciende a 76 \$ mensuales, en Corrientes y en Misiones alcanza 20 \$ por mes (Tobar, 2003).

El gasto total y su composición son muy variables en las provincias, influyendo en él diferentes factores, como los recursos provinciales, la cantidad de habitantes y el desarrollo del sistema de salud. En general, el gasto privado en las provincias aumenta proporcionalmente de acuerdo a sus ingresos, como se observa en el cuadro siguiente en los casos de Santa Fe y Chaco. Sin embargo, influyen otros factores. Así vemos que en la provincia de Neuquén el gasto privado es menor que el gasto público y el de la seguridad social, asociado probablemente al gran desarrollo de su sistema público de salud.

Gasto en salud según jurisdicciones seleccionadas.

(en millones de pesos)

Argentina, 2000.



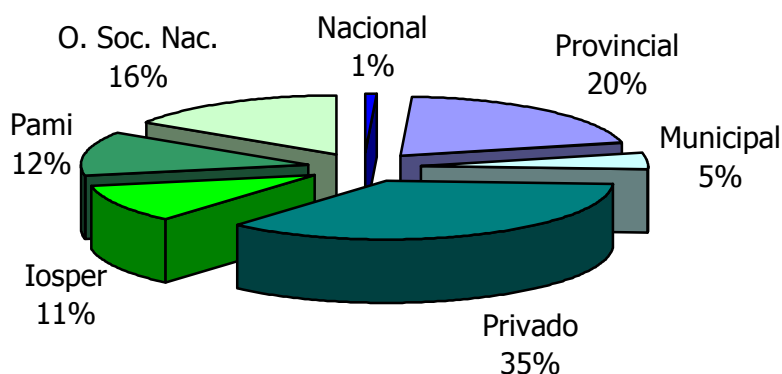
Fuente. Elaboración propia en base a datos de "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo", de Tobar, Montiel y Falbo

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

El gasto total en salud en Entre Ríos correspondió en el año 2000 a 616 millones de pesos. Más de la tercera parte corresponde a gasto privado. Cerca del 40 % del gasto pertenece a la seguridad social, que incluye a las obras sociales nacionales y provincial, y a Pami. El 26% restante corresponde al sector público, representado por 3 niveles de gobierno, nacional, provincial y municipal. Tanto en el sector público como en la obra social provincial hay exceso de personal, destinado en su mayoría a tareas de baja productividad. Entre Ríos tiene un importante peso de la seguridad social en el gasto comparado con el promedio nacional.

Composición del gasto en salud.

Entre Ríos, 2000



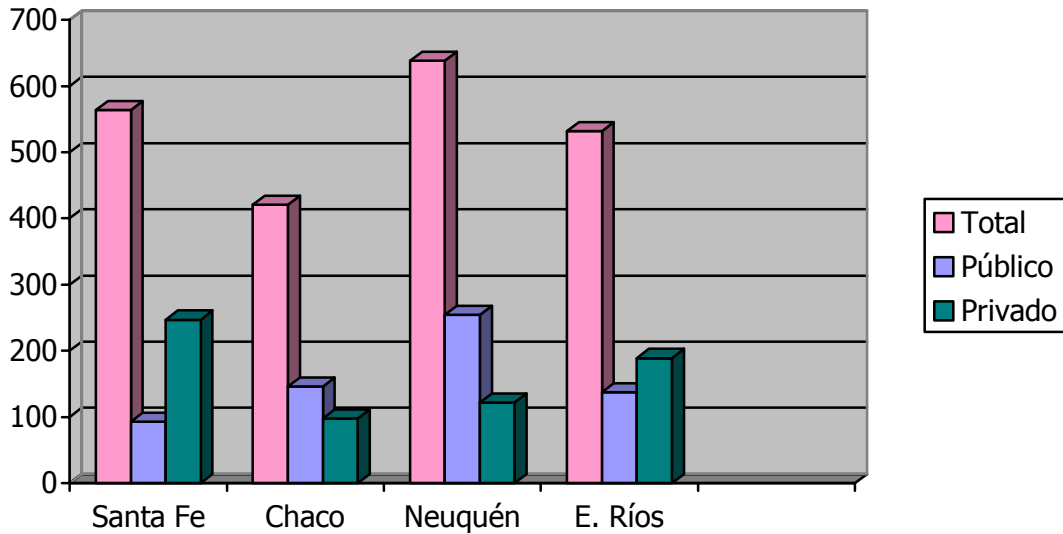
Fuente. Elaboración propia en base a datos de "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo", de Tobar, Montiel y Falbo.

Como el gasto está relacionado con la cantidad de habitantes, es necesario relacionar estas dos variables.

El gasto per cápita en Entre Ríos en el 2000 fue del orden de 532 \$ por habitante por año. Es comparativamente alto en relación a otras jurisdicciones, y el gasto público es menor al privado.

El gasto es muy variable en las provincias, tal como se observa en el gráfico siguiente. Neuquén, por ejemplo tiene un gasto alto con gran componente público y gasto privado de menor envergadura.

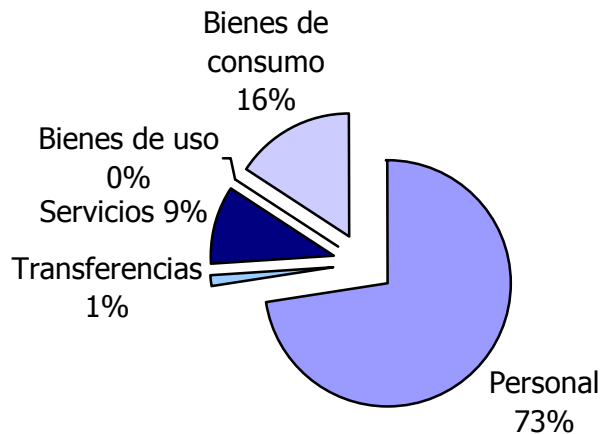
Gasto en salud per cápita anual según jurisdicciones seleccionadas.
Argentina, 2000.



Fuente. Elaboración propia en base a datos de INDEC y de "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo", de Tobar, Montiel y Falbo

Los recursos financieros del sector público entrerriano son fundamentalmente provinciales. Desde 2000, no hubo incrementos significativos en el presupuesto en salud. Casi tres cuartas partes corresponden a gastos en personal, de los cuales más del 80 % corresponden al sector hospitalario.

Porcentaje de gastos de la Secretaría de Salud por rubro.
Entre Ríos, 2002



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Contaduría General de la Provincia de Entre Ríos

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

En el año 2002, 83, 5 % de los gastos en personal correspondieron a hospitales, por un valor de 77.060.387\$. Al área de extensión a la comunidad corresponde 11,42 % del gasto en personal, mientras que la administración central alcanza 5,43 %. El presupuesto asignado a bienes de uso corresponde en su totalidad a servicios de atención médica. Las transferencias corresponden a capacitación y docencia (805.084 \$) y el resto a conducción y coordinación. El gasto en salud por habitante en el sector provincial fue de 119\$ por habitante en el año 2002.

A fines de la década de los ochenta cuatro mercados se disputaban el total de los recursos del sector: el de servicios de internación, el de servicios ambulatorios, el de aseguramiento y el de medicamentos e insumos. Es el conflicto distributivo y no las necesidades médico asistenciales de la población lo que está determinando las pautas de funcionamiento del mercado de la salud ante la creciente falta de capacidad regulatoria por parte de la autoridad pública (Katz, 1988). En ese momento cada uno de los cuatro mercados conseguía apropiarse de la cuarta parte de los recursos (Tobar, 2003). En base a las Estadísticas de Gastos en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, los medicamentos ya representaban 46 % del gasto en salud de los hogares argentinos en 2001, mientras que los seguros voluntarios eran responsables de 27,4 %. A su vez, sólo los medicamentos representaban casi el 25 % del gasto en salud en Argentina. En países desarrollados, como por ejemplo Canadá o Estados Unidos, este rubro apenas llega al 10 % del total del gasto (Sotelo, 2003).

Cobertura de los servicios de salud

En este apartado, cuando se habla de cobertura de salud se hace alusión a aquella explícita, es decir la cobertura ante las contingencias de enfermedad, por parte de una entidad que las financie, ya sea del orden de la seguridad social o privada.

De acuerdo al último Censo, el porcentaje de población descubierta oscila entre 26,2% en Capital, y 65,8 % en Formosa, con un promedio nacional de 48,1 %. Las provincias que superan el 60 % de población descubierta son, además de Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Corrientes y Salta. Las provincias con mayor morbimortalidad y menores ingresos tienen los más elevados porcentajes de población sin cobertura explícita de salud.

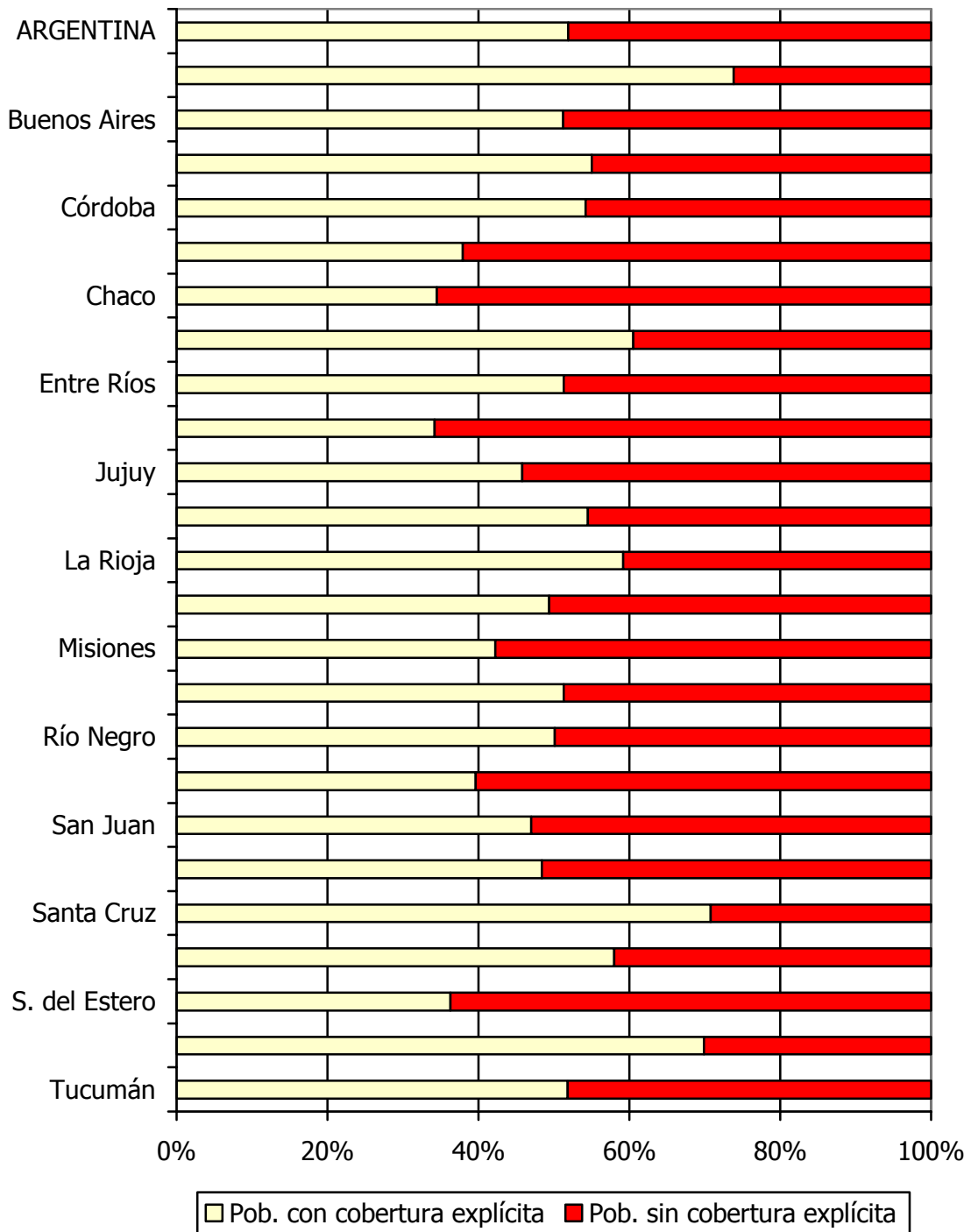
La cobertura de salud explícita implica derechos bien determinados al acceso a servicios de salud y posibilita el mejor y mayor ejercicio de tales derechos. Si el Estado no cuenta con una estructura que funcione adecuadamente para dar respuesta a los problemas de salud de la población de manera eficaz, equitativa y sustentable, el hecho de que los habitantes cuenten con cobertura explícita cobra mayor importancia.

Entre Ríos presentaba un índice de 48,7 %. En esta provincia, mientras algunos tienen más de una cobertura, el 70 % de la población descubierta pertenece a los 2 quintiles más pobres. Los niños tienen menor porcentaje de cobertura, en especial en los departamentos más pobres, mientras que los adultos mayores superan el 60% en los departamentos más desprotegidos. Esta información se amplía en el anexo III.

De acuerdo al último Censo 51,34 % de los habitantes contaba con cobertura de salud. A pesar de que puede haber personas que simultáneamente tengan más de un beneficio de seguridad social y de no contar con los beneficiarios de medicina prepaga y mutuales, se observa que en 2003 se llega a 50,2 % de población cubierta.

Porcentaje de población por cobertura explícita de salud según jurisdicción

Argentina, 2001



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo Nacional, INDEC, 2001

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

El conjunto de obras sociales nacionales tiene la mayor cantidad de beneficiarios en Entre Ríos, seguido por la obra social provincial, IOSPER y PAMI, la obra social de los jubilados y pensionados. Corresponde a 22 %, 20 % y 8 % de la población, respectivamente. En estas instituciones hay altos gastos administrativos. Existe una gran fragmentación de obras sociales nacionales. En enero de 2004 había 134 con beneficiarios en Entre Ríos. Casi la mitad de ellas tienen menos de 100 beneficiarios. Sólo 6 obras sociales nacionales superan los 10.000 beneficiarios en la provincia.

Los financiadores privados de salud tienen poco desarrollo en la Provincia. Se calcula que alcanza a 5 % de la población. El 80 % de los asociados a esos sistemas cuentan también con afiliación a la seguridad social. Se estima que la mitad de la cartera está en manos del sistema de medicina prepaga de la Federación Médica de Entre Ríos. Hay una fracción en manos de algunas empresas prepagas con sede en Buenos Aires, algunas locales y muchas mutuales. Un sector característico son las empresas que realizan emergencias únicamente. En general son utilizadas por personas de bajos ingresos, de alto consumo de prestaciones que son canalizadas casi exclusivamente en el sector público. Como el sector financiador privado no está regulado la oferta es muy variada y no se cuenta con control por parte del Estado.

C. Utilización de servicios de salud

Los indicadores de uso de los servicios de salud por parte de la población son sumamente importantes en el momento de determinar el funcionamiento de un sistema de salud y de planificar acciones de reforma. La utilización es muy variada en las distintas jurisdicciones por lo que nos extenderemos sobre la provincia de Entre Ríos.

La tasa de utilización de consultas en el sector público provincia de Entre Ríos fue de 2,32 consultas por habitante en el año 2002. Ese año se efectuaron casi 3 consultas por niño y 2,74 controles de embarazo por cada recién nacido vivo. Se desconocen las tasas de uso de consultas privadas.

En 2002 hubo 8,9 egresos anuales cada 100 habitantes. La mayor parte de los egresos se deben a causas clínicas, seguidas en orden de importancia por aquellas relacionadas con tocoginecología, pediatría, cirugía y otras especialidades.

El porcentaje ocupacional de los hospitales de agudos del sector público es muy bajo. Por cada cama disponible en 2002 hubo un promedio de 190 días al año sin ocupar, lo que da una idea de la magnitud de la sobreoferta de camas.

Más del 70% de los nacimientos en la provincia durante el año 2002 se realizaron en el sector público.

Para dar una visión desde los usuarios del sistema de salud, se exponen los datos elaborados a partir de la Encuesta de Desarrollo Social de SiEMPro de 1997. A pesar de haberse efectuado hace algunos años, y por esta razón los datos puedan parecer poco representativos en el momento actual, señalan tendencias y permiten identificar condicionantes de acceso al sistema de salud.

El uso de servicios sanitarios correspondió a una tasa de utilización de 1,47 consultas por habitante por año. No hubo mayores diferencias en la proporción de la población que no consultó entre los diferentes quintiles de ingresos.

Los centros de atención primaria atienden mayoritariamente a personas sin cobertura explícita. La población atendida en estos centros corresponde en casi tres cuartas partes a los 2 quintiles más pobres. Un tercio de la población que allí consulta tiene cobertura

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

explícita. Dado el perfil socioeconómico de la población atendida debe tenerse en cuenta la imposibilidad de implantar cualquier forma de arancelamiento a fin de mantener el acceso a la atención, los medicamentos y, cuando sea necesario, la efectiva derivación al hospital. Por otra parte habría que tener en cuenta el subsidio cruzado que se genera por la atención de pacientes con cobertura explícita en estos establecimientos públicos, que no se puede recuperar dado que no existe el marco legal como para efectivizar la gestión de cobro. Estos establecimientos están siendo subutilizados, debiendo analizarse las causas y replantearse las estrategias para establecer una efectiva política de atención primaria de la salud.

De las consultas realizadas en los hospitales entrerrianos, casi la mitad corresponde a beneficiarios de la seguridad social. También evacuaron la totalidad de consultas correspondientes a asociados únicamente a sistemas de emergencia. Casi dos tercios de la población que consulta pertenece a los 2 quintiles más pobres. Si bien tampoco sería aconsejable implantar cualquier tipo de copago para las consultas hospitalarias, es de gran importancia llevar adelante una política de identificación de beneficiarios con cobertura explícita, tramitación ágil, sin cargos ni demoras para los usuarios del sistema y un adecuado proceso de facturación y cobro de los hospitales de autogestión.

La cuarta parte de los beneficiarios de obras sociales y 40% de los asociados a sistemas privados consultan en el sector público, lo que refleja de alguna manera la magnitud del subsidio cruzado.

En consultorios particulares se atiende una de cada cuatro de las consultas realizadas por aquellos sin cobertura explícita. A su vez allí también se realizan 14 % de las consultas del 1º quintil de ingresos y 36% correspondientes al 2º quintil. Podría responder a dificultades en el acceso al sistema público, inadecuada calidad de atención del mismo o preferencia del usuario.

El 6,24% de la población habría sido internada en los últimos 12 meses anteriores a ser encuestada. Este porcentaje se eleva a 8,32% en el primer quintil de ingresos, mientras que desciende a 4,68% en el último quintil. Es decir que por cada internación de un integrante del quintil más rico prácticamente se internarían 2 personas del quintil más pobre. Si consideramos entre quienes han sido internados en el último año anterior a la encuesta, los que han tenido más de 1 internación, la diferencia entre el quintil más pobre al más rico es de 4 a 1. La inequidad de esta situación hace imprescindible el compromiso y la participación del Estado para corregirla. Es innegable que las condiciones de vida de los más pobres facilitan la posibilidad de enfermar, pero es llamativo que la tasa de uso de consultas fue similar, y el acceso a los medicamentos no presentaba mayores dificultades en los diferentes quintiles de ingresos. Debería pensarse no sólo en ofrecer servicios asistenciales de dudosa calidad, dados los resultados, sino en practicar estrategias de atención primaria efectivas, que incluyan un buen sistema de articulación entre los niveles de atención y complejidad y acciones de promoción de la salud y prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades, así como en mejorar las condiciones de vida en lo que se refiera a alimentación, educación, saneamiento ambiental, trabajo, entre otras.

D. Características estructurales de la oferta de servicios

La organización de los prestadores se centra en el sector público, que incluye los subsectores provincial y municipales, y el sector privado. Es necesario conocer su estructura y sus recursos para caracterizar la oferta de servicios con que se cuenta en cada provincia. Los datos disponibles para describir la estructura de la oferta de las distintas jurisdicciones no están compilados, sólo se cuenta con la estimación de médicos por jurisdicción de Abramzon publicada en 2000, correspondiente al año 1998, y con el número de camas de internación en el año 2000 (ministerio de Salud- OPS, 2003). Los demás datos necesarios para la descripción de la oferta son propios de cada provincia, donde deben ser recabados.

El número de habitantes por médico es variable dentro de las jurisdicciones. El promedio del país corresponde a 345 habitantes por médico. En la ciudad de Buenos Aires hay 95 habitantes por médico, mientras que en Tierra del Fuego, Formosa y Misiones esta cifra supera los 850 habitantes por médico.

En la Capital hay mayor número de médicos que de camas de internación.

El número de camas de internación en relación a la población más elevado corresponde a la Capital Federal con 7,2 camas por mil habitantes, seguida por las provincias de Entre Ríos y de Córdoba, con más de 5 camas por mil. La menor proporción de camas relacionadas con la población se da en Tierra del Fuego, con 2,3 camas por mil habitantes. Neuquén y Mendoza no alcanzan a 3 camas por mil. El promedio nacional es de 4 camas por mil habitantes.

En la provincia de Córdoba, la proporción de camas privadas en relación a las públicas es mayor a la mitad. En Chubut, Misiones y Chaco el porcentaje de camas privadas casi alcanza al 50 % del total. En cambio, en San Juan y Tierra del Fuego, el porcentaje de camas privadas no alcanza a un cuarto del total de camas. El promedio nacional es de 44% de camas privadas sobre el total.

En Entre Ríos los recursos humanos y la capacidad instalada están mal distribuidos en relación a las necesidades sanitarias de la población. Hay un médico cada 441 habitantes, de acuerdo a los datos de Abramzon. Sin embargo diferentes instituciones de la provincia proveen cifras distintas de profesionales en ejercicio. Los médicos dependientes de la administración provincial son menos que los asociados a la Federación Médica de Entre Ríos (FEMER), aunque no existen incompatibilidades para ejercer en ambos sectores. De alguna manera estas cifras representan respectivamente al recurso médico de los sectores público y privado. En la ciudad de Paraná en 2003 había más de 5 médicos cada 1000 habitantes, considerando a los médicos agentes del sistema de la provincia y a los profesionales asociados a la Federación Médica. En el departamento Feliciano hay más de 2400 habitantes por médico agente de la provincia, y más de 3600 habitantes por cada médico asociado a FEMER. Hay departamentos con una oferta privada de médicos que supera y compensa la menor proporción de profesionales en el sector provincial. Entre ellos se encuentran Victoria, Colón, La Paz y Nogoyá. Hay que considerar aspectos de la distribución de los médicos del sector público en el diseño de políticas de salud, tanto en lo que atañe a áreas donde existe sobreoferta, como en lo atinente las zonas donde hay un número insuficiente de profesionales y en especial donde tampoco existen médicos particulares que compensen esta situación. La distribución de recursos humanos por departamento se amplía en el anexo III.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

En los establecimientos provinciales, más de dos tercios de los médicos están designados en los hospitales y sólo 13 % en los Centros de Atención Primaria. Este hecho denota la tendencia hacia la concentración de la actividad asistencial en los hospitales, en detrimento de una verdadera política de Atención Primaria que apunte hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación de la comunidad.

Por otra parte existen especialidades que están superpobladas, así como algunas que se encuentran prácticamente desiertas. En general el recurso humano se concentra en la costa del Paraná, donde también se concentra la mayor cantidad de especialistas. En los establecimientos provinciales, si bien hay un gran número de médicos que practican especialidades relacionadas con la atención primaria de la salud, de acuerdo a los datos de la Secretaría de Recursos Humanos de la Provincia, no hay suficientes especialistas en pediatría, tocoginecología y clínica con especialidad reconocida. En Feliciano y en Islas del Ibicuy no hay pediatras, y en este último departamento tampoco hay tocoginecólogos. Es indispensable tener en cuenta en la planificación de la formación médica de post grado impartida en los establecimientos provinciales la importancia de capacitar en las especialidades que se requieran de acuerdo a las necesidades de salud de la población. Es necesario también tener en cuenta la distribución de los recursos humanos en pos de mejorar el acceso de la población a los servicios de salud.

El recurso de enfermería es crítico. Se desconocen datos del sector privado. El número de enfermeras del sector provincial cada mil habitantes en el año 2000 era de 1,7 en la provincia de Entre Ríos. Si se consideran también los auxiliares de enfermería y las empíricas, esta cifra asciende a 4,7 por mil. En los establecimientos provinciales hay más de 2 médicos por enfermera con título habilitante.

Al igual que lo que sucede con los médicos y las enfermeras, la mayor cantidad de otros profesionales y técnicos en esta jurisdicción se concentra en el centro de la costa del Paraná. En especial allí se observa una gran oferta de asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas y farmacéuticos. También se observa una mayor proporción de los mismos en relación a la población de la región, que se corresponde con una disminución relativa de estos recursos humanos en el resto de la Provincia. En el sector provincial hay un bioquímico cada 2100 habitantes, y un odontólogo cada 2000 personas. En relación a los técnicos, no hay suficiente cantidad, especialmente en determinadas materias y en algunas zonas.

Si bien hay capacidad formadora de grado instalada, no se observa desarrollo de capacitación de post grado en administración y gestión en los establecimientos educativos de la provincia. Oficialmente no se evalúa esta materia en la selección de directivos. Tampoco se desarrolló la formación institucional de agentes sanitarios, a pesar de la ley que norma la actividad. En los últimos años no hubo actividades de capacitación y perfeccionamiento dentro del sector provincial.

En el sector público la Provincia de Entre Ríos cuenta con 64 Hospitales y 256 Centros de Salud, de los cuales 71 son municipales, pertenecientes a 22 comunas, y el resto provinciales, la mayoría ubicados en centros urbanos de menos de 5000 habitantes. Sin embargo 48% de las Juntas de Gobierno de los poblados rurales cuentan con un Centro de Atención Primaria. Sólo hay 3 municipios que cuentan con instituciones propias, destinadas a la internación geriátrica. Las características de los prestadores de servicios de

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

atención primaria en cada municipio son particulares de cada ciudad. Debe pensarse en la articulación de los efectores y el diseño e implementación de una política de atención primaria provincial que se adapte a las realidades que se observan en cada municipio y que a su vez faciliten el acceso, la integración y la participación de la comunidad.

Hay 4 regiones sanitarias cada una con un hospital de referencia de nivel VI de complejidad. En Paraná se encuentra también el Hospital materno infantil de referencia. Los hospitales provinciales de mayor complejidad se encuentran en las ciudades más importantes.

No es posible dimensionar los establecimientos de atención médica ambulatoria del sector privado. Este sector nuclea 53 establecimientos distribuidos fundamentalmente en Paraná y su área de influencia. Las clínicas y sanatorios de más alta categorización y complejidad también se concentran en la costa del Paraná. Feliciano, Islas del Ibicuy y San Salvador son departamentos que no cuentan con establecimientos privados con internación. Sin embargo hay localidades menores de 25.000 habitantes con más de una clínica o sanatorio.

Cabe destacar que se encuentra pendiente la normatización de la categorización de establecimientos privados con internación. Los establecimientos privados con internación están categorizados por la Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia en base a criterios que fueron elevados a la Secretaría de Salud, pero aún no hay normas provinciales al respecto.

En Paraná se encuentra el Hospital Militar, que pertenece al Ejército Argentino y que, por ende, no se encuadra dentro de los sectores previamente enumerados, aunque es necesario tener en cuenta como prestador de servicios y en la conformación de la red.

Hay Organizaciones No Gubernamentales que proveen servicios en el sector salud, pero de acuerdo a la información disponible se dedican en su mayoría a rehabilitación y a la educación de discapacitados.

Entre Ríos tiene 5,87 camas de internación por mil habitantes, ubicándose como la segunda provincia con más alto número de camas proporcional a la población. El 38 % de las camas totales son privadas. La baja utilización de las camas de internación indica una marcada sobreoferta, a predominio del sector público. Este cuenta actualmente con 4170 camas, de las cuales una cuarta parte corresponde a internaciones crónicas, dividiéndose en partes iguales entre establecimientos psiquiátricos y geriátricos. La utilización de estos últimos es muy alta, ya que existe una tendencia marcada hacia la institucionalización de crónicos, que sería necesario revertir por medio de políticas adecuadas en el área de salud mental e interdisciplinariamente en el caso de las internaciones geriátricas prolongadas.

La infraestructura de la provincia es en general sobredimensionada. En los establecimientos del sector provincial el estado de conservación en general no es bueno, tanto de la estructura edilicia, de las instalaciones como de las terminaciones. En las ciudades de Concordia y Concepción del Uruguay hay dos hospitales que han sido recientemente puestos en funcionamiento. En Federal también se cuenta con nuevas instalaciones hospitalarias. En general la mayoría de los hospitales se efectuaron reformas de algunos sectores, sin mejoras en el resto y sin tomar en cuenta la funcionalidad de los establecimientos. El sector privado mantiene en la mayoría de los establecimientos un buen estado de conservación de su infraestructura. De tener la posibilidad de realizar

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

inversiones habría que planificar y priorizar dónde y cómo deberían realizarse de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

El sector público tiene poca tecnología de alta complejidad, que es desarrollada en su mayor parte por el sector privado. Hay 9,50 tomógrafos computados por millón de habitantes, cifra que supera la proporción que hay en países industrializados como el Reino Unido o Nueva Zelanda. Hay 2,56 resonadores magnéticos nucleares por millón de habitantes. cifra que supera la proporción que se da en Francia.

Sería adecuado regular, como en otros países, el tipo calidad y cantidad de tecnología necesaria, y el adecuado contralor. Si bien en general se trata de inversiones de riesgo del sector privado, la oferta de tecnología genera demanda, no siempre justificada, que aumenta innecesariamente los costos del sector.

Cabe aclarar que algunas prácticas no se realizan en la provincia y deben derivarse fuera de ella: prestaciones para gran quemado, cámara hiperbárica, trasplantes y fertilización asistida.

E. Dinámica y articulación del sector prestador

Cada provincia tiene su particular forma de organizar su sistema de salud, con dinámicas propias de los prestadores de servicios, con distinta participación del sector público y del privado. En la mayoría de las jurisdicciones no se puede observar la articulación de los mismos en una efectiva red de servicios.

En Entre Ríos los prestadores privados se encuentran en su mayoría agrupados corporativamente. Los médicos se agrupan en la Federación Médica de Entre Ríos, FEMER. Los establecimientos privados constituyen la Asociación de Clínicas y Sanatorios de Entre Ríos, ACLER. Ambas, junto con el Colegio de Bioquímicos conformaron el Instituto de Prestaciones de Salud de Entre Ríos, IPSER, con el fin de administrar el convenio de Pami, aunque también gestionan otros convenios. Como corporaciones realizan la gestión de los contratos de la seguridad social, canalizando las prestaciones a través de sus asociados, quienes les facturan las prácticas realizadas. FEMER actúa además como entidad gremial de los médicos.

En cuanto a la gestión del sector público es necesario contar con algunos datos para caracterizarlo. Se desconoce la cantidad de directivos y de recursos humanos capacitados en gestión. Se desconocen proyectos y trabajo sobre costos. Los convenios son muy pocos y los métodos de contratación son los correspondientes a la administración pública provincial.

Los sistemas de información no están muy desarrollados ni interrelacionados. Los programas en general tienen varios años y no están en red. No hay datos del origen geográfico, derivaciones, financiador de seguridad social o privada que cubre a cada paciente, por lo que no se puede completar el estudio para determinar el flujo de pacientes entre subsectores y regiones.

Los establecimientos provinciales elevan la facturación de IOSPER a través de la Dirección de Arancelamiento, quien gestiona su cobro a la Obra Social provincial. Los hospitales de gestión descentralizada, pueden optar por la facturación directa a IOSPER, al igual que lo hacen a la Superintendencia de Servicio de Salud con las prestaciones a beneficiarios de obras sociales nacionales. En 2002 los establecimientos provinciales cobraron un total de

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

2.168.782,30\$. Más de 60 % corresponde al pago de prestaciones de obras sociales nacionales. De todos modos, sólo se cobró 45 % de lo facturado. De lo cobrado a IOSPER, 6 % corresponde a prestaciones ambulatorias y el resto a internaciones.

Para evaluar la facturación y cobro de prestaciones sólo contamos con datos de los montos de las mismas, provistos por la Superintendencia de Servicios de Salud correspondientes a 2002. No se cuenta con el número de egresos facturados. El porcentaje de lo facturado por cada uno de estos hospitales sobre la facturación total del conjunto de los hospitales Regionales puede relacionarse con la proporción de egresos. Si bien es probable que haya diferencias en cuanto al tipo de prestaciones efectuadas, hay que tener en cuenta que todos estos establecimientos tienen el mismo nivel de complejidad de resolución. Hay que tener en cuenta la proporción de beneficiarios de obras sociales nacionales, que va del 20 al 23 % de acuerdo a las Regiones. Finalmente, se puede determinar el porcentaje de cobro sobre lo facturado. Las diferencias en lo percibido pueden relacionarse con la correcta presentación de la facturación, la identificación de los beneficiarios, etc. Cabe aclarar que el plazo más largo de cobro de acuerdo a lo registrado en las planillas de la Superintendencia fue de 3 meses.

Porcentaje de egresos y de facturación de los Hospitales Regionales sobre el total del conjunto, y porcentaje de cobro de lo facturado.

Entre Ríos, 2002

	% de egresos sobre el total	% de la facturación sobre el total	% de cobro sobre lo facturado
H. S. Martín, Paraná	18 %	22 %	4 %
H. Mat inf. S. Roque, Paraná	25 %	11 %	76 %
H. F. Heras, Concordia	26 %	24 %	25 %
H. J. J. de Urquiza, C. del Uruguay	11 %	11 %	63 %
H. Centenario, Gualeguaychú	20 %	32 %	54 %
	100 %	100 %	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Departamento de Bioestadística de la Secretaría de Salud de la Provincia y de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Al analizar la gestión de producción, facturación y cobro de los hospitales regionales y del hospital maternoinfantil de referencia, San Roque de Paraná, se observan situaciones distintas: el hospital San Martín de Paraná factura un porcentaje mayor que su proporción de egresos, posiblemente asociado a la prestación de algunas prácticas de mayor valor económico. Sin embargo se observa que el porcentaje de cobro sobre el total que ha facturado es sumamente bajo, pudiendo relacionarse con incorrecta o incompleta presentación de la facturación, que entorpece la gestión de cobro.

El hospital San Roque de Paraná, en cambio, produce una cuarta parte de los egresos del total del grupo de nosocomios, pero factura 11% del total facturado por el conjunto. En este caso se sugiere chequear el sistema de detección de beneficiarios de la seguridad social y revisar los procesos de facturación. En cambio muestra un elevado porcentaje de cobro de lo facturado, que indica que ha sido presentado correctamente.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

El Hospital Felipe Heras de Concordia factura en proporción a sus egresos, pero cobra la cuarta parte de lo que facturó. En estos casos se puede considerar que el porcentaje del monto facturado es acorde a la proporción de egresos, pero una deficiente gestión de cobro probablemente relacionada a deficiencias en los procesos administrativos de facturación.

El Hospital Justo José de Urquiza, de Concepción del Uruguay tiene una producción menor a la esperada, pero el porcentaje facturado condice con la proporción de egresos. La gestión de cobro es buena, aunque podría mejorarse.

El hospital Centenario de Gualaguaychú presenta una gran producción. El porcentaje de lo facturado en relación al total del conjunto de hospitales regionales es superior al de sus egresos, pero el cobro apenas supera la mitad de su facturación. En este caso aparentemente ha aumentado la detección de beneficiarios y la facturación, aunque el porcentaje cobrado puede llevar a pensar en débitos que afecten la gestión de cobro.

La gestión de cobro sólo puede realizarse por las autoridades de los hospitales de gestión descentralizada. La Secretaría de Salud no es informada por estos hospitales del monto y estado de sus facturaciones y cobros, sólo maneja la información derivada de la centralización de la facturación y cobro de prestaciones a Iosper por parte de los establecimientos no descentralizados. Hasta fines de 2003 no había convenios vigentes entre la Secretaría de Salud y las instituciones encargadas de administrar las prestaciones de PAMI en Entre Ríos para el cobro de las prácticas realizadas en el sector público.

En los establecimientos provinciales se cuenta con las partidas para al compra de medicamentos. Se desarrolla también el Programa Nacional Remediar, para la provisión de medicamentos en centros de atención primaria tanto provinciales como municipales. En los últimos años, algunos hospitales de gestión descentralizada desarrollaron laboratorios para la producción de medicamentos genéricos. Hay actualmente un proyecto en desarrollo para la producción provincial de medicamentos para abastecimiento del sector público que está a punto de inaugurarse en la ciudad de Federal. De todos modos se desconoce el porcentaje de consultas del sector público que son acompañadas de la provisión de medicamentos, el tipo y la procedencia de los mismos, factores a tener en cuenta en el desarrollo de una política de medicamentos.

En la Secretaría de Salud Provincial se cuenta con planes y programas nacionales con desarrollo dispar, y algunas pocas iniciativas locales. Comenzó a trabajarse sobre la provisión de medicamentos y el diagnóstico de la situación epidemiológica y de los establecimientos públicos de salud, aunque sin encarar una agenda de políticas sanitarias. A pesar de ello, no se han definido metas ni objetivos concretos ni mensurables.

En Entre Ríos los niveles del sector público tienen una escasa articulación. En el caso de los municipios con la provincia, la coordinación es prácticamente nula. Los centros de atención primaria realizan la mitad de las consultas que los hospitales. Por su parte los hospitales de gestión descentralizada tienen muy poco recupero de las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de la seguridad social y menos aún a los de los aseguradores privados. Por otra parte, no hubo extensión horaria para atención y los recursos obtenidos no se relacionaron a la productividad de los agentes. La provincia comenzó a desarrollar el proyecto de regionalización de los establecimientos provinciales, con fines de descentralización y de articulación por niveles de complejidad. Las dificultades

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

financieras de la provincia, así como problemas de orden administrativo hacen muy difícil el avance de efectiva la implementación del proyecto. Tampoco hay integración del sector público con el privado. Durante 2003 se ha desarrollado un estudio funcional de redes de servicios de salud, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de elaborar una propuesta de articulación e integración entre los subsectores, fortaleciendo las funciones de coordinación y rectoría del gobierno provincial en materia de salud. Ese proceso redundaría en mayor eficiencia del sistema, reducción del gasto, evitando superposiciones, optimización del uso de los recursos y adecuada planificación para determinar las inversiones necesarias de acuerdo a las necesidades de la población y a los recursos del sistema. Después del cambio de autoridades, no hubo hasta el momento continuidad en el proyecto.

II. ASPECTOS COYUNTURALES

La crisis afectó al total del país, pero hubo algunas provincias donde se manifestó más intensamente y con mayor crudeza. Esto se vio reflejado de alguna manera en el porcentaje de población bajo la línea de pobreza y de indigencia y del incremento del índice de desocupación. Cada caso tuvo particularidades locales.

La Provincia de Entre Ríos, como tantas, se vio desfinanciada. La situación se agudizó marcadamente desde mediados de 2001. Las circunstancias económicas y financieras nacionales que redundaron en las provincias, y los créditos tomados por la jurisdicción con anterioridad y con garantía de la coparticipación federal, que son descontados desde la nación automáticamente por el método de goteo, redujeron considerablemente la disponibilidad de fondos de los gobiernos provinciales para hacer frente a sus obligaciones corrientes.

El Estado entrerriano emitió bonos Federales como medio de pago, los que se desvalorizaron progresivamente. La Caja de Conversión tuvo una demora considerable para canjear bonos por pesos a contribuyentes entrerrianos que deben pagar o comprar mercaderías fuera de la provincia. Progresivamente se disminuyó la proporción de bonos federales en los haberes de la administración pública. Actualmente los bonos han sido rescatados y los empleados públicos perciben la totalidad de sus remuneraciones en pesos y prácticamente sin retraso en el cobro.

La población bajo línea de pobreza ha aumentado en el último bienio, así como los índices de desocupación y subocupación, de acuerdo a datos de la Encuesta Permanente de Hogares.

La situación política provincial tuvo períodos de gran tensión. En diciembre de 2003 asumieron las nuevas autoridades provinciales, que pertenecen al partido justicialista.

El Secretario de Salud es quien tuvo a cargo la política de salud y la administración del sector público provincial. En 2001 y hasta diciembre de 2003 tuvo rango de Secretaría de Estado, dejando de depender del Ministerio de Acción Social. Actualmente se volvió a implantar la figura de ministro de Salud y Acción Social, de quien depende el Secretario de Salud.

El sector público ha sufrido retrasos en los pagos y desabastecimiento de insumos. Esta situación generó medidas de fuerza, aunque en el último año se ha ido normalizando paulatinamente.

Los gremios estatales, en especial la Asociación de Trabajadores del Estado, ATE, estuvieron enfrentados al anterior gobierno provincial desde el comienzo de su gestión por la ley 9235, que impidió la efectivización del pase a planta permanente de los contratados

en el Estado provincial. ATE conduce la Obra Social Provincial, IOSPER. La demora en los depósitos de aportes y contribuciones a IOSPER, generó dificultades en su funcionamiento, y también fue una de las causas de uno de los pedidos de juicio político al ex gobernador expuestas por los gremios del estado, con múltiples medidas de fuerza y exposiciones en los medios provinciales y nacionales.

Las obras sociales nacionales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados se habían retrasado en distinto grado en los pagos de las prestaciones. Esta situación repercute en los prestadores, en especial en los las clínicas y sanatorios, que tienen serias dificultades para continuar funcionando adecuadamente en estas circunstancias.

1.3 ANÁLISIS

El análisis debe efectuarse desde cada provincia, aunque hay elementos comunes entre las jurisdicciones. La provincia de Entre Ríos es eminentemente agrícola ganadera. Es de esperar que la devaluación comience a aumentar sus ingresos por las exportaciones. Sin embargo la pobreza es un problema creciente. En este marco, como el de otras jurisdicciones, se encuentra inmerso el sistema entrerriano de servicios sanitarios.

Algunos hechos deben tenerse en cuenta para prever futuros escenarios:

1. Aumento del gasto en salud
 - De no mejorar la situación económico financiera y la distribución del ingreso en las provincias seguirán deteriorándose las condiciones de vida y aumentarán las patologías asociadas a la pobreza. Si continúa la recesión disminuirá también la cobertura explícita de salud.
 - La población entrerriana, como en otras jurisdicciones, tiene una proporción de mayores de 65 años relativamente alta. Aunque todavía las tasas de natalidad y de fecundidad están levemente por encima de la media nacional muestran una tendencia decreciente en los últimos años, haciendo prever mayor prevalencia de enfermedades crónicas e invalidantes.
 - Envejecimiento de la población de la obra social provincial por congelamiento de las vacantes en la administración provincial.
 - Las innovaciones tecnológicas en un mercado carente de regulación y la desorganización del sistema de salud, producirán un marcado incremento del gasto.
2. Imposibilidad de sustentar el sistema de salud a futuro de continuar en las actuales condiciones organizativas.
 - La disminución de la Población Económicamente Activa dada por el bajo crecimiento poblacional, asociada al envejecimiento de la población entrerriana incrementa la dependencia de los pasivos sobre la PEA.
 - El desempleo y el aumento del trabajo informal, fenómeno mundial que se repite en las provincias, lleva a una disminución de jóvenes que aportan solidariamente al sistema de la seguridad social y que contribuyen a solventar los mayores gastos en salud de la población pasiva. Paralelamente esta población joven no cuenta con

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

cobertura explícita, utilizando el sector público con mayor gasto para el Estado, o bien puede adherirse a seguros privados de salud. En el último caso, si bien no sobrecarga al sistema público, tampoco se contribuye solidariamente a cubrir los mayores gastos en salud de los pasivos.

- Los recursos de la seguridad social provienen de un porcentaje aplicado al ingreso de los afiliados al sistema. El nivel de ingresos de los asalariados no ha variado demasiado en los últimos años. Los recursos de la seguridad social no crecieron en la medida del aumento de los costos que tienen que afrontar, dificultando el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio.
 - Las prestaciones a las que los financiadores se ven obligados a prestar sin contar con el financiamiento necesario, ya sea por órdenes judiciales como por pedidos políticos, empeoran su situación.
 - El gasto en salud sería creciente. Durante la convertibilidad un peso equivalía a un dólar. El costo de los insumos importados ha incrementado mucho desde la devaluación. El gasto en salud tiene una tercera parte correspondiente a gasto privado, el cual no es solidario hacia los que menos tienen o hacia la totalidad del sistema.
 - La fragmentación de los financiadores hace difícil la implementación de economías de escalas para reducir costos que cada vez son mayores. En la formulación de los "fundholders" del sistema de salud británico en los años ochenta, se consideraba que la población mínima a ser atendida por un grupo profesional, para dar estabilidad económica y operativa al sistema, estaría entre 12.000 y 13.000 asegurados. Si consideramos que en enero de 2004 del conjunto de las 134 obras sociales nacionales que tienen beneficiarios en la provincia de Entre Ríos, sólo 4 superan esta cifra, es probable que las personas adheridas a las restantes 130 instituciones deban ser atendidas en forma parcial o total por el sistema estatal provincial.
 - La recesión reduce la posibilidad de que los beneficiarios de obras sociales puedan abonar copagos. De esta manera utilizan el sector público, que sólo puede recuperar el gasto de las prestaciones efectuadas a esta población a través de la detección de los beneficiarios y la facturación a través de los hospitales de autogestión. En los demás hospitales y en los centros de atención primaria los gastos no se pueden recuperar.
 - Los cortes de servicio de los prestadores privados a las obras sociales por retraso en el pago empeoran esta situación.
 - El sector público sufre la progresiva reducción del presupuesto de salud desde el año 2000, el aumento creciente de los costos, la carencia de políticas anticíclicas, las medidas de fuerza de los trabajadores y sobrecarga por la disminución de la población cubierta y, la imposibilidad de realizar copagos por parte de los beneficiarios de obras sociales y las suspensiones reiteradas de servicios a la seguridad social del sector privado.
3. El desarrollo de estudios sobre el genoma y el proteoma humanos, amenazan con disolver progresivamente en el futuro el carácter probabilístico de la enfermedad. Los cambios en la previsibilidad de los eventos de atención determinarán cambios en la asegurabilidad de las condiciones de salud.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

4. El sistema presenta características que reducen su eficiencia, disminuyendo la sustentabilidad del mismo en un escenario de costos crecientes.
 - El rol rector del Estado provincial está desdibujado por la mayor necesidad de políticas sanitarias y regulación. No se determinan los roles de los sectores público y privado.
 - La separación de los roles como financiador y como proveedor de servicios del estado provincial es incompleta.
 - Falta articulación tanto horizontal como vertical entre la provincia y los municipios, y entre los sectores público y privado.
 - La carencia de regulación en cuanto a acreditación, categorización y habilitación determina la distribución anárquica de los recursos tanto humanos como tecnológicos y de la capacidad instalada. Tampoco permite el desarrollo de mecanismos eficientes de control y contralor adecuados.
 - La escasa cantidad de registros y su deficiente calidad, así como la falta de datos epidemiológicos y de utilización del sector privado y de la seguridad social para su unificación con aquellos del sector público impiden una adecuada planificación y gestión.
 - La carencia de capacitación en gestión en la conducción de gran parte de los sectores dificulta el correcto análisis de la situación y la toma de decisiones a través de las estrategias adecuadas.
 - El sector público debería evitar subsidios cruzados a la seguridad social y a los aseguradores privados de salud a través de la facturación y cobro por parte de los hospitales de gestión descentralizada. Sin embargo estos no logran un adecuado recupero del costo de las prestaciones. Las principales causas son inadecuada detección de los beneficiarios, falla en la implementación de un sistema que permita una tramitación ágil sin demoras para los beneficiarios, carencia de una política comunicacional difundiendo la ausencia de copagos y la garantía de las prestaciones, incorrecta facturación y gestión de cobro, desconocimiento de la forma de facturar y cobrar a aseguradores privados, carencia de un sistema administrativo que detecte la población cubierta durante las 24 hs, entre otras. El sistema tampoco ha logrado la extensión horaria. Los magros incentivos de la recaudación no se relacionan con la productividad de los agentes para estimular la adecuada detección y funcionamiento del sistema.
5. El aumento de los costos con disminución de los recursos, corte de crédito de proveedores y atrasos en el pago de los financiadores da por resultado disminución de la calidad prestacional, listas de espera, algunas ya oficializadas como la de prácticas de la Asociación de Clínicas, insatisfacción del usuario, todo lo que redundará en los resultados del sistema.
6. La ineficiencia del sistema de salud, la dificultad para sustentarlo y la disminución de la calidad prestacional asociados al aumento de la pobreza y reducción de la cobertura lleva a disminuir la eficacia en término de resultados sanitarios relacionados con el gasto efectuado. Otros factores inciden en la reducción de la eficacia del sistema.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

- Es necesario reducir las barreras de acceso geográficas, económicas, de horario, culturales, en el diseño de las políticas.
- La desarticulación horizontal y vertical entorpece la consecución de resultados sanitarios al igual que la ausencia de control monitoreo y evaluación de los procesos.
- La fragmentación de los financiadores con múltiples objetivos en cada una de las entidades y la carencia de la información unificadas.
- La debilidad del rol rector del estado no permite determinar y cumplir con prioridades sanitarias y dificulta la formulación de políticas acordes a las diferentes realidades regionales.
- Se observa carencia de programación y planificación adecuadas a las necesidades de la población.
- No hay un paquete mínimo de prestaciones garantizado y diseñado de acuerdo a las necesidades sanitarias.
- Falta identificar grupos vulnerables para la focalización de políticas y seguimiento.
- Hay carencia de normatización de procedimientos.
- Falta articular y fortalecer programas y prevención de enfermedades en la atención primaria.
- No hay una adecuada política de comunicación de las acciones de salud.

6. Las diferencias en los perfiles socioeconómicos, regionales, de utilización de servicios entre distintos quintiles de ingreso y diferentes financiadores de ofertas de servicios, dan por resultado diferente acceso y resultados sanitarios y determinando fuertes inequidades entre los habitantes de cada provincia y del país.

1.4. Utilidad, relevancia, justificación del estudio

El derecho a la salud es constitucional y las provincias ejecutan las políticas sanitarias. Al ser una garantía constitucional es universal. Dado que en salud las necesidades son infinitas y los recursos son limitados, es necesario reordenar el sistema para lograr el máximo aprovechamiento de los mismos. La cobertura implícita brindada por el estado a los habitantes se superpone con la seguridad social y con los seguros privados de salud. En razón de evitar subsidios cruzados para lograr el mejor uso de los recursos el Estado debería cubrir las prestaciones de la población no asegurada, explicitando su cobertura. Es necesario también el reordenamiento del sistema en aras de mayor eficiencia y eficacia y en resguardo de la calidad de las prestaciones. Teniendo en cuenta la equidad, la universalidad y la garantía constitucional, y por otra la eficacia sanitaria es necesaria mayor solidaridad en el diseño del sistema, para mejorar la salud de todos focalizando en aquellos con mayores necesidades sanitarias.

Desde esta perspectiva se genera la necesidad de que desde el Estado se plantee una reforma del sistema, y se implementen políticas sanitarias que garanticen el acceso universal y equitativo de la población al sistema de salud. Es imperioso entonces buscar alternativas para dar respuesta a las necesidades de salud de los habitantes como responsabilidad indelegable del Estado y a su vez como motor del desarrollo económico

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

de la Provincia. La crisis del sector salud está inmersa en la crítica situación general. Por lo tanto es necesario que desde cada uno de los sectores se realicen aportes para contribuir a construir soluciones. La crisis puede ser vista como una oportunidad para realizar cambios con miras a resolver problemas no sólo coyunturales, sino también estructurales. Los conocimientos disponibles sobre esta materia en algunas provincias son insuficientes hasta el momento para dar cuenta del problema y de sus alternativas de solución, siendo indispensable encarar la investigación. El presente proyecto intenta dar una respuesta para mejorar algunos aspectos del problema, beneficiando el funcionamiento de los sistemas de las provincias, ya que se trata de un problema prioritario en materia de salud nacional y provincial. Desde este punto de vista, al exhaustivo análisis de la situación de la salud y de los factores relacionados, debe seguir un sólido proyecto que contemple la mejora de los problemas de salud ya enunciados. Es imprescindible la coordinación desde el Estado provincial con las autoridades nacionales en materia de salud, así como las de los municipios, y el consenso participativo de los actores del sistema, los sectores políticos, sociales, y de la población, para constituir una política de Estado que, a través de la reforma sanitaria produzca un sistema de cobertura de salud universal, equitativo y solidario, garantizando el derecho constitucional a la salud.

1.5. Formulación del problema de la Tesis

¿Cuáles son los ejes fundamentales de una estrategia tendiente a mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las provincias argentinas?

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Proponer una estrategia de intervención adecuada para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las provincias argentinas.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar y describir los componentes fundamentales de la estrategia propuesta.
- Desarrollar los ejes fundamentales de un seguro de salud como herramienta clave dentro de la estrategia propuesta.

3. Marco teórico referencial

El sistema de valores sociales existente en cada lugar determina a través del marco político la organización y el funcionamiento del sector salud y de sus servicios. Cada sociedad responde a un sistema dominante de valores que tiene un profundo impacto en la configuración del sector salud. En Europa y Canadá los servicios de salud son considerados un derecho cívico, y el Estado asume una clara responsabilidad en su protección para todos los ciudadanos. Por el contrario, en los Estados Unidos millones de personas carecen de seguro sanitario, porque no se reconoce el derecho a la salud. Cada vez son más los países y organismos internacionales que consideran a la salud como un derecho y un bien que es preciso garantizar por los poderes públicos a todos los ciudadanos. Cómo hacerlo con equidad en épocas de escasez de recursos, de grandes desigualdades socioeconómicas, de costos crecientes, de necesidades de salud difíciles de priorizar, de intereses en conflicto, son decisiones políticas. Es imprescindible que estén basadas en la mejor evidencia empírica de qué es lo que funciona mejor, y que tengan en cuenta las consecuencias distributivas con las diferentes alternativas. Hay que considerar a los servicios de salud como parte integral del desarrollo económico y social, fundamental en el bienestar social y personal, y en la vertebración y cohesión social de un país. La perspectiva de la globalización de la economía, tiene impacto en el debate sobre los sistemas de salud: para unos hay que dejar actuar al mercado, para asegurar que la economía sea competitiva internacionalmente, aunque en el análisis internacional comparado no hay evidencia alguna que avale esta postura. Más bien al contrario, la globalización de la economía hace más urgente invertir en desarrollo humano y consolidar sistemas de salud que sean equitativos y eficientes, micro y macroeconómicamente.

Un efecto de la globalización es la rápida difusión internacional de ideas y modas. En el sector de salud existe una demanda real de reforma, lo que ha dado lugar a una amplia oferta de soluciones cuyo componente común, es la introducción de mecanismos de mercado en todos sus niveles. Estas propuestas forman parte de paquetes más amplios, y cuentan con poderosas cadenas de distribución, e intereses que impulsan su difusión. Los sistemas sanitarios más desarrollados (en términos de equidad, eficiencia, calidad, satisfacción de los usuarios.) de los países más avanzados no tienen el mismo interés comercial, o ideológico, en difundir sus sistemas, de modo que el mercado de estrategias políticas, no incluyen los mejores productos, que han sido probados durante décadas y que funcionan aceptablemente bien en su lugar de origen (Alemania, Canadá, Reino Unido, España, países nórdicos, Costa Rica, etc.). Si bien no es posible importar soluciones es importante aprender críticamente de la experiencia de otros países, y no incorporar precipitadamente las modas de cada momento (Freire, 1999).

Los sistemas de salud constituyen la respuesta social organizada a los problemas de salud de una población y presentan 3 componentes básicos que se articulan: financiamiento, gestión y atención. El modelo de financiamiento implica tener en cuenta el origen de los recursos y la forma de asignarlos, el volumen del gasto, los flujos financieros. Actualmente existe una tendencia hacia el abandono de la financiación basada en el trabajo, remplazada por fuentes más contracíclicas.

La gestión es el componente de mayor corte político del sistema de salud. Los modelos de gestión denotan los valores del sistema en la determinación de las políticas. También

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

influyen en la forma de ejercer las funciones del Estado, en especial en las de financiación, de provisión y de regulación de los servicios de salud.

Los modelos de atención implican aspectos técnicos, fundamentalmente el conocimiento de la población a cubrir, la determinación de cuáles son las prestaciones cubiertas, las normas y criterios que se establecen para la atención, la articulación entre los niveles de complejidad, la integración de los subsectores, la distribución de la oferta, entre otros. (Tobar, 2001).

Al analizar los sistemas de salud es posible hacerlo desde ángulos distintos: desde la gestión, a través de la clasificación de los modelos ideales, y desde la financiación, relacionando las fuentes de financiamiento con la modalidad de pago, siguiendo el modelo de Evans. Es necesario remarcar que en ambos casos se trata de modelos, y que los sistemas reales no los reproducen exactamente, sino que la gran mayoría son híbridos que se generan a partir de ellos, teniendo cada uno características propias.

Modelos básicos de seguros sociales

Los orígenes de la seguridad social se remontan a las sociedades de ayuda mutual de los gremios que emergieron después de la Edad Media. Durante el siglo XIX, los trabajadores industriales adoptaron esta modalidad, incorporando a los trabajadores por cuenta propia, aunque en forma voluntaria. En 1849 en Prusia se hizo un seguro de salud obligatorio para los mineros y se obligó a patrones y empleados a pagar las contribuciones para su financiamiento. La industrialización había generado en Alemania la desarticulación de las estructuras familiares y sociales rurales, una urbanización descontrolada y pésimas condiciones laborales en las ciudades. En 1878, ante las protestas de los trabajadores el gobierno alemán prohibió las organizaciones socialistas y comunistas. Como la represión política era insuficiente para mantener el orden, la Carta Imperial de 1881 declaró el bienestar social para los pobres como esencial para la supervivencia de la Nación. El canciller Bismarck sugirió un tipo de servicio nacional de salud en ese mismo año. Sin embargo, los gobiernos provinciales, así como los liberales del parlamento y la Iglesia, se opusieron a la financiación basada en impuestos, como también a la expansión del gobierno central. En 1883 el parlamento hizo compulsiva la inscripción en el sistema de seguro de salud. Al año siguiente se creó el seguro de accidentes y más tarde el de invalidez y jubilación (1889), sumándose el seguro por desempleo en 1927. Con la creación de este sistema Bismarck buscaba solucionar el problema de la marginación de los obreros industriales, evitando así su radicalización política. El seguro de salud fue obligatorio para trabajadores de ciertas industrias o hasta un determinado techo de ingresos fijados legalmente. Ellos fueron obligados a pagar dos tercios de las contribuciones, mientras los empleadores fueron obligados a aportar el tercio restante.

Los beneficiarios recibían prestaciones monetarias equivalentes al 50% del salario durante 13 semanas, en caso de enfermedad, cobertura del parto y compensación por muerte, y un paquete mínimo de servicios de atención primaria incluyendo medicación, mientras los cuidados hospitalarios estaban librados a la decisión de cada uno de los fondos. Estos fondos eran primariamente libres para elegir los prestadores y determinar la naturaleza contractual. Durante los años ochenta, muchos trabajadores boicotearon los fondos administrados por el Estado y eligieron fondos propios, manejados enteramente por los trabajadores (conocidos como fondos sustitutos), hasta que en 1890 esta posibilidad fue restringida, y quedó sólo para algunos fondos de empleados hasta 1995. La extensión de la cobertura fue aumentando por el ingreso de nuevos miembros obligatorios y por la

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

incorporación de nuevos grupos ocupacionales, como los trabajadores del transporte y el sector comercial, en 1901, las empleadas domésticas y agricultores en 1914, y los granjeros en 1972.

Los tres principios funcionales esenciales que sustentan los seguros sociales bismarckianos no han sufrido cambios a lo largo de los años, y se basan en ciertos supuestos sobre:

1. Forma y función de la familia: La familia tipo en que se basaban los seguros bismarckianos consta de un jefe de familia masculino con empleo formal y que realiza los aportes al seguro social. Su mujer e hijos no tienen una ocupación formal pero gozan del seguro del sistema en función de familiares del titular (derecho secundario). Este patrón, ya no es mayoritario: la irrupción masiva de la mujer en el mercado de trabajo, la creciente frecuencia de divorcios y otros factores, han incrementado el número de hogares unipersonales por una parte, y por otra, en las familias completas, con frecuencia creciente ambos cónyuges trabajan.

En muchos países en vías de desarrollo, el modelo de familia bismarckiano tampoco funciona en la forma prevista para aquellos que no tienen un empleo formal, quedando automáticamente excluidos, independientemente de sus ingresos. Esta situación ha llevado en esos países a que el grado de cobertura siga siendo bajo y que se produzcan serios déficits en los sistemas.

2. Biografía laboral: Este patrón se basaba en que una persona trabajaba a lo largo de 30 o más años, en forma continua y a tiempo completo. Suponía la generación de suficiente cantidad de puestos de trabajo y pleno empleo. Hoy, este principio se ve amenazado en virtud de la reorganización de los patrones de división del trabajo, la tendencia a una creciente desindustrialización y la transición a una sociedad de servicios, y las condiciones de trabajo que tienden a las relaciones informales.

3. El principio generacional: Se basa en que una sociedad está conformada por tres generaciones que conviven simultáneamente: la de niños y jóvenes que aún no trabaja; la intermedia, de adultos activos y una tercera que ya ha dejado de trabajar. La generación activa debe: sostener a los que ya no están en condiciones de trabajar y a los que aún no trabajan, aceptando que esta nueva generación se haga cargo en el futuro de los costos. Este principio se deteriora cuando se reduce la tasa de natalidad por una parte, y crece la expectativa de vida por otra, estrechando la base demográfica y poniéndola en condiciones dudosas de financiar el sistema. En las actuales sociedades envejecidas, se ha instalado el debate de la reforma.

Este modelo de Seguro Social se aplica además de Alemania, en Francia, Holanda, Bélgica, Japón, entre otros países. Es también el modelo de las Obras Sociales argentinas (González García, 1997).

El modelo de los países comunistas sólo se aplica actualmente en Cuba. En este modelo el Estado financia y provee los servicios, posee y administra las instalaciones, produce los medicamento, educa, entrena y emplea como asalariados a los profesionales. En Cuba, el Ministerio de Salud Pública es el organismo rector del sistema nacional de salud, encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado en cuanto a la salud pública, el desarrollo de las ciencias médicas y la industria médico farmacéutica.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Además de las leyes de seguro social de Bismarck de 1881 y del modelo de bienestar comunista, enfoques de política social que tuvieron repercusión internacional, existió un tercer modelo, el de Beveridge.

Ante la crisis económica y social que se aguardaba para cuando hubiera finalizado la Segunda Guerra Mundial, generaron posiciones que se expresaron en Gran Bretaña en el informe Beveridge. La idea fundamental de este documento era que todo miembro de una sociedad tiene un derecho legal a estar cubierto por los beneficios de la seguridad social, y el Estado, mediante la adecuada asignación de los recursos debía impedir que alguno de los ciudadanos se viera sumido en la pobreza por contingencias de desempleo, enfermedad o vejez. Este seguro financiado básicamente con impuestos, y provisto en su mayoría por efectores públicos, se estructura siguiendo tres principios:

1. Comprensibilidad: Beveridge pretendía lograr una estricta aplicación del principio del seguro, en donde aportes uniformes se corresponden con beneficios uniformes, y a fin de promover esta forma de la previsión privada del riesgo, el nivel de los servicios debía incluir el principio de

2. Adecuación : Es decir, incluir sólo el nivel básico de la seguridad social, y quienes en el caso de enfermedad o vejez querían tener beneficios adicionales, debían constituir sus propias reservas o contratar un seguro privado adicional.

3. Universalidad: las prestaciones sociales no debían distinguirse según profesiones ni sectores sociales, debían regir para todos y prestar protección contra todos los riesgos.

Esta concepción contribuyó a lo que más tarde se denominaría el Estado de Bienestar. En estos Sistemas Nacionales de Salud todos los recursos se unifican en un fondo nacional. Con diversos matices este modelo se aplica en el Reino Unido, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda, Suecia, Noruega, Dinamarca, España, Portugal, Grecia, los países de del antiguo bloque soviético y los del Caribe de habla inglesa (González García, 1997).

Otro modelo es el de los seguros privados. En este modelo hay ausencia del sector público, tanto como financiador como prestador. La organización es fragmentada, descentralizada y con escasa regulación. En Estados Unidos, donde predomina este modelo, hay más de 1.500 seguros privados. Se financia con pagos directos de los usuarios calculados en base al riesgo y al tipo de servicio contratado. Pueden contratarse en forma individual o colectiva, en estos últimos pueden ser pagados total o parcialmente por empleadores (González García, 1997). En muchos países, como en Australia, las primas de los seguros privados son deducibles de los impuestos, generando un subsidio público al sistema de seguros privados.

El modelo asistencialista está dado por la concepción liberal de la salud como una cuestión individual. El "Estado Mínimo" sólo asistiría a quienes son incapaces de asumir la responsabilidad individual. Las acciones estarían entonces focalizadas hacia los grupos vulnerables (González García, 1997).

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Clasificación de los sistemas de salud a través de los modelos de gestión

Al clasificar los sistemas de salud de acuerdo a sus modelos de gestión, se puede hacerlo a partir de estos tipos ideales. Siguiendo a Mark Fields, de acuerdo a la participación del Estado, se podrían clasificar en:

- 1. Los sistemas de salud del siglo XIX,** punto de partida de donde surgen los siguientes, caracterizados por regulación prácticamente nula, escasos establecimientos, profesionales aislados, trabajando separadamente.
- 2. Sistema pluralista:** consiste en una mezcla de diferentes subsistemas y organizaciones que prestan servicios. La participación del Estado es marginal. Los médicos trabajan como asalariados o en forma autónoma privada. Son ejemplos de este sistema Estados Unidos, Sudáfrica y Suiza.
- 3. Seguridad Social.** La sociedad organiza la provisión de servicios como un derecho de los trabajadores. Las modalidades varían en cuanto al pago, al grado de aseguramiento y a la contribución del Estado. Los médicos en su conjunto quedan esencialmente autónomos, estableciendo modalidades contractuales con los financiadores. Son ejemplos, Francia, Alemania, Holanda y Japón.
- 4. Servicios Nacionales de Salud.** El gobierno central provee la estructura para asegurar todos los aspectos de los servicios de salud, pagados con fondos públicos con modalidades de pago preestablecidas, capitación en el caso de los generalistas y salario en el de los especialistas.
- 5. Medicina socializada.** Anteriormente era el modelo desarrollado en la Unión Soviética, en Europa del Este y en Chile en la época de la presidencia de Allende. Actualmente sólo se emplea en Cuba. Corresponde a lo descrito en los sistemas comunistas. Es el menos costoso de los sistemas enumerados en relación al P. B. I.

Cada sistema de salud nacional, o en ocasiones regional, es el resultante de una tensión dialéctica entre los aspectos universales de la medicina y la tecnología, y de las características culturales particulares de cada sociedad nacional, su historia, sus tradiciones, sus costumbres, su sistema político y sus recursos económicos. (Fields, 1988)

El problema actual continúa siendo: ¿Quién es el responsable por la previsión social? ¿El individuo o la comunidad? Según el principio individual, la seguridad social debiera ser considerada un bien privado, y como tal, pasible de ser negociado y adquirido en los mercados y el seguro de cada individuo dependerá de su posición profesional, sus ingresos, sus preferencias y su tendencia a aceptar riesgos. Las ventajas son la transparencia y el principio de correspondencia con los aportes realizados porque cada uno recibe los beneficios de conformidad con los aportes por él efectuados. Los inconvenientes están dados porque al no existir mecanismos redistributivos, los sectores más ricos obtienen un elevado nivel de seguridad social, en tanto que los sectores más carenciados y con escasa o nula capacidad de efectuar aportes están excluidos de estos beneficios.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

En el principio colectivo todos los miembros de la sociedad gozan de un nivel mínimo garantizado de seguridad social, que se financia fundamentalmente a través de rentas generales. En este caso la seguridad social tiene el carácter de un bien público no negociable. Sus inconvenientes radican en que el individuo percibe menos costo de los servicios y reclama cada vez más de algo que aparentemente no parecería costarle nada.

Otro inconveniente es la tendencia a promover el incremento de la administración pública, en especial en los sistemas centralizados. Cuando la administración central ubicada en las capitales se extiende, las prestaciones y los resultados se reducen en las localidades más pequeñas o más alejadas de los grandes centros urbanos y muchas veces están sólo formalmente presentes porque faltan los recursos (humanos, físicos y de gestión) necesarios para una atención eficiente.

En definitiva, ni la realización plena del principio individual, ni del principio colectivo de la seguridad social conducen a resultados universalmente aceptables. Quizás con la excepción del modelo de bienestar comunista, se trata esencialmente de sistemas mixtos y de variadas combinaciones en cuanto a la organización, financiación y provisión. Como ejemplos, Dinamarca y Suecia representan sistemas nacionales de salud con financiamiento y provisión de servicios descentralizados, comunes en Escandinavia. Alemania y Holanda ejemplifican esquemas de seguridad social combinados con seguros privados de salud para la población de mayores ingresos. Francia desarrolla un modelo más centralizado de seguridad social, con cobertura universal y proveedores tanto públicos como privados. Australia y Nueva Zelanda tienen sistemas nacionales financiados predominantemente por rentas generales con diferentes grados de descentralización y privatización de la provisión de servicios (Dixon, 2002). Si los seguros compiten entre sí es indispensable disminuir al máximo posible las fallas del mercado e introducir incentivos destinados a mejorar los resultados sanitarios, como en los casos de Holanda o Colombia. También el Estado Social, ligado a la economía social de mercado en Alemania y el Estado de bienestar de los países escandinavos son sistemas mixtos, aunque se diferencian sustancialmente entre sí. El Estado Social presenta como elemento característico el principio de subsidiariedad. Una persona, como individuo debe tomar recaudos propios para su seguridad social, y sólo en la medida en que no está en condiciones de velar por sí mismo, tiene derecho a ser asistido por la comunidad. El Estado de bienestar invierte esta prioridad considerando primariamente a la seguridad social como una tarea comunitaria, a la que el individuo sólo acompaña en forma complementaria.

A pesar de las diferencias significativas en la financiación, organización y provisión de servicios de salud entre diferentes países, todos enfrentan similares desafíos. Asegurar el acceso equitativo a los servicios, mejorar los resultados de salud, mantener un financiamiento sustentable, mejorar la eficiencia, garantizar la calidad prestacional, entre otros. Sin embargo, las respuestas que adopta cada uno se adaptan a su contexto histórico, político, social y cultural (Dixon, 2002).

Clasificación de los sistemas de salud a través de los modelos de financiación

En 1981 Robert Evans formuló un modelo empírico para la clasificación de los sistemas de salud a través de la identificación de subsistemas, para luego describir los sistemas de salud completos de 10 países seleccionados en su estudio. Evans define a los sistemas a través de subsistemas de financiación, pago y regulación. Los subsistemas de

*"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas.
Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."*

financiamiento se subdividen en los que presentan una fuente de financiación pública o compulsoria, y los de financiamiento voluntario o privado. Los subsistemas relativos al pago por servicios de salud toman 4 formas distintas: Desembolso directo de las personas sin seguro, desembolso directo con reintegro por seguro, pago indirecto por parte de terceros mediante contratos, o pago indirecto por parte de terceros bajo presupuesto o salario dentro de organizaciones con integración vertical. De la combinación de las dos fuentes de financiamiento con los cuatro modelos de pago a prestadores surgen ocho posibilidades. No obstante, una de ellas no existe en la práctica: el pago compulsivo de desembolso directo, sin seguro. En el cuadro siguiente se resumen las posibilidades.

Modelo de Evans para el análisis de los sistemas de salud según su financiación

		Fuente de financiamiento		
		Compulsiva	Voluntaria	
Modalidad de pago	Directa	Sin reintegro	-----	Pago de bolsillo
		Con reintegro	Seguro público	Seguro voluntario
	Indirecta	Por contrato	Contrato público	Contrato voluntario
		Por presupuesto o salario	Modelo de integración vertical público	Modelo de integración vertical voluntario

Una de las principales ventajas de esta clasificación reside en permitir un análisis de los flujos financieros y de servicios, necesario para evaluar los posibles impactos de las medidas de reforma sobre los niveles de gasto y prestaciones. Otra ventaja consiste en que cada modelo constituye un circuito cerrado de provisión y financiamiento, de manera que una vez identificados los siete modelos particulares de sistemas de acuerdo a su financiación, es posible deconstruir un sistema complejo identificando sus subsistemas de acuerdo a los flujos de recursos que generan. A su vez permite detectar las fallas de mercado propias de cada configuración.

El modelo voluntario de desembolso directo es el que más se aproxima a un mercado competitivo de servicios de salud, en el que el usuario elige y paga directamente por los mismos. Pero el mercado de la salud presenta fallas particulares, fundamento para la intervención del Estado. En especial porque la soberanía del consumidor se ve restringida por la asimetría de la información del usuario frente al profesional. Cuando el ingreso es insuficiente o cuando el gasto en salud es inesperado y catastrófico, el modelo no será compatible con un acceso equitativo y suficiente a los servicios ni con una protección adecuada del ingreso. Este modelo generalmente juega un rol secundario en los sistemas. Es el caso de la población no asegurada que consume prestaciones en el sector privado, los copagos, y los medicamentos de venta libre.

Los pagos directos con reintegro de fuentes de financiamiento privadas constituyen los seguros de salud convencionales, en el sentido más estricto de la palabra. La enfermedad, en este caso, puede ser considerada un siniestro. Al ser asegurada en este sistema una persona o grupo, se firma una póliza de seguros en una compañía privada, con pago de primas por parte de los contratantes. Cuando se enferma, además del pago de la prima, el asegurado compra las prestaciones a los prestadores y las abona en forma directa. A posteriori el seguro reintegra al asegurado el dinero gastado en las prestaciones en forma total o parcial. No hay contratos con prestadores. Si bien perfecciona el modelo

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

anterior, ya que se protege al asegurado ante las pérdidas financieras producidas por enfermedad, tiene también desventajas. El asegurado no tiene incentivos para limitar su demanda (abuso moral). Los prestadores al ser pagados por prestación, tienen incentivos para inducir el consumo. Para limitar estos aspectos generalmente estos seguros se acompañan de copagos. Otro inconveniente está relacionado con la equidad. El acceso es limitado por la capacidad de pago y por enfermedades preexistentes o edad avanzada. En Argentina este modelo actúa como sistemas de reaseguro. También se encuentran en otros países, como Estados Unidos, Brasil, etc.

Si el gasto es directo y el reintegro proviene de una fuente pública se trata literalmente un seguro público. El único sistema nacional de Seguro de Salud exclusivamente basado en este modelo es el de Filipinas (Abel Smith, 1994). Este modelo puede ser diseñado para reducir inequidades en el acceso. Contrarresta al seguro privado en cuanto a selección adversa y equidad, ya que compensa con subsidios las contribuciones de los pobres. Se organizan en fondos de enfermedad, no competitivos. No hay ninguna conexión entre aseguradores y prestadores. El reintegro, por prestación, tiene tasas uniformes, aunque puede haber coseguros. Hay subsidios cruzados entre los fondos para preservar la solidaridad. Hay libre elección de fondos y de prestadores.

Cuando el pago es indirecto, se pueden dar dos situaciones: el modelo de contrato, similar al de seguro, pero que en lugar de reintegros por prestaciones ya efectuadas, se asegura que el usuario recibirá atención médica sin que involucre un desembolso directo para él. La otra posibilidad es el modelo de integración vertical, donde se financia a la oferta.

Cuando el modelo de contrato es compulsivo, se trata de organismos de financiamiento o de seguros de salud no competitivos que en lugar de asegurar reintegros brindan servicios en especies ante el caso de enfermedad. Se nutren de contribuciones obligatorias en relación al ingreso y en ocasiones también participan aportes de rentas generales. Los aseguradores tienen relaciones contractuales con los prestadores separando las funciones de provisión y de financiación. La libre elección de los prestadores está limitada por el alcance de los contratos negociados por el asegurador. Hay diferentes modalidades de pago del financiador hacia los prestadores, pero si se usa el sistema de capitación, resulta más económico en relación al reembolso, con menores costos administrativos y reducidos gastos de comercialización. Es el modelo dominante en Alemania, Reino Unido, Países Bajos, entre otros. Se subsidia a la demanda, desarrollando un mix público privado en la oferta de servicios. Es un modelo cada vez más vigente, y ha sido diseñado para tender hacia la universalidad y la equidad

El modelo de contrato privado es un modelo de seguro pero que recibe atención médica en caso de enfermedad en lugar de reembolsos por el valor de las prestaciones. El usuario paga una mensualidad. Exige un contrato entre el asegurado y el asegurador, donde se detallan las condiciones derechos y obligaciones de cada parte. A su vez la aseguradora establece por contrato las bases de modelo de atención. Hay múltiples planes con distintas coberturas y cartillas. Estos sistemas ahorran en costos en relación al seguro voluntario tradicional. Son ejemplos la mayoría de los planes de medicina prepaga argentinos, las cooperativas médicas de Brasil, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Uruguay, etc. La mayor debilidad del sistema, como en todo aquel de tipo voluntario, es la inequidad y la falta de solidaridad.

El modelo voluntario integrado se basa en la financiación de la oferta, con integración vertical entre aseguradores y prestadores, estructura edilicia propia y pagos por salario o con presupuestos prospectivos a los prestadores. Cuando se trata de un modelo voluntario hay incentivos competitivos, pero improbable acceso o equidad. En Argentina y Uruguay,

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

mutuales de comunidad se convirtieron en prepagos institucionales, competitivos, de libre afiliación, organizados sobre su estructura propia. En los modelos públicos de integración vertical se rigen por presupuestos de rentas generales y el pago a los empleados es por salario. En el caso de los hospitales de gestión descentralizada cuentan con la contribución de la seguridad social por las prestaciones efectuadas a sus beneficiarios. Si bien la cobertura es universal y tiende hacia un acceso equitativo, se carece de incentivos para que los prestadores minimicen costos o retengan a los asegurados. Existen en cambio incentivos perversos: a los prestadores eficientes se los recompensa con más trabajo, no con más recursos. (Tobar, op. cit.)

Sistemas de salud de América Latina y el Caribe

Las diferencias que se observan en los sistemas de salud de los países latinoamericanos con respecto a los desarrollados son fundamentalmente la escasa regulación, con ausencia de incentivos y persistencia de las fallas de mercado, la escasez relativa en la financiación, con mayores gastos hospitalarios y menor gasto público, y la fragmentación en la cobertura, que posibilita la duplicidad y en algunos casos la carencia de ella.

Considerando las características de los sistemas de salud de esta región podrían reunirse en 4 grupos en base a su estructura organizacional (Maceira, 1996).

1. En las naciones del Caribe de habla inglesa (Bahamas, Barbados, Jamaica, Trinidad y Tobago), y en Costa Rica se observan organizaciones similares a los sistemas nacionales de salud desde el punto de vista de la gestión, y a modelos públicos de integración vertical desde la financiación. La población tiene altos ingresos medios en relación al promedio latinoamericano. Se encuentran en un estado de post- transición epidemiológica. El sistema público se ocupa mayoritariamente de la cobertura, del financiamiento, sobre la base de rentas generales, y de la provisión de servicios propios generalmente a través de asignación de presupuestos globales. Hay preocupación por los costos crecientes por patologías geriátricas y crónicas. Costa Rica tiene un sector público dependiente del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social. Ambos trabajan coordinadamente, el primero ocupándose de la atención primaria y preventiva, y la segunda de las prestaciones de mayor complejidad. Los restantes países del grupo cuentan con un sistema de aseguramiento social organizado bajo el modelo de atención pública universal. El nivel de cobertura es alto. Hay poca exclusión. Se desarrollan políticas focalizadas hacia la detección de grupos vulnerables. Sin embargo Trinidad Tobago tiene 30% de su población sin acceso a los servicios a causa de la excesiva centralización del sector público, ineficiencias administrativas y barreras de tipo geográfico (escasa oferta rural y alto costo del transporte). El sector privado tiene un papel individual y complementario. Aunque incipientes, en Jamaica los seguros privados se están consolidando. Los indicadores de salud son satisfactorios y por encima del promedio regional.
2. En Brasil se desarrolló el Sistema Único de Salud (SUS). Se unificaron progresivamente las entidades de seguro social de salud en una entidad pública con cobertura universal. Se trata de un seguro social unificado con cobertura

teórica a todos los habitantes y un paquete de servicios. Se basa en la descentralización a los municipios. Los servicios se realizan en el sector público.

La reforma implementada llevó a un aumento de la participación ciudadana, la consolidación del sistema público, la constitución de una red de protección social, proveyendo servicios sociales básicos a grupos de bajos ingresos y a la mejora de la situación sanitaria, con descenso de las tasas de mortalidad infantil. Si bien se logró incrementar la cobertura a través del SUS, modelo comparable, con algunos matices, a un sistema nacional de salud desde la gestión y a un modelo de contrato público desde la financiación. Sin embargo, el sector privado desarrolla seguros que cuentan con aproximadamente 35 millones de beneficiarios, superponiéndose al SUS.

3. Cuatro países participan en este grupo, teniendo sistemas de salud muy diferentes: Chile, Colombia, Argentina y Uruguay. La característica común es que tienen desde la financiación modalidades de pago predominantes de contratos, coexistiendo las fuentes de financiamiento compulsivas con las voluntarias. A su vez el sector público está organizado como un subsistema de integración vertical. Desde la gestión se basan principalmente en seguridad social, aunque puede incluir otros subsistemas.

El subsector público cubre a toda la población aunque su población objetivo es la de menores recursos. El sector privado está muy organizado y ofrece varios planes. La Seguridad Social se basa en aportes y contribuciones y se canaliza a través de instituciones privadas (ISAPRES, Chile; EPS, Colombia), sindicales (Obras Sociales argentinas) y estatales (DISSE, en general alcanza a gran parte de la población).

Argentina y Uruguay tienen un amplio sistema de seguridad social que contrata prestaciones con el sistema privado de atención. El sector público cuenta con una cobertura teórica para toda la población. El sector privado se financia fundamentalmente con seguros privados de salud y contratos de la seguridad social. Argentina desreguló las obras sociales nacionales dando posibilidad de libre elección. Uruguay mantiene una fuerte regulación sobre los prestadores de la seguridad social. En este país la familia del asegurado no cuenta con cobertura como adherentes al sistema.

Chile comenzó la reforma sobre la base de competencia regulada. Cuenta con un sector público que da cobertura teórica a un 60% de la población a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), el resto de la población contribuye al sistema privado de seguros de salud constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Colombia implementó un modelo de competencia gerenciada. Tiene un sistema similar al chileno. Desarrolla una cobertura pública teórica de 65% y contribuciones a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), el Sistema de Aseguradoras Privadas. A diferencia de Chile, Colombia tiene un fondo único de contribuciones a las EPS que distribuye los recursos a través de un paquete básico de servicios, corregido por criterios solidarios. La reforma colombiana logró triplicar la cobertura, mejoró el acceso a medicamentos, la utilización de servicios, el estado de salud de la población y la satisfacción de los usuarios. Sin embargo la asignación de los recursos se destina al menos en 50 % a población no pobre, algunos programas como el de vacunación se deterioraron, en especial en zonas

pobres y rurales y la distribución del recurso humano no es la adecuada. El sector público tiene un severo déficit en gestión, mientras que las EPS se descentralizan instalándose de acuerdo a leyes de mercado, no a las necesidades sanitarias. Hay escasas actividades de promoción y prevención. Por último hay multiplicidad de cuentas en la financiación del sistema, con un complicado manejo. (Torres, 1999) En este grupo de países hay dificultades en los mecanismos de asignación de recursos, pero los mayores problemas son la falta de coordinación y articulación entre subsectores, los subsidios cruzados y la duplicidad de la cobertura. Las reformas que se han implementado no lograron superar la fragmentación del sistema y el desbalance a favor de los cotizantes de mayores ingresos.

4. La mayor parte de los países latinoamericanos (México, Haití, República Dominicana, América Central excepto Costa Rica, Guyana, Surinam, Venezuela, Ecuador, Bolivia, Paraguay, Perú) tienen una marcada segmentación en la provisión de servicios y baja o nula coordinación entre los subsectores. El sistema público dependiente del sistema de salud tiene amplia capacidad instalada pero fuertes restricciones presupuestarias y bajo rendimiento. Los Institutos de Seguridad Social cubren trabajadores formales mayoritariamente urbanos, (menos de 5% de la población, excepto en Venezuela donde alcanza 36%). El sector privado tiene escasa incidencia en el desarrollo de seguros y se establece fundamentalmente por una red de médicos individuales, farmacias y otros profesionales de la salud. Hay pocos servicios en áreas rurales y zonas pobres y paradójicamente hay un alto gasto privado de bolsillo en países considerados pobres en su mayoría.

El sistema de aseguramiento social se concentra entonces en los dos primeros sectores. Los mecanismos de coordinación son limitados.

Si bien estos países cuentan con seguridad social, su escaso desarrollo los encuadra más cercanos al modelo pluralista de gestión. Desde la financiación coexisten varios subsistemas, dada la segmentación de los sistemas de salud de estos países, aunque predomina el modelo público de integración vertical

Los únicos casos excepcionales de separación entre financiación y provisión de servicios se da en México, entre la seguridad social del sector público, y en Ecuador y Surinam por la intervención de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en el sector público.

Se debe agregar a esta un quinto grupo, que es el caso de Cuba. Este país tiene un modelo de medicina socializada desde la gestión, y un sistema público de integración vertical desde la financiación.

Antecedentes en las políticas del sistema de salud argentino

En principio en nuestro país la atención de la salud se inició en la consulta privada y paralelamente fueron surgiendo sociedades de beneficencia que dieron lugar a la creación de los primeros hospitales públicos. El Estado comenzó a hacerse cargo de acciones de salud durante la década del cuarenta, duplicando la capacidad hospitalaria y desarrollando importantes campañas de prevención, entre otros logros. Durante la segunda mitad del siglo veinte la cobertura de la salud en la Argentina se basó en un esquema de seguridad social financiado por medio de los aportes y contribuciones originados en la relación de

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

dependencia laboral y canalizados a través del sistema de obras sociales, coexistiendo este sistema con los anteriores. Durante el período de gobierno justicialista entre 1945 y 1955 coexistían un sistema bismarckiano de obras sociales sindicales, con un Ministerio de Salud conducido por Ramón Carrillo que intentaba implementar un programa de cobertura de los indigentes, tendiendo a un esquema de cobertura universal. Luego surgieron las obras sociales provinciales que brindaban cobertura a los empleados públicos de las diferentes jurisdicciones. La seguridad social tuvo su mayor crecimiento entre 1950 y 1970, dirigiendo su consumo hacia prestadores privados en su mayoría. En 1970 la ley 18.610 obliga a la cobertura de los trabajadores a través de las obras sociales. A partir de entonces también comienzan a surgir empresas de medicina prepaga, que funcionan sin un marco regulatorio específico hasta el día de hoy. A principios de los 70, se consolidó una obra social para los jubilados (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI) que se transformó en la mayor del sector, tanto en términos de beneficiarios como en el volumen de recursos. Desde entonces el rol del Estado va perdiendo protagonismo y deteriorando su tecnología y la capacidad instalada. A fines de los años '70 el modelo económico favoreció la importación de tecnología, que sin regulación, fue incorporándose masivamente por prestadores privados y aceleró la caída de la financiación del sistema. En respuesta comenzaron a surgir copagos y restricciones en la cobertura. Las limitaciones de la cobertura así como las dificultades económicas iniciaron un incremento progresivo de la demanda de servicios del sector público que progresivamente mostraba crecientes déficits de estructura y de financiamiento. En 1974 el Sistema Nacional Integrado de salud (SNIS) intentó conformar un sistema único cuyo eje fuese el Estado, asegurando el acceso equitativo a los servicios para toda la población. Sin embargo, conflictos de intereses generaron presiones políticas. Las obras sociales no se incorporaron al Sistema, reduciendo el impacto que se buscaba. A pesar de no poder integrar más que a Chaco, Formosa, La Rioja y San Luis, hubo significativos avances en estas provincias.

En 1985, durante el gobierno del Dr Alfonsín, se lanzó el proyecto del Seguro Nacional de Salud, fuertemente resistido por el sindicalismo. Se trataba de un seguro universal basado en las obras sociales como agentes del seguro (Leyes 23.660 y 23.661). Se basaba en el fortalecimiento del rol rector del estado, del sector público como prestador, compartiendo este espacio con los subsectores privado y de la seguridad social. Sin embargo las negociaciones en el parlamento y la pérdida de la mayoría en la Legislatura, sumado a los intentos de conformar a todos los sectores, desnaturalizaron la idea original, y llegaron a conformar una reforma consensuada pero de difícil capacidad de implementación.

En 1991 se transfirieron todos los hospitales nacionales a las provincias. Posteriormente surgió un proceso de reforma con dos ejes principales: la descentralización de la gestión hospitalaria y la desregulación de obras sociales nacionales. Comenzó con el decreto 1.269/92 con dos objetivos principales: mejorar la gestión de la oferta pública a través de la instauración de los Hospitales Públicos de Autogestión, cuyo régimen se establece en el decreto 578/93, y por otra parte, reconvertir las obras sociales de manera de eliminar el déficit, liberando progresivamente a los trabajadores de la cautividad de su afiliación, tendiendo de esta forma a unificar los sistemas no estatales de financiamiento de seguros de salud.

En Argentina tradicionalmente los servicios públicos de salud han sido gratuitos y universales. Los beneficiarios de obras sociales o prepagas que acudían a los hospitales públicos eran atendidos sin ningún cargo para las aseguradoras. Esto constituía un subsidio indirecto desde el Estado (o desde los estados provinciales, que son responsables

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

del 90% de los servicios públicos en Argentina) hacia las obras sociales y prepagas. En la década del noventa, el Decreto N° 578/93 del Poder Ejecutivo Nacional estableció el registro del Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). Se incluyó un sistema de pago automático para las prestaciones debidas por los Agentes del Seguro de Salud a los HPA. La resolución 74/00 establece que los HPA deberán informar las internaciones a las obras sociales dentro de las 72 horas, para permitirles a las mismas evaluar y/o controlar el desempeño de los hospitales. Hasta el año 2000 el flujo de recursos financieros que originó el decreto 578/93 no registró un impacto significativo en términos absolutos sobre el gasto prestacional de las obras sociales.

El Programa de Reconversión de Obras Sociales (PROSS) se lleva a cabo con financiamiento externo, proponiendo mejorar la calidad y cantidad de prestaciones que reciben los beneficiarios del sistema, procurando que estas entidades lleguen a alcanzar el equilibrio en términos económico financieros, fortalezcan sus estructuras organizativas y profesionalicen sus modelos de gestión. Las Obras Sociales que adhieren al PROSS firman un convenio de adhesión aceptando las políticas sustantivas del sector salud. A partir de allí acceden al financiamiento del programa para su reconversión, previo cumplimiento de requisitos tendientes a conocer detalladamente la situación previa y la viabilidad económico financiera de la institución. Las reformas anteriores buscaban aproximar el sistema de salud argentino a un modelo universal y de seguro único. La reforma de los años 90 orienta al sistema hacia un mercado de seguros privados de atención gerenciada. La desregulación comienza en 1993 al permitirse a los beneficiarios la libre elección de Obras Sociales. El Decreto 9/93 establece: que los beneficiarios de entidades del Seguro Nacional de Salud pueden elegir libremente su obra social. El decreto se aplica a todas las entidades conocidas como Obras Sociales Nacionales (comprendidas por la Ley 23.660), cualquiera sea su origen y naturaleza institucional. Sin embargo, permite que los beneficiarios de las obras sociales sindicales elijan cualquier obra social menos las de Personal de Dirección, aunque habilita a los beneficiarios de las obras sociales de Personal de Dirección a elegir cualquier obra social. El organismo nacional responsable por regular a las obras sociales era la Administración Nacional del Seguro Social (ANSSAL) que asumía la responsabilidad de compensar a la obra social por las diferencias que pudieran surgir entre el monto de los aportes y contribuciones de los beneficiarios, con el costo de las prestaciones básicas.

Posteriormente el Decreto 292/95 elimina formalmente la doble cobertura, generada por el múltiple empleo y/o por ser familiar directo de un trabajador en relación de dependencia, obligando a unificar los aportes a una única obra social. Asimismo, se establece la libertad de elección de Obra Social para los jubilados. Luego, el Decreto 1.141 del 7 de octubre de 1996 completó la desregulación estableciendo la opción de cambio entre las Obras Sociales Sindicales. El Decreto 84 del 3 de febrero de 1997 establece que las personas podrán cambiar de obra social una vez al año.

La disminución de aportes patronales dispuesta en el decreto 492/95 afectó los recursos de las obras sociales, contribuyendo a la desfinanciación del sistema. Las contribuciones del empleador habían sido reducidas del 6% al 5%. Otro decreto (197/97) transfirió a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) una parte sustancial del aporte que efectúan los empleadores con destino específico para el financiamiento de la salud de los jubilados. Se estima que en el período 1995-1999 el sistema de obras sociales dejó de percibir un total de 14.726,40 millones de pesos en función del conjunto de medidas implementadas para mejorar la competitividad de la economía argentina.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

En la década del setenta la Ley 18.610 había establecido un Fondo Solidario de Redistribución (FSR) al cual todas las obras sociales eran obligadas a aportar un 10% de sus ingresos. El Fondo era destinado a compensar a las obras sociales de menores ingresos por beneficiario, pero la asignación de dichos fondos se hacía de forma discrecional. El decreto 292/95 modifica las funciones de reparto del Fondo Solidario de Redistribución, dándole carácter automático. Poco después, el Decreto 492/95 garantiza a cada obra social un monto de ingresos mínimo prefijado de \$40 por titular. Más tarde el Decreto 446/00 establece alícuotas diferenciadas de contribución al FSR (del 10%, 15 y 20% según nivel salarial) e integra el Fondo con una parte de lo recaudado a través de la extensión del Impuesto al Valor Agregado a las prepagas. Según el Decreto el Fondo Solidario de Redistribución subsidiará automáticamente a beneficiarios de menores ingresos, en un monto que no se menciona en el decreto.

El Decreto 247/96 aprobó un Programa Médico Obligatorio (PMO) cuya no cobertura por parte de un agente del seguro implicaría su fusión con otro u otros agentes. La definición de un grupo de prestaciones obligatorias o canasta básica de servicios es imprescindible para establecer mínimas condiciones de equidad y hacer más transparente la competencia.

La ANSSAL es sustituida por la Superintendencia de Servicios de salud a través del decreto 1.615 del 31 de diciembre de 1996. Se establece entre sus funciones el fiscalizar el cumplimiento del PMO, supervisar el pago a los Hospitales de Autogestión y controlar el cumplimiento del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Por resolución 939 de Octubre del 2000 se estableció un nuevo PMO cuya mayor diferencia con el anterior consiste en establecer la obligatoriedad de un sistema de medicina familiar para el primer nivel de atención.

El Decreto 446/00 indica que se contratará un seguro para patologías de alto costo y baja incidencia, el mismo remplazaría a la Administración de Prestaciones Especiales (APE). Al excluir los riesgos que involucra cubrir las enfermedades más costosas se eliminarían barreras de ingreso. Por otra parte, cuanto menor resultara el programa médico a ser cubierto mayores serían las posibilidades de las entidades menores para competir.

El 9 de diciembre de 1999 el Senado de la Nación aprobó un proyecto de ley que busca la adecuada defensa del consumidor de medicina prepaga. Como la Cámara de Diputados nunca lo aprobó aún no entró en vigencia. La ley establecería requisitos y condiciones. Entre los primeros figuran la obligación de inscribirse y adherirse ante Superintendencia de Servicios de Salud, acreditar personería jurídica y situación impositiva, tener objeto exclusivo, realizar un contrato anual, tener aprobados los planes de cobertura por la Superintendencia de Servicios de Salud y las cartillas respectivas. La condición prestacional sería brindar el PMO. También pueden brindar planes alternativos con servicios globales o parciales por sí o a requerimiento del beneficiario. Las condiciones económicas serían: registros contables separados, presentar cada seis meses por ante Superintendencia de Servicios de Salud, estados contables y estadísticas de salud. Las condiciones financieras serían: reservas técnicas (promedio de facturación mensual de 12 meses anteriores) de inmediata realización, patrimonio neto (250.000\$ para las entidades ya creadas y 500.000\$ para las a crearse), matrícula anual de 1000\$, tasa del 3% ó de facturación anual y multas de 1000\$ hasta 20% de facturación promedio mensual. La propuesta de ley prevé un fondo de garantía de prestaciones de salud que administra el 70% de lo recaudado (matrícula anual, tasa, multa, aporte del tesoro), a cargo de un consejo tripartito integrado por representantes de las empresas, los usuarios y los prestadores.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Cubre prestaciones por insolvencia, quiebra u otras circunstancias que impidan coberturas, así como las prestaciones de alto costo a baja incidencia.

Con el Decreto 446/00 se abrió la inscripción como agentes del Seguro Nacional de Salud a diferentes entidades entre las cuales se incluía a mutuales y prepagas. Este Decreto establecía que a partir del 1º de enero del 2001 los beneficiarios de las obras sociales nacionales podrían optar no sólo por cambiar de obra social sino también por elegir una empresa de medicina prepaga o una obra social de dirección. No obstante, la fase final de la desregulación, tal como fue instrumentada, lejos de resultar tentadora para las entidades aseguradoras privadas lo que suscitó fueron amplios rechazos y quejas. Sólo una entidad prepaga se inscribió como Agente del Seguro Nacional de Salud para captar a los beneficiarios de la seguridad social y sus aportes.

Sin embargo, debido a los fuertes debates y a un conjunto de presiones el Poder Ejecutivo Nacional, luego de asumir Domingo Cavallo como Ministro de Economía suspendió el Decreto 446 a través del decreto 377/2001.

A principios de 2002, al asumir como Ministro de Salud Ginés González García, se promulgó la Ley de Emergencia Sanitaria y el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, medidas para contener la crisis del sector ante el estallido económico y social sin precedentes en el país. Posteriormente se llevó a cabo una intensa política de medicamentos, con la sanción de la ley de Medicamentos Genéricos, que permitió reducir los costos y facilitar el acceso. Paralelamente se implementó el Programa Remediar para abastecer de medicamentos a los centros de atención primaria de la salud. Se recompuso la alícuota de los aportes patronales a la seguridad social. Se sancionó la Ley de Salud Reproductiva. Se fortaleció la participación de las jurisdicciones provinciales. Se está trabajando en el proyecto de seguro nacional de patologías catastróficas y se comenzó a implementar el seguro materno infantil, entre muchas otras acciones desarrolladas.

Valores del sistema de salud

La Constitución de la Nación Argentina reformada en 1994 reconoce jerarquía constitucional al derecho a la salud a través de la adhesión a tratados y pactos internacionales (artículo 75º, inciso 22). Por ejemplo, el artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, suscrito por nuestro país, dice que "Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" (OPS - OIT- Fundación Isalud, 1999). De esto se desprende la universalidad del derecho y a su vez la necesidad de garantizarlo con equidad. Todos los habitantes tienen derecho a la salud, lo que implica no sólo que todos tengan oportunidad de alcanzar una vida saludable, sino que aquellos en peores condiciones reciban atención en relación a sus mayores necesidades, tanto en el acceso al sistema de salud, como en la asignación de recursos y en los resultados sanitarios. Al reducir las barreras de acceso tanto geográficas, como sociales, culturales, económicas, se mejorarán las condiciones para que todos los habitantes puedan alcanzar resultados sanitarios equivalentes.

El derecho a la salud implica que los servicios sean eficaces en la producción de resultados sanitarios, logrando un aumento de la vida saludable. Para alcanzar la eficacia es necesario mejorar las condiciones y estilos de vida de la población, contar con servicios de salud de calidad y que la atención prodigada sea suficiente y oportuna.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Para poder garantizar este derecho el Estado debe determinar cuáles serán las políticas que cumplirán con esta garantía constitucional y que a su vez puedan ser ejecutadas con los recursos disponibles. Es necesario eficientizar el sector público y articular recursos de todos los sectores, evitando superposiciones, duplicaciones y vacíos regionales. Para que el Estado pueda asegurar el derecho a la salud en forma equitativa y sustentable es necesario incorporar el criterio de solidaridad: desde los sanos hacia los enfermos y desde los que pueden pagar hacia los que no pueden, de manera que todos aporten al sistema de acuerdo con su capacidad, para que cada individuo pueda recibir atención cuando la necesite. Nadie puede prever cuándo se puede enfermar. La salud no es un bien que se pueda almacenar. La totalidad de los beneficiarios pueden eventualmente beneficiarse del sistema.

La relación del Estado con la sociedad se asienta en valores sociales y políticos en la construcción del consenso, garantizando la democratización del poder para asegurar la gobernabilidad. Además de garantizar los derechos ciudadanos para su efectivo ejercicio, es necesario favorecer la inclusión social, desarrollando mecanismos que eviten la creciente marginalidad de la sociedad de individuos, grupos y hasta regiones enteras en sus principales aspectos: producción, consumo y hasta derechos básicos como alimentación, vivienda, trabajo, educación, salud, entre otros.

La salud es a la vez, causa y efecto del desarrollo de los pueblos: Un pueblo sano produce y genera otros factores que favorecen la salud. Un pueblo enfermo produce menos y genera mayores gastos, empobreciendo a sus habitantes y produciendo condiciones menos saludables que redundan en el estado de salud de la población y en su desarrollo económico.

La Constitución Nacional establece que Argentina es un país federal, de manera que cada una de las provincias que la conforman se reserva la potestad de decidir y elaborar políticas públicas sobre aquellas áreas que no sean de jurisdicción del Estado Nacional. La salud es una de las áreas que no ha sido delegada por las provincias a la Nación, de modo que las jurisdicciones provinciales gozan de autonomía política y administrativa en esta así como en otras materias. Dicha autonomía nunca es completa, sino que la Nación y las provincias son interdependientes, ya que la discrecionalidad provincial es limitada por la influencia y el control del poder político nacional, ejerciendo la función de rectoría y coordinando acciones con los Ministerios de Salud provinciales a través del COFESA. Durante mucho tiempo la capacidad de las provincias de ejercer su autonomía quedó sin efecto. Dado que el autogobierno guarda una relación muy estrecha con el estado financiero de las provincias, la situación económica y la incapacidad para recaudar impuestos de algunas de ellas ha conducido en muchas veces a una virtual delegación de poder hacia el Estado Nacional.

Como ya se ha visto en el planteamiento del problema de la tesis, cada provincia tiene características que le son propias, tanto en los aspectos poblacionales, geográficos, socioeconómicos, legales, epidemiológicos, como en la cantidad y la distribución de recursos, y en las necesidades, demandas y la oferta de servicios de salud.

Por otra parte prácticamente la totalidad de la capacidad instalada del sector público de la salud argentina pertenece a las jurisdicciones provinciales. A su vez cada provincia cuenta con la Obra Social de la jurisdicción, que no se encuadran en el marco legal de las nacionales, sino que responden a la legislación provincial, contando con características propias y funciones particulares. De esta manera las provincias son los agregados

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

óptimos para desarrollar una política de salud. Son las responsables de la propiedad y administración de todos los servicios públicos de salud ubicados en su territorio, aún considerando aquellos que reconocen jurisdicción municipal. Una provincia tiene poder jurisdiccional, su legislación incluye y obliga a todas las personas y entidades que están en su territorio. Ejerce poder de policía en materia de habilitación y control de los establecimientos de atención médica, así como del personal universitario y técnico de salud, respecto del cual tienen la potestad de habilitarles el ejercicio profesional, lo mismo que a autorizarles a anunciarse como especialistas. También las provincias son el agregado poblacional de las estadísticas vitales y los denominadores naturales para seguir el desenvolvimiento de los indicadores de salud (Mera, 2003).

A su vez los prestadores de servicios se organizan en federaciones cuyo ámbito de influencia coincide con la jurisdicción de las autoridades sanitarias provinciales. Finalmente las provincias tienen la suficiente cantidad de habitantes para desarrollar economías de escala, sin perder de vista sus características propias en el diseño de políticas y en la administración del sistema.

Todas las razones enumeradas indican que las provincias deben determinar las políticas que permitan a los habitantes de su jurisdicción gozar del derecho a la salud, con la rectoría del Ministerio de Salud de la Nación, y su coordinación a través del COFESA. A su vez la Nación debería compensar las inequidades entre las jurisdicciones.

Sin embargo, dada la actual situación, la mayoría de las provincias no está en condiciones de cumplir adecuadamente con esta garantía, lo que exige un rápido y profundo análisis de la situación y de sus causas, para el planeamiento y la determinación de políticas tendientes a asegurar el derecho a la salud de todos los habitantes en todo el territorio argentino.

En principio sería necesario estudiar no sólo la situación sanitaria determinando políticas para mejorar indicadores de morbimortalidad, sino que es imprescindible encarar el funcionamiento de los subsectores que componen el sistema de salud de cada jurisdicción, para poder optimizarlo y efectuar una adecuada articulación y coordinación por medio de la regulación correspondiente, para que el sistema esté en condiciones de responder adecuadamente. Es necesario concretar una reforma del sistema en todos sus componentes: tanto en la financiación, como en la gestión y en la provisión de los servicios de salud.

La cobertura de salud en nuestro país

Al iniciarse la década del ochenta, más de las tres cuartas partes de la población era beneficiaria del sistema de obras sociales, estando los servicios públicos de salud dedicados principalmente a la atención de las personas sin cobertura explícita.

La crisis económica, el desempleo y la precarización del trabajo verificados durante la década del noventa, asociados a factores intrínsecos de deterioro de las obras sociales, alteraron profundamente el sistema. Actualmente, se estima que cerca de la mitad de la población argentina carece de cobertura específica, mientras que la población cubierta sufrió una reducción progresiva en la cantidad y calidad de prestaciones recibidas.

En la provincia de Entre Ríos en 1991 el 38,5 % no contaba con cobertura explícita de salud. Este porcentaje llegaba a 53,7% en la población rural. En esa fecha la población no

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

cubierta con necesidades básicas insatisfechas alcanzaba el 59,1%. En 2001 la población descubierta alcanzó 48,7 % (INDEC).

Uno de los efectos de la crisis de 2001 fue la mayor demanda de atención en los servicios públicos por población que antes se asistía en los subsectores privado y de la seguridad social. En muchos casos, este fenómeno saturó la capacidad del subsector público e incrementó la inequidad, al desplazar la nueva población demandante (en general mejor dotada culturalmente para la defensa de sus derechos) a los sectores más postergados.

Por otra parte, es común observar que estos grupos poblacionales que carecen de cobertura específica, contribuyen con un mayor gasto directo de bolsillo con relación a sus ingresos para la atención de su salud, que las personas con cobertura explícita.

En consecuencia, no es dable suponer que en los próximos años se recupere sustancialmente la cobertura de seguros salud basada en la relación laboral. Concomitantemente el sistema de salud argentino, presenta indicadores que dan cuenta de algunas de las inequidades existentes:

- Existe en la actualidad un grupo poblacional muy significativo que carece de cobertura explícita. El promedio de población sin cobertura de seguro médico asciende aproximadamente a 13.000.000 de argentinos, es decir, 37% de la población total, y viene aumentando en los últimos años.

Porcentajes de la población sin cobertura de salud por quintil de ingreso según jurisdicciones seleccionadas

	1° quintil	2° quintil	3° quintil	4° quintil	5° quintil
Argentina	64,9 %	37,9 %	26,0 %	16,3%	9,0%
Entre Ríos	61,7 %	44,9 %,	28,7%	23,0%	11,0 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida.SIEMPRO, 1997

- Para los menores de 5 años del primer quintil de ingresos (el quintil más pobre), la situación es aún más grave, ya que este porcentaje se eleva al 70%; mientras que en el quintil de mayores ingresos es 10 veces menor. En la provincia de Entre Ríos 83,63% de los menores de 5 años que carecen de cobertura se sitúan dentro de los 2 quintiles más pobres, mientras que 4,55% pertenece a los 2 quintiles más altos.
- Al mismo tiempo, según la Encuesta Nacional del Gasto de Hogares (1996-1997), las personas de menores ingresos y que carecen de seguro de salud, tienen un gasto directo en atención médica y salud proporcionalmente un 12% más elevado que las personas de mayores ingresos. Esta diferencia es especialmente pronunciada al analizar la proporción de gastos en medicamentos (74% más en el 1° decil de ingresos que en el 10° decil)
- En un trabajo reciente de la Organización Panamericana de la Salud (1999) sobre equidad se menciona que entre el 20 % de los nacidos vivos con residencia en las provincias de menores ingresos se acumula el 25% de las muertes infantiles y 38% de las muertes maternas. En el otro extremo, en el 10% con residencia en las provincias con mayores ingresos se producen sólo 7% de las defunciones infantiles y menos de 5% de las muertes maternas.

Análisis de la situación actual de la cobertura

Suele decirse que los indicadores del estado de salud de la población, como la esperanza de vida al nacer y/o morbimortalidad infantil, no reflejan la "performance" del sistema, es decir su relación con los recursos destinados a tal fin. El gasto anual per cápita supera los \$600, y esta magnitud puede ser suficiente para alcanzar mejores resultados con relación a los indicadores actuales. A su vez es importante entender el impacto de la organización del sistema en las posibles distribuciones de los fondos. En Entre Ríos se destina el 11 % del Producto Bruto Geográfico al gasto total en salud, lo que correspondió para el año 1999 a 583\$ anuales por habitante, mientras que en ese año hubo 858,2 años de vida potencialmente perdidos cada 10.000 habitantes. Una parte importante del financiamiento (más del 40%) proviene de las familias, es decir que corresponde a los gastos por el consumo de bienes y servicios asistenciales y por la adhesión voluntaria a seguros privados de salud. Este gasto privado se asigna de acuerdo a los ingresos, necesidades y deseos o preferencias, sin integrarse con fines redistributivos a las otras fuentes de financiamiento del sistema. A su vez, las asignaciones que realizan los gobiernos y los seguros obligatorios no logran compensar las diferencias en el acceso y calidad de los servicios, de acuerdo al lugar de residencia y tipo de cobertura.

Hay una serie de razones por las cuales el sector salud es ineficiente. En primer lugar, la salud no es sólo el resultado de cuánto se gasta, sino de cómo se invierte. A su vez, un sistema fragmentado hace muy difícil aplicar estándares de atención que garanticen calidad. Por otra parte, la falta de consenso entre los diferentes actores imposibilita una acción coordinada y dirigida hacia objetivos específicos. También es cierto que la existencia de desigualdades en los sistemas de salud de las diferentes regiones origina que el desempeño general se vea afectado. Por último, a menudo no se tiene en cuenta que la calidad de la atención de la salud es una inversión económica y social.

En la descripción de los distintos componentes del sistema y el gasto correspondiente a cada uno de ellos, se destacan la fragmentación y las inequidades existentes.

Los siguientes aspectos describen sintéticamente algunos de los principales problemas a resolver:

- La relación gasto en cuidados de la salud e indicadores del estado de salud de la población no asegurada impulsa la necesidad de priorizar actividades destinadas a mejorar dicha relación.
- La falta de una adecuada articulación en cuanto a responsabilidades, oferta y financiamiento entre el sector público, los seguros obligatorios y los seguros voluntarios, actúa en detrimento de la atención de la población no asegurada.
- El déficit en la accesibilidad de las prestaciones médico-asistenciales de la población no asegurada.
- La falta de información estadística y epidemiológica.
- La falta de análisis de los costos asistenciales del sector público y de los seguros obligatorios y voluntarios.
- La relación no diferenciada entre financiador / administrador / prestador, a nivel del sector público, desdibujando las responsabilidades del mismo respecto de las personas y especialmente las de mayores necesidades.
- La falta de estímulos profesionales que tiendan al mejoramiento de la atención.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

- El déficit de responsabilidad específica y nominal respecto de las contingencias de salud y enfermedad de la población no asegurada.

Se necesita entonces buscar nuevos sistemas de cobertura específica para las necesidades de atención de las personas no aseguradas como un derecho de ciudadanía.

En las propuestas elaboradas por la Comisión Permanente de Salud, Trabajo y Seguridad Social del Parlamento Latinoamericano a mediados de los años noventa, se sugiere que ante la crisis de Estado y las políticas de ajuste, la ineficiencia e ineficacia de los servicios tanto en lo referente a la calidad como a la cobertura, la insuficiencia de fondos frente al gasto creciente en salud y a la falta de prioridad en la asignación de recursos, entre otras razones, los países tengan como metas la cobertura universal de la población, propiciar el alcance de la equidad en salud, mejorar los resultados sanitarios de la población y fomentar el uso eficiente de los recursos. Las sugerencias básicas de contenido para la elaboración de un proyecto de ley de la organización del sistema de salud implican el reconocimiento del derecho a la salud, siendo una función esencial del Estado garantizarlo. La provisión de servicios de salud podría estar a cargo de instituciones públicas o privadas, articuladas adecuadamente entre sí, conformando un sistema organizado bajo el interés público. La organización administrativa, financiera y territorial del sistema de salud debe ser descentralizada a los efectos de asegurar el mejor acceso y gestión. La forma de gestionar de los establecimientos prestadores debería ser de carácter diversificado, admitiendo contratos de gestión en sus diferentes modalidades, incluyendo la contratación a terceros y la compra de servicios. Las acciones de salud se financiarán teniendo especialmente en cuenta el principio de solidaridad. Al Estado le corresponde el establecimiento de las políticas, la regulación, la fiscalización y la evaluación. Además promoverá la participación de la población a través de sus organismos representativos en la formulación de políticas y el control de su ejecución.

El objetivo de un mecanismo de aseguramiento es dar al sistema de salud un soporte financiero sostenible en el tiempo que permita que grupos más amplios tengan acceso a los servicios de salud. El seguro de salud para población no asegurada procura identificar a las personas sin cobertura explícita como titulares de un derecho, y desarrollar un mecanismo de financiación y de su atención que garantice la equidad y facilite al mismo tiempo la transformación del modelo de atención. Las fluctuaciones macroeconómicas que se asocian los presupuestos públicos y la discrecionalidad del uso de los mismos hacen necesario mecanismos alternativos o complementarios para garantizar la financiación de un sistema de aseguramiento de la salud (Maceira, 2001).

Los principios generales que definen un seguro social de salud son:

- Constituir un esquema de organización de la atención médica
- Contar con un padrón definido de beneficiarios
- Determinar un paquete definido de prestaciones, disponible para los beneficiarios.
- Criterios de aseguramiento y de solidaridad en el manejo financiero de los fondos.

El seguro contribuye a ampliar la cobertura y a articular mecanismos de inclusión a grupos desprotegidos, a proveer sustentabilidad financiera, pudiendo pensarse en los aportes y contribuciones laborales como fuente complementaria de ingresos y a distribuir costos y

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas.

Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

riesgos. A su vez es necesario hacer eficiente y competitiva la prestación de servicios públicos, cumplir con estándares de calidad y asignar eficientemente los recursos desde el Estado, mientras se coordina el sistema y se monitorea la oferta. De este modo el seguro es una herramienta para mejorar la equidad del sistema y el acceso a los servicios de salud si se incorporan criterios de solidaridad en cuanto a transferencia de fondos entre los subsectores de públicos y de la seguridad social (Maceira, 2001).

Dentro de las fortalezas del proyecto de un seguro se ve la universalización de la cobertura explícita, como un instrumento adecuado para la resolución de gran parte de los problemas enumerados, mejorando el acceso equitativo al sistema de salud, y posibilitando mejores resultados sanitarios en la población, sin que ello implique un crecimiento significativo del gasto público, tras el reordenamiento del sistema.

Dentro de las debilidades, se identifican los posibles conflictos operativos que el seguro podría generar, por falta de información y capacitación en los sectores públicos respecto de la cobertura a través de un seguro público. Otra debilidad sería la falta de eficiencia del sector público, que debería mejorarse ante un futuro escenario de integración con el sector privado. Otra debilidad posible si no se encara con anticipación, será la falta de integración y de articulación entre los diferentes subsectores del sistema: administraciones provincial y municipales, y prestadores privados, lo que produce duplicación de esfuerzos, aumento el gasto, superposición de acciones en algunas zonas y carencia en otras.

Desarrollo de sistemas de seguros provinciales

Argentina es un país federal, y respetando su organización se pueden diseñar estrategias para encarar los problemas que enfrenta cada sistema de salud provincial, su articulación entre los mismos y su coordinación a nivel federal. Es necesario construir paulatinamente un modelo flexible de organización federal teniendo en cuenta las capacidades y dificultades de cada provincia, que no siempre son compartidas por otras jurisdicciones. Los gobiernos provinciales tienen autonomía en políticas de salud. Las obras sociales provinciales no tienen un marco legal como las nacionales y cada una cuenta con legislación propia, que le asigna funciones y características particulares. La carencia de un diseño institucional y financiero en el marco de la descentralización provocó el aumento de las disparidades de los sistemas entre las provincias y generó distintas respuestas. Es necesario definir la organización global del sistema a través de un marco regulatorio en el que se definan y regulen las funciones de cada nivel de gobierno.

El gobierno nacional deberá coordinar y armonizar los sistemas y compensar las diferencias regionales, ocupándose de la prevención, distribución de medicamentos, garantizando el acceso a los cuidados materno-infantiles y, proveyendo alguna estrategia de aseguramiento de riesgos catastróficos, entre otros. Las jurisdicciones debieran brindar atención primaria mediante aseguramiento efectivo en el corto plazo. (Cetrángolo, 2003).

Esta problemática fue encarada de diversas maneras en las provincias argentinas.

A principios de 2000 el Gobierno de la provincia de Catamarca, en el marco de un convenio con el Consejo Federal de la Función Pública, formuló e implantó un programa de asistencia sanitaria y social para a la población de menores recursos residente en forma permanente en la jurisdicción y carente de cobertura formal de salud. La principal alternativa que se había considerado era la incorporación de toda la población carenciada a la obra social provincial (OSEP), asumiendo el Estado provincial la obligación de realizar el desembolso directo necesario para cubrir los aportes y contribuciones que se hacen

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

para cubrir a los trabajadores provinciales, tomando como base de aporte 8,5 % de la remuneración total, excluido el salario familiar, asignada a un cargo de la categoría 16 del Escalafón General para la Administración Pública Central de la provincia de Catamarca. Esta alternativa fue descartada al comenzar los estudios de prefactibilidad, por no ser viable ni sustentable financieramente para la hacienda provincial. Entonces se consideró que la alternativa más viable, adecuada y sustentable era la creación de un Programa provincial específico para dar cobertura sanitaria y social a la población de menores recursos. La población focalizada era aquella carente de cobertura, bajo la línea de indigencia y con al menos un indicador de NBI. En una segunda etapa, siguiendo una línea incremental, podría extenderse la cobertura a aquellos bajo la línea de pobreza o bien aumentar el paquete de servicios. El Programa, denominado de Asistencia Sanitaria y Social (PROASS) fue creado por decreto provincial N° 803, del 30 de julio de 2000, delegando al Ministerio de Salud y Acción Social la facultad de reglamentarlo.

Se determinó una zona piloto con inclusión gradual de las demás áreas programáticas en orden decreciente de porcentaje de población NBI. Se formuló el programa en base a la patología prevalente, normatizando procesos diagnósticos y terapéuticos con la colaboración de organismos provinciales, sociedades científicas nacionales y pautas indicativas nacionales e internacionales. Dichas normas deben ser actualizadas anualmente. Se elaboró también un Formulario terapéutico provincial. Se calcularon los insumos necesarios en base a las tasas de utilización de esta población en el año inmediato anterior. La identificación de personas bajo programa debía diferenciarse del número de Documento Nacional de Identidad, por el gran número de indocumentados de la zona, y necesitaba ser de fácil manejo para los agentes sanitarios. Se diseñó un número compuesto por el área Programática, el código del agente sanitario, el número de la vivienda dentro del recorrido del agente, y los números del hogar, de grupo familiar y de miembro de la familia. La información sobre los ingresos debió hacerse mediante declaración jurada. El relevamiento fue voluntario, y coordinado por la Dirección Provincial de Atención Primaria.

Las acciones propuestas fueron de orden preventivo, control y seguimiento del embarazo, parto y puerperio, control del recién nacido y niño sano, cobertura de síndromes convulsivos, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diarrea aguda, parasitosis, artralgiás, infecciones urinarias, infecciones y patología obstructiva de vías aéreas, dermatitis, traumatismos, heridas y fracturas. Esta cobertura implica el acceso gratuito en los establecimientos públicos provinciales, los exámenes complementarios, medicamentos y material descartable, tanto en las consultas como en las internaciones de baja complejidad. El monitoreo se llevará a cabo mediante la determinación de la línea de base de los principales indicadores de atención de los pacientes ambulatorios, el seguimiento de las enfermedades trazadoras habituales y se complementará mediante encuesta de satisfacción de los usuarios. A mediados de 2001 se habían relevado y puesto bajo programa 10 de las 12 áreas programáticas, se emitieron las credenciales individuales correspondientes y se habían adquirido y distribuido los insumos necesarios para 1 año. A 8 meses de su puesta en marcha el programa mejoró el nivel de satisfacción de los usuarios, permitió contar con una base de datos sobre la población objetivo, mejorar el acceso a los programas nutricionales y sociales, establecer un sistema de indicadores de gestión basado en la demanda y no sólo en la oferta, permitiendo dimensionar y planificar el gasto y las acciones de salud. Mediante este proceso y a través de acciones articuladas con los restantes actores del sistema podría arribarse a un sistema de seguro provincial

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

de salud para la población no asegurada que se integre, en una instancia posterior a un sistema universal de seguro provincial de salud. (Gosis, 2001)

La implementación de seguros públicos provinciales en nuestro país debería asegurar flujos financieros desde la Nación para compensar diferencias regionales y disminuir inequidades. Un seguro nacional de patologías de baja frecuencia y alto costo podría actuar a modo de reaseguro, haciendo más viable la implementación de seguros provinciales. Los seguros provinciales permitirían el desarrollo de economías de escala, aunque necesitarían diversas fuentes de financiamiento. La reforma debiera maximizar la articulación, coordinación y regulación, manteniendo la pluralidad de los seguros tanto privados, sociales como públicos, pero garantizando un paquete prestacional definido y determinando en forma explícita la población a cubrir por cada financiador. Requeriría también cambiar los modelos de financiación de los establecimientos públicos. Los seguros que compitan deberían tener ingresos ajustados según riesgos e incentivos para mejorar el desempeño y los resultados sanitarios.

Para encarar la construcción de seguros provinciales es necesario:

- Compatibilizar las necesidades de cambios fiscales con las necesidades de cambios en salud.
- Desarrollar un seguro sin incrementar el monto asignado a salud en las provincias en los últimos años.
- Construir redes y descentralizar realmente la gestión de los hospitales.
- Instalar un sistema de información que releve no sólo los datos epidemiológicos y de consumo, sino la opinión sobre la calidad de los servicios recibidos, a fin de diseñar un esquema de incentivos.
- Contar con movilidad del personal entre los establecimientos que conforman una red.
- Contar con información demográfica, epidemiológica, de la población con cobertura, del gasto en salud, de los recursos financieros, humanos, físicos y de las características organizacionales de todos los subsectores que conforman el sistema, así como de su articulación, etc. (Cetrángolo, 2003)

Hubo algunos desarrollos provinciales en la construcción de seguros provinciales de salud. Algunos contaron con apoyo externo, a con asistencia técnica a través del Programa de Reconversión de Seguros de Salud (PRESS). Hay otras iniciativas provinciales en distinto grado de avance, que no están incluidas en dicho programa. En los proyectos englobados en el PRESS se desarrollan el concepto de seguro de salud para población no asegurada. Incluyen a las provincias de Río Negro, Chubut y Santa Fe.

A continuación se presenta en un cuadro comparativo la síntesis de las características de cada uno de estos proyectos provinciales, que exponen las diferencias entre estos.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Principales características de los seguros provinciales de salud para población no asegurada con asistencia técnica del PRESS

TEMA	CHUBUT	SANTA FE	RIO NEGRO
FINANCIAMIENTO			
Origen de los Fondos	Programa presupuestario Provincial	Presupuesto Provincial de Salud	Presupuesto Provincial de Salud
Ente de Administración	Dirección Provincial del Seguro de Salud	Subsecretaría Provincial de Salud	Organismo autárquico previsto en la ley
Modalidad de Transferencia de Fondos	Programa presupuestario con transferencia al seguro y desde este a los efectores	En el año 2002 se creará un programa presupuestario propio para el seguro. En la experiencia piloto es igual al sistema histórico	En el futuro programa presupuestario propio
PLAN DE COBERTURA			
Tipo	Similar al PMO. Integral 3 niveles	Parcial sólo 1º nivel	Similar al PMO integral (3 niveles)
EFFECTORES DEL SEGURO			
1º Nivel	Médicos contratados por el sector público	Médicos contratados por el sector público en los hospitales o en sus consultorios	Médicos contratados por el sector público
2º Nivel	Hospitales públicos	No posee	Hospitales públicos complementados con practicas contratadas en el sector privado
3º Nivel	Hospitales públicos y establecimientos privados	No posee	Mayoritariamente privados
MARCO LEGAL			
Diseño	Proyecto de ley Seguro de Salud Proyecto de resolución modificando organigrama del Ministerio de Salud	Sí, decreto PEN 15233 de junio 2001	Sí, ley Prov. 3280
Operativo	No	Sí	Falta reglamentación de la ley
BENEFICIARIOS			
Población total Provincial	480.000	3.200.000	586.956
Ben. Tot. estimados N°	209.000	1.200.000	247.000 (42%)
Criterios de Inclusión y exclusión	Residencia en provincia sin cobertura de otros seguros	Ciudadanos sin cobertura explícita	Residencia en la provincia sin cobertura explícita

Fuente: PRESS, Resultados del 1º taller "Seguro de salud para población no asegurada", Pag. 21-24. Buenos Aires, noviembre de 2.001.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Principales características de los seguros provinciales de salud para población no asegurada con asistencia técnica del PRESS

TEMA	CHUBUT	SANTA FE	RIO NEGRO
EMPADRONAMIENTO			
Padrón Básico	Padrón electoral con sustracción de los identificados con cobertura explícita e inclusión de los familiares correspondientes	Censo específico	Padrón electoral y de educación con sustracción de los identificados con cobertura explícita
Actualización	Convocatoria de adhesión al seguro. Cruces periódicos con el Sintys y padrones de obras sociales	Adhesión voluntaria semestralmente censo específico, cruce con padrón de obras sociales	Depuración por cruces periódicos con padrones de obras sociales
Diseño de proc. adm. (Alta, Baja y Modif.)	Si	Sí (están operativos)	Si
Diseño de las herramientas informáticas	No	Sí (están operativas en zona piloto)	No
Aplicación herramientas en zona piloto	No	Sí, en funcionamiento	No
ZONA PILOTO			
Ubicación	Zona Sanitaria Sur (Comodoro Rivadavia)	Norte de la Provincia. Zona Sanitaria III (San Javier y Garay)	Z. Sanitaria III Atlántica (Viedma, S. Ant. Oeste, Valcheta y G. Conesa)
Población total	180.000	47.000	101.072
Población urbana %	85 %	70%	Elevada
Población beneficiaria	78.000	32.000	41.000
Idem %	43.8%	68 %	40%
MODELO PREST ADOR			
Desarrollo de una red de complejidad creciente	Sí, en el ámbito provincial con el sector público y alta complejidad del sector privado	No, las prestaciones del 2° y 3° nivel que requieran los beneficiarios se derivan a los prestadores públicos de la provincia	Red de hospitales y servicios públicos existentes con sus sistemas de derivación
Acceso a los servicios	A través del médico de cabecera o de la atención en la guardia de los hospitales	A través del médico de cabecera o del agente sanitario	A través del médico de cabecera y de las guardias de los hospitales públicos
Articulación	Contratos de gestión con pautas de articulación	Mecanismos habituales de derivación	Normas de procedimiento que incluyan órdenes de atención, solicitud de prestaciones, Inter.-consultas, etc.

Fuente: PRESS, Resultados del 1° taller "Seguro de salud para población no asegurada", Pag. 21-24. Buenos Aires, noviembre de 2.001.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Principales características de los seguros provinciales de salud para población no asegurada con asistencia técnica del PRESS

TEMA		CHUBUT	SANTA FE	RIO NEGRO
ATENCIÓN PRIMARIA		Zona piloto		
Conformación		En zona urbana: Equipo básico, médico, odontólogo, enfermera En zona rural: médico de referencia	Equipo multidisciplinario: médico de familia, pediatra, ginecólogo, odontólogo, psicólogo, enfermera	Equipo básico: médico referente, pediatra y tocoginecólogo y agentes sanitarios
Modalidad de pago		Pago inicial por salario. Posteriormente contratos con incentivos	Pago inicial por salario con incentivos al equipo. Posteriormente y en forma gradual cambiando hacia cápita	Pago inicial por salario. Se prevé incorporar incentivos y pago con modalidades de riesgo
Modalidad de selección		Selección según perfil adecuado entre profesionales del staff del Ministerio de Salud, de los integrantes del plan nacional de médicos de cabecera y los médicos de atención primaria de los consultorios municipales externos	Presentación voluntaria en un concurso ya implementado	Convocatoria voluntaria a médicos de planta de los hospitales públicos con capacitación en APS
Lugar de trabajo		Centros de salud y consultorios periféricos del sector público	Centros de salud y consultorios privados	Hospitales y centros de salud
Población asignada por médico		1500 beneficiarios	2000 beneficiarios	1000 beneficiarios
Modo de asignación de la población		Libre elección del beneficiario	Inicialmente asignada según zona luego por elección voluntaria	Libre elección
Alcance de las actividades del médico de cabecera	Futuras	Atiende la demanda de la población a su cargo, gerencia la problemática clínica y desarrolla actividades referidas a la morbimortalidad prevalente.	Atiende la demanda de la población a su cargo y desarrolla actividades proactivas destinadas a resolver los problemas prevalentes.	Atiende la demanda de la población a su cargo y desarrolla actividades proactivas destinadas a resolver los problemas prevalentes.
	Actuales	Se evacuan consultas en los hospitales	Se evacuan consultas en los hospitales	Se evacuan consultas en los hospitales
COSTOS Zona piloto				
Capita Global (estimada)		\$8.54 (excluye medicamentos ambulatorios)	No incluye 2° y 3° nivel	\$24.50 beneficiario / mes
Capita 1° nivel (estimada)		\$3.20 (excluye medicamentos ambulatorios)	\$4 beneficiario / mes	\$9 beneficiario/ mes
Costos asociados	Lanzamiento	\$369.530	No calculado	No calculado
	Operativo	\$220.000/año	No calculado	No calculado

Fuente: PRESS, Resultados del 1° taller "Seguro de salud para población no asegurada" Pag. 21-24. Buenos Aires, noviembre de 2.001.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Principales características de los seguros provinciales de salud para población no asegurada con asistencia técnica del PRESS

TEMA	CHUBUT	SANTA FE	RIO NEGRO
EVALUACIÓN Y METAS 1° Año			
Diseño del sistema de indicadores para el seguro	Sí, tablero comando	Por encuesta poblacional periódica	No cuenta
Meta población empadronada al año en zona piloto(%)	75%	100%	30% (al 31/12/01)
Meta tasa consultas/ beneficiario /año	2 consultas/ beneficiario/ año	3 consultas/ beneficiario/ año	Entre 4 y 5 consultas/ beneficiario/ año
Otras metas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marco normativo sancionado. ▪ Sustentabilidad económica verificada 		Metas materno infantiles.
CAPACITACIÓN Y COMUNICACIÓN			
Programa de capacitación	Diseñado para los de conducción, efectores y personal.	Diseñado para funcionarios, para población y para efectores (APS).	Previsto, pero no diseñado.
Programa de comunicación	Campaña diseñada y costead.	No informada.	Información por medios gráficos en zona piloto.
PRINCIPALES FORTALEZAS			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromiso explícito de las autoridades políticas provinciales. ▪ Viabilidad jurídica, técnica y política. ▪ Diseño técnico operativo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo de las autoridades del poder ejecutivo provincial. ▪ El proyecto está incluido en el marco del crédito PRL III. ▪ Estrategia de implementación progresiva desde el 1° nivel, en una zona piloto adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consenso político inicial. ▪ Programa ya implementado en zona piloto. ▪ Partida presupuestaria incluida en el 2001.
PRINCIPALES DEBILIDADES			
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Excesivas expectativas respecto a una posible respuesta totalizadora para el sistema de salud provincial. ▪ Dificultades económicas y financieras. ▪ Imposibilidad de modificar el régimen contractual de los prestadores. ▪ Falta sancionar el marco jurídico diseñado ▪ Dependencia múltiple del 1° nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es un seguro parcial (1° nivel). Está basado en un programa de APS. ▪ No está completado totalmente su diseño ▪ No se cuenta con un EAS. ▪ Se corre riesgo de sobreestimar los resultados del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño incompleto con un seguro implementado en la zona piloto. ▪ Marco global económico – social fluctuante. ▪ Falta de acuerdo respecto de las modalidades de contratación de los profesionales. ▪ Falta reglamentar la ley y la aprobación de la estructura del EAS ▪ Información estadísticas del sector público poco confiable.

Fuente: PRESS, Resultados del 1° taller "Seguro de salud para población no asegurada", Pag. 21-24. Buenos Aires, noviembre de 2.001.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

En la provincia de Buenos Aires se inició formalmente el Seguro Público el 5 de octubre de 2000. Esta iniciativa es propia y no cuenta con asistencia técnica del PRESS. A mediados de 2001 el seguro se extendía a 38 municipios, contando con más de 90.000 beneficiarios.

La información que se detalla a continuación fue elaborada por profesionales del Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires y presentada en el Taller del PRESS "Seguro de salud para población no asegurada", llevado a cabo en junio de 2001.

El Seguro de la Provincia de Buenos Aires se financia con el presupuesto provincial, y se prevé la creación de un fondo específico de financiación con aportes provinciales y municipales. Se ejecuta desde la Unidad Ejecutora Provincial del Seguro, en el ámbito del Ministerio de Salud. Se cuenta con Unidades Ejecutoras Regionales, y Municipales. Está dirigido a la población sin cobertura formal y sin capacidad económica para adquirirla, determinada por encuesta social y teniendo como parámetro el ingreso del grupo familiar. Las primeras incorporaciones fueron las de las trabajadoras vecinales del plan "Vida" (conocidas como "manzaneras") que cumplían con los requisitos enunciados. Luego se incorporó a los familiares de las mismas. A continuación se comenzó a incorporar a los recién nacidos y sus familias que cumplieran con las condiciones para ingresar al seguro. El resto de la población que tenga las condiciones para incorporarse deberá ser detectada por la oficina municipal del seguro, ya sea directamente o a través de la atención en establecimientos de salud. No hubo un desarrollo de padrón previo de población a cubrir, se va realizando en base a las incorporaciones.

La provincia de Buenos Aires tiene una población de catorce millones de habitantes y estiman que la población a asegurar está cercana a dos millones cuatrocientos mil. El marco legal está dado en principio por la Resolución de Ministerio de salud N° 5278/00 y el posterior decreto provincial N° 630, previendo la sanción de una ley específica en el futuro.

El seguro cuenta con efectores del primer nivel de atención, constituido por el médico de cabecera, el odontólogo de cabecera, laboratorio de análisis clínicos, diagnóstico por imágenes, pediatra y tocoginecólogo. Los profesionales trabajan generalmente en su consultorio privado, aunque pueden hacerlo en instituciones barriales o en otros establecimientos. Cada médico tendrá hasta un máximo de mil asegurados asignados. Al incorporarse al seguro, se debe realizar una consulta obligatoria al médico de cabecera y al odontólogo de cabecera. Se cuenta con un vademécum de monodrogas con 100% de cobertura en las farmacias. El segundo nivel brindará la atención integral de internación e interconsultas a especialistas en el sector público, teniendo previsto asegurar el tercer nivel de atención.

La modalidad de pago a los prestadores cubiertos por el seguro (primer nivel) es la cápita. Los médicos de cabecera tienen una cápita fija por afiliado y un componente flexible asociado al cumplimiento de objetivos y metas.

Hay un gran desarrollo del sistema informático. Se cuenta con un sistema de información geográfica, con la geocodificación de beneficiarios y prestadores. Se han programado diversas acciones de capacitación tanto en terreno como a distancia, para profesionales y administrativos, con miras al fortalecimiento de la gestión municipal y regional, la información e instrucción acerca de normas, registros y procedimientos, la actualización y capacitación médica, a la articulación de una red local con efectores municipales, entre otros temas. Hubo diseño de una campaña comunicacional, que incluyó el diseño de una página web, C. D. Rom institucional, carpeta de prensa y material gráfico.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

La meta es incluir en tres años a los dos millones cuatrocientos mil personas que estén en peores condiciones sociales, sin cobertura formal y sin capacidad de adquirirla.

En el mismo taller del PRESS se expusieron otras iniciativas, como las de Misiones y la de Mendoza, en lo que se refiere a propuestas de reforma, orientadas finalmente al desarrollo de un sistema de seguro provincial.

3.2. Definición de las variables.

Equidad: Es la capacidad del sistema de salud para dar respuesta en proporción a las necesidades sanitarias de los habitantes. Pueden considerarse también algunas dimensiones básicas de la equidad: en la asignación de recursos, en el acceso a los servicios y en los resultados sanitarios.

Eficacia de sistema: Es la capacidad del sistema de salud para lograr resultados sanitarios adecuados. Se refleja como un aumento de la vida saludable.

Sustentabilidad: Es la capacidad del sistema de continuar exitosamente sus actividades normales en el futuro. Se distinguen la sustentabilidad financiera y la institucional. La sustentabilidad financiera es la posibilidad de los financiadores de seguir sufragando a mediano y a largo plazo el gasto sanitario incurrido o previsible. La sustentabilidad institucional es la capacidad, en un sistema debidamente financiado, de manejar los recursos no financieros necesarios para desarrollar sus actividades normalmente.

3.3. Hipótesis

La implementación de un seguro provincial de salud constituye una estrategia válida para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las provincias argentinas.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio realizado

Diseño de un proyecto de intervención.

4.2. Operacionalización de las variables

Las variables, descritas en el capítulo precedente, se operacionalizan a través de los siguientes indicadores:

Equidad:

- **En la asignación de recursos:** Número de habitantes por médico, número de habitantes por enfermera, cada uno de ellos medido en diferentes jurisdicciones provinciales.
- **En el acceso:** Porcentaje de población con cobertura explícita en los distintos departamentos de la provincia. Porcentaje de población sin cobertura explícita de salud por quintil de ingresos. Porcentaje de Juntas de Gobierno de poblados rurales con Centros de Atención Primaria.
- **En los resultados:** tasas de mortalidad infantil, años de vida potencialmente perdidos, cada uno de ellos medido en diferentes departamentos de la provincia.

Eficacia del sistema: Número de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) cada 10.000 habitantes. Expectativa de vida. Tasa de mortalidad infantil.

Sustentabilidad:

- **Financiera:** Porcentaje del presupuesto provincial afectado a salud. Porcentaje del gasto total en salud financiado por impuestos. Relación de gasto en salud por habitante sobre Producto Bruto Geográfico per cápita.
- **Institucional:** Porcentaje de directivos capacitados en gestión.

4.3. Definición de Universo

El universo en estudio está constituido por los sistemas de salud provinciales.

4.4. Definición de Unidad de Análisis

La unidad de análisis es el sistema de salud de la provincia de Entre Ríos.

4.5. Recolección de datos

Se utilizaron fuentes de relevamiento secundarias: los censos nacionales de 2001 y 1991, estadísticas y documentos oficiales e institucionales.

5. Análisis

1. - Principales Componentes de la estrategia propuesta

Los ejes fundamentales de una estrategia que permita mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las provincias argentinas son múltiples. Aunque generalmente hay muchos elementos en común entre ellas, también presentan otros que son particulares de cada una. Por este motivo las estrategias deberán adaptarse a la problemática de cada jurisdicción provincial. De esta manera, se presentará el desarrollo de una propuesta basada en Entre Ríos, cuyos ejes fundamentales pueden ser compartidos por todas las provincias argentinas.

Para poder garantizar el derecho a la salud de sus habitantes, las provincias argentinas deberían llevar a cabo no sólo el desarrollo de políticas tendientes a mejorar la morbimortalidad, sino una profunda reforma de sus sistemas para que éstos puedan funcionar adecuadamente y cumplir con sus objetivos, tendientes a lograr un aumento de vida saludable para todos los habitantes con los recursos con los que se cuenta.

Para que esta reforma sea viable debería instalarse el debate y construir el consenso de los actores del sistema. Con esta finalidad se propone la generación de un espacio institucional en la provincia, similar a de la Mesa de Diálogo Argentino, donde los actores participen a través de sus representantes mayoritarios.

Es necesario también cuantificar y dar transparencia al gasto, a través del desarrollo de las Cuentas Provinciales de Salud, en base a las cuentas nacionales implementadas en el Ministerio de Salud de la Nación. De esta manera se permitiría una adecuada planificación tendiente a mejorar la eficiencia técnica y asignativa del sistema.

Debe fortalecerse la función de rectoría del Ministerio de Salud Provincial, trabajando en coordinación con el Ministerio Nacional. También es prioritario producir la regulación necesaria y fortalecer el control del Estado de su efectivo cumplimiento, en varias materias pendientes: habilitación y categorización de establecimientos y de tecnología médica, garantía de adecuada calidad de los servicios, empresas y planes de medicina prepaga, entre muchas otras.

Algunos proyectos como el de categorización de establecimientos de salud, elevado por la Asociación de Clínicas de Entre Ríos al Ejecutivo Provincial, hasta diciembre de 2003 aún no habían sido regulados. La regulación en cuanto a la tecnología médica es de gran importancia fundamentalmente en dos aspectos: para evitar su instalación indiscriminada generando demanda e incremento innecesario del gasto, y para promover su distribución de acuerdo las necesidades sanitarias de la población y no sólo a las leyes del mercado. Si bien la provincia adhirió al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, no adhirió a todas sus normas. De esta manera la provincia se encuentra en muchos aspectos sin normas de calidad en vigencia. La función de contralor del Ministerio provincial debe fortalecerse, ya que prácticamente es inexistente.

Tampoco se sancionó la ley provincial para empresas de medicina prepaga aunque hay un proyecto elevado desde hace años a la comisión de salud de la Cámara de Diputados

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

de la Provincia. Si bien la proporción de población asegurada en estos sistemas es muy baja en Entre Ríos, la cartera mayoritaria pertenece a empresas de la provincia. La regulación puede dar un marco legal sobre la solvencia y la actividad de las empresas, la calidad de sus servicios, las condiciones de sus planes, el paquete mínimo prestacional a cubrir, la información a presentar acerca de sus asegurados para que el Estado tenga una manera de identificar a quienes están bajo esta forma de cobertura. Debería incluirse la obligatoriedad para las empresas de contar con reaseguros para las cubrir prestaciones de patologías de baja incidencia y de alto costo de sus asegurados a fin de evitar la no inclusión de esta práctica en el menú prestacional de la cobertura, y el subsidio que implica su realización a través de los establecimientos públicos.

Las políticas destinadas a reducir los años de vida potencialmente perdidos constituyen un elemento fundamental para mejorar la eficacia del sistema. En 2001 hubo 789 AVPP cada diez mil habitantes (Ministerio de Salud – OPS, 2003). Las causas externas son las que producen mayor cantidad de AVPP, son evitables en gran parte, y necesitan ser reducidas. Entre las causas de mortalidad por causas externas, las más frecuentes en Entre Ríos corresponden a accidentes de tránsito, seguidas por los suicidios, heridas de arma de fuego, ahogamiento y sumersión, entre otras. El número de AVPP es mayor en los suicidios que en las otras causas externas. Este hecho debe considerarse especialmente en la formulación de la política de salud mental. Es de suma importancia entonces impulsar políticas multisectoriales tendientes a reducir estas causas de muertes, prematuras y evitables. Los tumores producen la mayor cantidad de muertes prematuras en la provincia. Hay que desarrollar a su vez, políticas de prevención de enfermedades cardiovasculares reduciendo los factores de riesgo y efectivas campañas de prevención de tumores, no sólo reducirían la morbimortalidad por estas causas sino también la cantidad de años de vida potencialmente perdidos.

Debería continuarse y profundizarse las políticas tendientes a la reducción de la mortalidad infantil y materna, que no sólo producen AVPP, sino que son originadas por fuertes inequidades sanitarias. Es importante que el diseño de las políticas materno infantiles se ajuste a las necesidades de las jurisdicciones y de los diferentes grupos poblacionales involucrados. Para que se puedan llevar a cabo convenientemente es indispensable dotar de los recursos necesarios en las zonas de mayor impacto. La asignación de los recursos debería realizarse en base a un indicador que incluya las principales variables que inciden en la morbimortalidad materna. Se sugiere tomar el índice de NBI, el de analfabetismo y la TMI de cada departamento; dividir en terciles de acuerdo a los valores máximo y mínimo de cada uno de los indicadores mencionados; ubicar cada departamento en el tercil correspondiente a cada variable y promediar los terciles en que se encuentra en todas las variables. La asignación de los recursos resultaría de su ponderación de acuerdo al nivel promedio de los terciles en que se encuentra cada departamento, multiplicado por el número de habitantes.

El Ministerio de Salud de la Provincia debería también trabajar en conjunto con otras áreas que inciden en la salud de los habitantes, en lo que respecta a servicios sanitarios, medio ambiente, trabajo, acción social, vivienda, entre otras.

La carencia de datos relevantes y actualizados del sistema a nivel del Ministerio de Salud provincial imposibilita la realización de un diagnóstico sanitario adecuado y con

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

permanente actualización. Se propone la creación de un Registro Único de Salud, similar al desarrollado en la Provincia de Mendoza, para la centralización de los datos del sistema en su conjunto, tanto de tipo epidemiológico como de recursos, de producción y de cobertura de todos los sectores, ya sean financiadores o proveedores de servicios, incluyendo los municipios y el sector privado. Al recabar y analizar esta información sería posible determinar una agenda sanitaria para el diseño de políticas tanto para la planificación de acciones tendientes a mejorar el funcionamiento del sistema, como para la priorización y programación de las inversiones necesarias.

La reforma del sector público es una de las tareas más urgentes y necesarias a encarar. Además de los problemas clásicos, hay otros que no deben dejar de incluirse en la agenda de políticas de salud provincial: la capacitación en gestión de los directivos, la profesionalización de la gestión, el desarrollo de una red informatizada, la capacitación del recurso humano en informática, estadística y facturación, la ampliación del horario de atención ambulatoria programada, la normatización de procedimientos, la capacitación y generación del recurso de enfermería, la formación de post grado que privilegie especialidades relacionadas con la atención primaria de la salud, el adecuado y efectivo funcionamiento de los centros de atención primaria, la formación de los agentes sanitarios, el desarrollo de una política provincial de medicamentos y especialmente en Entre Ríos, la reducción de la sobreoferta de camas y el desarrollo de políticas intersectoriales tendientes a reducir las internaciones geriátricas y psiquiátricas.

Se desconoce la cantidad de directivos de los establecimientos públicos entrerrianos capacitados en gestión. Sin embargo, hasta junio de 2003 sólo 4 profesionales agentes de la administración provincial presentaron certificados correspondientes a capacitación en gestión en la Secretaría de Recursos Humanos de la Provincia. Este dato refleja la urgente necesidad de implementar en Entre Ríos cursos de capacitación en la materia y la obligatoriedad de su aprobación como condición excluyente para aspirar a cargos directivos, a fin de mejorar la eficiencia y la toma de decisiones en los establecimientos públicos y en la administración central.

La ausencia de desarrollo de una red informática adaptada a las necesidades de información para llevar a cabo una correcta gestión del sector público es un problema que merece especial consideración. A su vez el Estado debe promover la capacitación de sus agentes, en especial aquellos vinculados a procesos administrativos, en el programa informático desarrollado, en estadística y en facturación. Esta necesidad se evidencia en virtud del subregistro y la escasa calidad de los registros, la carencia de datos pertinentes y las falencias en los procesos de facturación y cobro observados durante el estudio funcional de redes de servicios de salud de la provincia.

La ampliación del horario de atención programada incluyendo turnos vespertinos no sólo mejoraría la eficiencia del sistema, sino también el acceso de los habitantes.

El Estado debe alentar la normatización de los procedimientos por parte de los profesionales, basándose en la evidencia. De esta manera se daría un marco para el uso más eficiente de los recursos, así como también un apoyo técnico y legal para prevenir acciones de mala praxis.

El Ministerio de Salud debería trabajar interdisciplinariamente con su par de Educación, para generar la formación de los recursos humanos que necesita. Paralelamente debieran trabajar conjuntamente en los contenidos necesarios en la educación de niños y jóvenes para mejorar la salud individual y de la comunidad.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

El área de enfermería es crítica y es necesario no sólo generar recursos con adecuada formación para el futuro, sino capacitar e incentivar al staff de enfermería que ejerce actualmente.

La formación médica de grado debería también orientarse hacia la atención primaria de la salud, para que se adapte a la visión de un sistema dirigido hacia la promoción y preservación de la salud y no sólo hacia el combate de las enfermedades. La especialización de los médicos debe privilegiar esta mirada, debiendo alentarse la formación en especialidades relacionadas con la atención primaria de la salud, en la cantidad y proporción adecuadas a las necesidades sanitarias de la población. El Estado entrerriano tiene a su vez la potestad de matricular a los profesionales y de reconocer especialidades. Tiene entonces una valiosa herramienta a utilizar en la adecuada distribución de los recursos profesionales.

Los agentes sanitarios deben estar capacitados de acuerdo a la legislación provincial vigente. A pesar de ello no hay ningún curso para la formación o capacitación de los mismos en instituciones educativas de la provincia ni tampoco por el Ministerio de Salud provincial. Esta situación debe ser revertida a través de la implementación de los cursos correspondientes, ya que ninguno de los 200 agentes sanitarios que se desempeñan actualmente en la provincia cuenta con este requisito impuesto por ley. La capacitación de agentes sanitarios y su integración en el desarrollo de una efectiva política de atención primaria podría producir un gran impulso en el sistema en relación al acceso, así como en su eficacia y equidad. Los centros de atención primaria deben incluirse como actores fundamentales de esta política, siendo dotados de los recursos necesarios para cumplir con sus objetivos y producir las acciones y resultados sanitarios esperados, reservando al hospital la resolución de patologías más complejas que impliquen otras especialidades o la internación, diseñando los procedimientos necesarios para la adecuada articulación de los mismos. Actualmente los hospitales realizan más del doble de las consultas que los centros de atención primaria de la provincia. Aún sumando las consultas realizadas por los establecimientos municipales a la de los centros de salud provinciales están muy por debajo del número de consultas hospitalarias, situación que debería ser corregida. Aunque en algunos municipios los centros de atención primaria son enteramente administrados por la comuna, como en Diamante, Federal, Villaguay, Nogoyá y Victoria, en la mayoría de las ciudades coexisten centros de atención primaria provinciales con otros municipales, con predominio de estos últimos. La excepción es la ciudad de Paraná, donde hay 22 centros provinciales de atención primaria, y 3 municipales. También hay municipios con centros de atención primaria exclusivamente provinciales, como Colón, Feliciano, Tala y Chajarí. La ciudad de Santa Elena, de más de 18.000 habitantes y con grandes problemas de desempleo y pobreza, carece de centros de atención primaria. Los municipios de menos de 5000 habitantes, poseen en general un establecimiento provincial, ya sea un centro de atención primaria de nivel I de complejidad o un hospital de nivel III.

Se propone la municipalización de los centros de atención primaria provinciales con el aporte de los recursos correspondientes, con el fin de lograr una relación más cercana de los habitantes con las autoridades en lo que respecta a la mayor parte de los problemas de salud de la población, pudiendo el municipio responder de manera más directa a las necesidades planteadas por sus vecinos. Al impulsar una política de atención primaria debería también estudiarse el peso de factores culturales, barreras de acceso, dificultades en la provisión de medicamentos e insumos, entre otros determinantes de la actual subutilización de estos establecimientos, a fin de que el diseño de la política sea viable.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

El desarrollo de una política provincial de medicamentos es también un punto clave en la estrategia. Actualmente el Estado provincial no tiene una política determinada, sino que existen varias líneas de acción. En los establecimientos provinciales se cuenta con las partidas para la compra de medicamentos. Se desarrolla también el Programa Nacional Remediar, para la provisión de medicamentos en centros de atención primaria tanto provinciales como municipales. En los últimos años, algunos hospitales de gestión descentralizada desarrollaron laboratorios para la producción de medicamentos genéricos. Hay actualmente un proyecto en desarrollo para la producción provincial de medicamentos para abastecimiento del sector público que está a punto de inaugurarse en la ciudad de Federal. De todos modos se desconoce el porcentaje de consultas del sector público que son acompañadas de la provisión de medicamentos, el tipo y la procedencia de los mismos, factores a tener en cuenta en el desarrollo de una política de medicamentos.

La sobreoferta de camas en Entre Ríos es un problema de importancia a solucionar. En 2002 había 5 camas cada mil habitantes. Este fenómeno se da especialmente en el sector público, aunque en la costa del Paraná se observa también en el sector privado. Las camas públicas pueden ser consideradas de acuerdo a su pertenencia a establecimientos de agudos o de crónicos. Las camas públicas agudas se caracterizan por tener un porcentaje de ocupación muy bajo, lo que confirma su sobreoferta, a excepción de los hospitales San Martín y materno infantil San Roque de Paraná, y Felipe Heras de Concordia. En el mismo año había una cama pública crónica cada mil habitantes. Estas son las que tienen mayor porcentaje de ocupación en la provincia, cercano a 100%, reflejando la gran institucionalización de los enfermos psiquiátricos y la creciente demanda de camas geriátricas. Se hace necesario el diseño e implementación de una política de salud mental tendiente a la desinstitucionalización y reinserción social de los pacientes psiquiátricos. Hay un antecedente en la reforma llevada a cabo en Brasil en los últimos años, donde se instituyó una política para superar un problema con características similares. Algunos de esta experiencia podrían ser útiles en el diseño de la política local de salud mental. Por otra parte debería desarrollarse un trabajo interdisciplinario para implementar una política intersectorial con miras a reducir las internaciones geriátricas, estimulando la contención familiar y social de los adultos mayores.

El estudio funcional de redes de servicios de salud es una herramienta adecuada a utilizar en la identificación de aspectos estructurales y dinámicos que podrían ser mejorados para aumentar la efectividad del sistema. En la provincia de Entre Ríos se ha realizado este estudio durante 2003 con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, aunque algunos datos no se pudieron obtener debido a la falta de registros. En este estudio se determinaron los recursos existentes en los tres subsectores (provincial, municipal y privado) del sistema de salud de la provincia, se analizaron sus estructuras y su dinámica, posibilitando, a partir de estos datos, el desarrollo de procesos de articulación, integración y complementación. Los flujos de circulación de las personas en el sistema de salud tienen impacto en la demanda de atención en los tres subsectores, en un grado que es necesario objetivar, teniendo en cuenta que cada uno de ellos tiene distintos modelos organizativos y población con diferentes coberturas. Si bien aún gran parte de la población posee algún tipo de cobertura explícita, ya sea a través de la seguridad social o de aseguradores privados, la atención de la salud está garantizada implícitamente por el Estado a toda la población a través de los establecimientos públicos. Los acontecimientos económicos financieros en los últimos años hicieron que el sistema

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

público se sobrecargara en su capacidad. El Estado se comenzó a ver absolutamente superado en las demandas y enormemente reducido en sus recursos. Parte de la población cubierta desplazó a personas sin cobertura explícita, reduciendo el acceso de estas últimas al sistema sanitario, determinando una situación altamente inequitativa y riesgosa para la salud de los más vulnerables de la sociedad. Este flujo de personas hacia el sector público y en especial hacia el sector hospitalario provincial, se ve facilitado por las condiciones de accesibilidad y ausencia de factores que lo restrinjan. A través del estudio funcional de redes de servicios y contando con un adecuado sistema de registros es posible determinar la capacidad resolutive territorial de los establecimientos de una zona dada, así como las características de los pacientes y el tipo de prestaciones que resuelven. Los resultados del estudio caracterizan el funcionamiento de los sectores, aportando conocimientos necesarios para iniciar un proceso de articulación paulatina entre las áreas de salud de la provincia y de los municipios. A su vez también profundizan el conocimiento de la dinámica del sector privado, explicitando la relación con el sector público, a partir de lo que se podría iniciar un proceso progresivo de complementación y de integración entre ambos sectores. En lugar de tres segmentos que funcionen como caminos paralelos, sería necesario que el sistema de salud se articule como una red de servicios, redireccionando el flujo de la demanda hacia los efectores del sistema, de manera tal que se optimicen los recursos existentes. A través del reordenamiento del sistema de salud se podrían evitar la superposición de actores y de prestaciones, en algunos casos, y su ausencia en otros, reduciendo el gasto, aumentando la eficiencia y optimizando del uso de los recursos del sistema. También se podría redistribuir más adecuadamente los recursos en relación a las necesidades de salud de la población, sin descuidar la provisión de servicios públicos en aquellas zonas donde no hay desarrollo privado, tendientes a lograr mejores y más equitativos resultados sanitarios.

La otra cuestión fundamental a resolver es garantizar el acceso de todos los habitantes al sistema de salud. Para ello es necesario que se trabaje para minimizar las barreras que lo limitan. La oferta de servicios debe ser distribuida adecuadamente, para que no haya vacíos regionales, incluyendo a la población rural. En la provincia la población rural representa aproximadamente 10 % del total de los habitantes. Una tercera parte de la misma se agrupa en Juntas de Gobierno. En general se dispone de centros de atención primaria de I nivel de complejidad en más de la mitad de las mismas, e incluso en 5 de ellas se cuenta con hospitales de nivel III. Es necesario planificar la correcta distribución de los establecimientos, articular adecuadamente estas unidades con otras de mayor complejidad en una red de servicios a través de sistemas de referencias y contrarreferencias y de derivaciones de emergencias, dotarlas de los recursos necesarios e integrarlas a una fuerte política de atención primaria.

Las barreras culturales deben ser allanadas, en lo que respecta a mejorar la relación de la población con el sistema de salud, y poniendo especial atención a los grupos que manejan códigos diferentes a los que tiene el sistema, como los campesinos, los adolescentes, los chicos de la calle, etc, diseñando políticas adecuadas para superar estas dificultades.

En el sector público los trámites administrativos para la obtención de turnos de atención, consecución de medicamentos o insumos o cobro de prestaciones de pacientes a terceros deben simplificarse. Los tiempos de espera para consecución de turnos de atención, o la realización de prácticas debe objetivarse y reducirse. La disponibilidad de horarios de atención debe ser ampliada para mejorar el acceso de la población trabajadora al sector

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

público. Los establecimientos sin internación deben promover el efectivo desarrollo de la atención primaria incluyendo acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades. Finalmente resulta de la mayor importancia minimizar las barreras económicas que impiden un adecuado acceso al sistema.

Como ya se ha dicho, las personas sin cobertura específica tienen un mayor gasto directo de bolsillo para la atención de su salud en relación a sus ingresos, que aquellas que cuentan con algún tipo de aseguramiento. Se genera entonces una relación circular en la que la enfermedad genera mayor pobreza en razón de los gastos que produce y de la disminución de jornadas laborales o incluso la pérdida de empleos informales; al ser aún más pobres estas personas se exponen a mayor posibilidad de enfermar por el empeoramiento de sus condiciones de vida. El porcentaje de población sin cobertura aumentó considerablemente en los últimos años. Esta situación se da en distintas proporciones a lo largo del país. Las provincias con los mayores porcentajes de población sin cobertura explícita de salud presentan más elevados índices morbimortalidad y menores ingresos en comparación con otras jurisdicciones.

El perfil de los excluidos abarca a los pobres de las zonas urbanas y rurales, a los trabajadores informales, rurales temporarios y autónomos sin capacidad de pago, a los mayores de 65 años sin beneficios jubilatorios, a los desempleados y sus familias, a la población aborigen.

La cobertura de salud explícita implica derechos bien determinados al acceso a servicios de salud y posibilita el mejor y mayor ejercicio de tales derechos a los ciudadanos. Al extender la cobertura explícita a los grupos excluidos se mejoraría su acceso al sistema de salud, reduciendo, entre otras, las barreras económicas. De esta manera se posibilitaría el alcance de mejores resultados sanitarios en lo que respecta a la atención médica de los grupos que actualmente no cuentan con cobertura. Esta medida implicaría una fuerte reducción de las inequidades en la salud de los habitantes de nuestro país. Se propone entonces un nuevo modelo, al que se denominará Seguro Provincial de Salud a implementar progresivamente una vez reordenado el sistema de salud de la provincia.

2.- Ejes fundamentales del Seguro Provincial de Salud

En esta propuesta el Estado financiaría sólo las prestaciones correspondientes a la población no asegurada. El Seguro Provincial de Salud sería administrado por un ente autárquico, incluiría a los carentes de cobertura asegurados por el Estado, integraría como agentes a los demás financiadores de la seguridad social e invitaría a adherir a los aseguradores privados. De esta manera se obtendría un modelo de gestión distinto, cuyas fuentes de financiamiento tendrían diferentes orígenes: aquellos provenientes de la seguridad social, los de los sistemas privados que eventualmente decidan adherir y los aportes de rentas generales para la población no asegurada aportados por el Estado; los recursos provienen de cada asegurador para sus beneficiarios, siendo administradas por el Seguro Provincial. De esta manera se pretende universalizar la cobertura de salud, ya sea a través del Seguro o de los financiadores privados que no adhieran a él. Se unificaría el paquete de prestaciones a cubrir por los todos los financiadores, de modo de garantizar las prestaciones necesarias a todos los asegurados, y a la vez, dar lugar a que los sistemas privados, sin dejar de cumplir con la canasta prestacional obligatoria, puedan ofrecer un paquete de prestaciones más amplio, o diferenciar sus distintos planes. La provisión de los servicios de salud incluiría a prestadores de los sectores públicos y

*"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas.
Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."*

privado. Los Estados provinciales deberían contar con un reaseguro para las denominadas patologías de baja frecuencia y alto costo, para que esos sucesos de alto impacto no afecten la administración del Seguro. Está desarrollándose en el ámbito de la Nación un Seguro para estas enfermedades denominadas catastróficas, al que las provincias deberían adherir.

Los ejes fundamentales del Seguro Provincial de Salud propuesto se centran en:

- Población a asegurar por el Estado.
- Paquete prestacional a cubrir.
- Financiamiento del Seguro
- Organización e implementación del Seguro

Población a asegurar por el Estado

La población beneficiaria asegurada por el Estado Provincial incluiría a aquellas personas con residencia permanente en la provincia de Entre Ríos sin cobertura explícita por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales. Es decir que el Estado aseguraría por default a aquellos habitantes que carecen de cobertura explícita de salud. De tal manera se evitarían los subsidios cruzados estatales a los financiadores privados y a la seguridad social, y al mismo tiempo se explicitaría la cobertura brindada por el Estado. Podría incorporarse un criterio de ingresos para acceder al seguro, de manera que se evidencie la incapacidad de pago de un seguro privado, aunque su comprobación y control es de difícil manejo, y además, una parte de la población podría quedar sin cobertura. En el momento que el asegurado sea incluido en otra cobertura de salud, ya sea por ingresar como beneficiario a una obra social, o por asociarse a un sistema de medicina prepaga, se daría de baja como asegurado por el Estado. Asimismo sucedería al cambiar de residencia a otra provincia.

La incorporación de los beneficiarios se realizaría en base a la implementación progresiva del Seguro en la provincia, a medida que los equipos de salud o los municipios contacten a las personas que cumplan con los requisitos previstos para su inclusión y los mismos se comprueben fehacientemente.

1. Sistemas de información y de identificación

Se podría comenzar por confeccionar el padrón de aquellos que cuentan con cobertura de salud a través de la seguridad social, trabajando en la unificación de las bases de los datos. Al momento de la implementación del Seguro debe contarse con la información de los beneficiarios de aseguradores privados en la provincia, a los que se incorporará al padrón anterior. El padrón así obtenido se cruzará con los datos provenientes del Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) y de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), a fin de detectar personas con cobertura, monotributistas, otros beneficios sociales, etc. Se consolidarán las bases de datos existentes. Se constituirá entonces la conformación inicial de una base de datos básica, determinando un padrón de asegurados.

En una segunda fase se realizará la incorporación de altas, bajas y modificaciones. El Estado cubrirá por default a aquellos que no figuren en el padrón de asegurados como beneficiarios de alguna obra social o prepago, previa comprobación de su residencia en la

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

provincia. Se creará entonces una nueva categoría que incluirá a los asegurados por el Estado.

Para la identificación y búsqueda de las personas sin cobertura a incorporar como cubiertas por el Estado, puede trabajarse con un listado aparte en base a datos del padrón electoral con sustracción de aquellos que figuren en el padrón de asegurados.

Una vez realizado el padrón de asegurados, debe mantener una actualización permanente de las altas, bajas y modificaciones, a través de cruces mensuales con los padrones de las instituciones mencionadas, y con el Registro Civil, en relación a las defunciones, nacimientos y cambios de domicilio. De igual manera debe revisarse periódicamente que aquellos que figuren como asegurados por el Estado, dando de baja a aquellos que desde la última actualización hayan obtenido beneficios de la seguridad social o se hayan asociado a sistemas privados.

Es necesario desarrollar sistemas de identificación de los beneficiarios a través de una tarjeta, para que puedan hacer uso de los servicios. Posteriormente se podría contemplar la utilización de la misma para el uso de un sistema de información acerca del paciente. La identificación de los beneficiarios se basaría en la codificación de un número que incluya el del Documento Nacional de Identidad, similar al Código Unico de Identificación Tributaria (CUIT) o Laboral (CUIL), cuya conformación no sería secuencial, sino que poseería una estructura "inteligente", dada por la combinación de factores que se asocian. Los datos mínimos necesarios para relacionar lógicamente el sistema serían el código dado al beneficiario, su tipo de documento, el código del afiliado principal, el grado de parentesco, el tipo de beneficiario, apellido y nombre, la fecha de nacimiento, sexo, el código postal y el código dado al financiador de la cobertura.

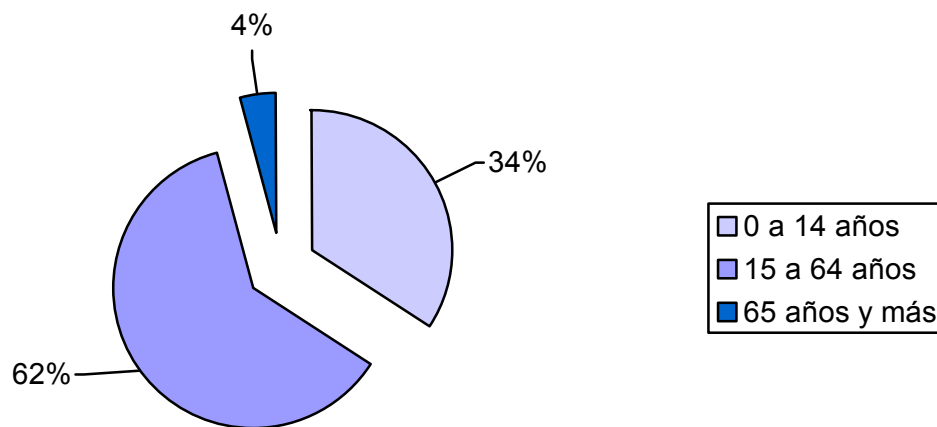
A su vez se debe desarrollar un programa que permita conocer el consumo de servicios y la facturación de las distintas prestaciones realizadas, unificando el sistema de información para todos los agentes del seguro. También los prestadores estarían bajo un mismo programa.

La fase crítica de implementación son las estrategias de actualización y control del sistema. Para asegurar la continuidad en el tiempo de los procedimientos de actualización se deberán dar algunas condiciones como el desarrollo de mecanismos administrativos sencillos en lo particular, independientemente de la complejidad en lo global, así como sistemas informáticos descentralizados con requerimientos mínimos de capacidad operativa y al mismo tiempo sistemas centrales de alta capacidad de manejo y procesamiento de información. Las relaciones en el intercambio de información entre organismos deben ser efectivas. Se determinará el uso de claves comunes y nuevos procedimientos administrativos montados sobre procesos ya existentes, minimizando el esfuerzo de los productores de información. Se deberá elaborar normas sobre secreto de información. Habrá participación activa del beneficiario y de actores del sistema de salud que obliguen a la identificación de los beneficiarios.

2. Características de la población a cubrir

Entre Ríos tiene de acuerdo al último Censo Nacional 1.158.147 habitantes, de los cuales 563.521 declararon carecer de cobertura explícita de salud. La población descubierta representa 48,66% del total. La distribución etárea de esta población evidencia un reducido grupo de adultos mayores a cubrir, mientras que los niños componen un tercio del total y el grupo mayoritario está constituido por adultos.

Porcentaje de población sin cobertura de salud según grupos etáreos
Entre Ríos, 2001



Fuente: Elaboración propia en base al Censo Nacional de Población y Viviendas 2001.

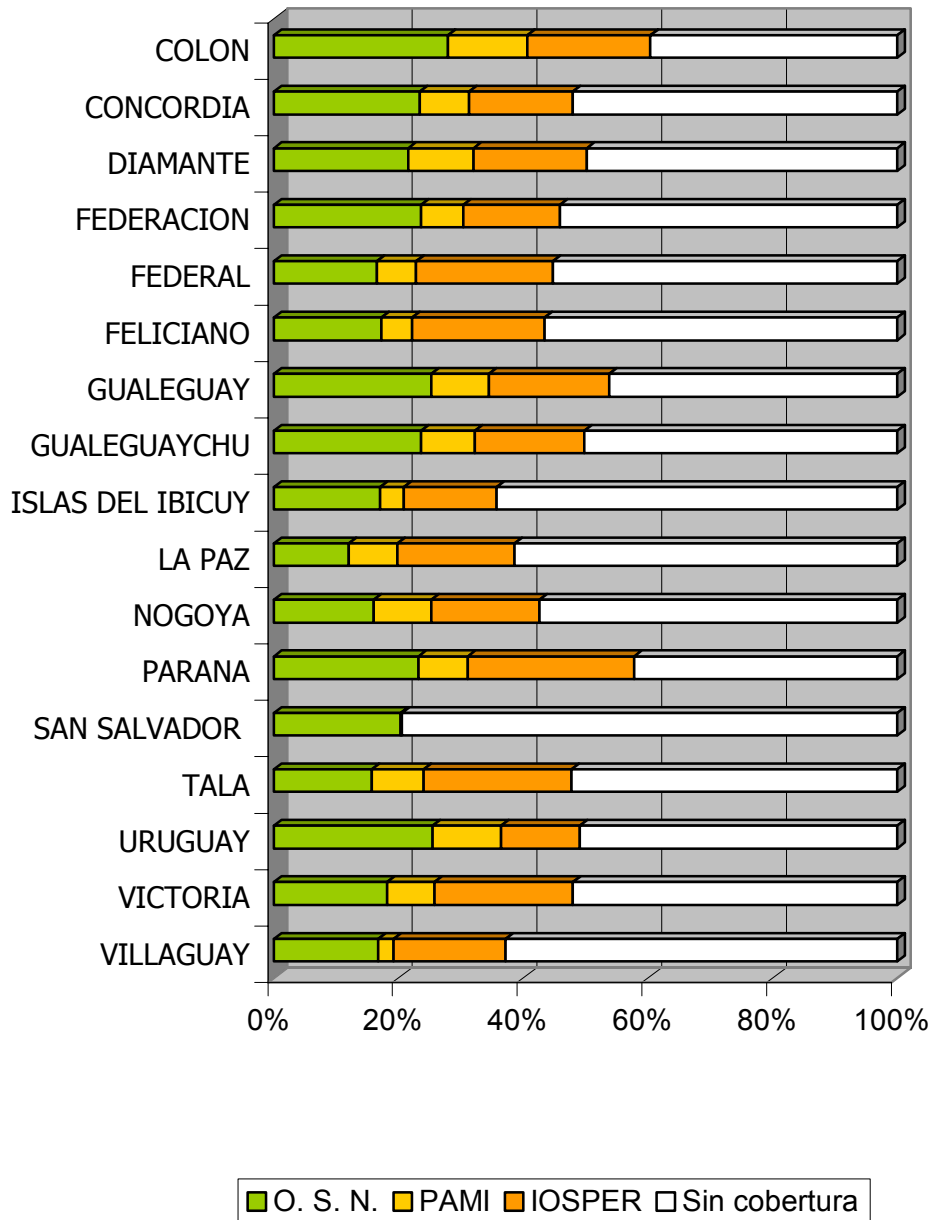
La distribución de esta población en los diferentes departamentos de la provincia es dispar. Si bien la mayor parte de esta población está concentrada en los departamentos más densamente poblados, la proporción de población sin cobertura es mayor al 60 % en los departamentos de Federal y Feliciano, superando en mucho a las cifras de las principales ciudades.

Al comparar la cantidad de beneficiarios de las obras sociales nacionales, de IOSPER y de PAMI en el año 2002 observamos algunas ligeras diferencias que pueden atribuirse a la diferencia de fechas, a la falta del número de asegurados en los sistemas privados, a duplicación de la cobertura y a que en la nómina de IOSPER no se agruparon los beneficiarios del departamento San Salvador, de relativamente reciente creación, sino que se incluyeron en los departamentos que cedieron parte de su superficie para constituirlo. De acuerdo a estos datos la seguridad social cubriría 50,42 % de la población de la provincia.

Los diferentes financiadores de la seguridad social tienen también una distribución distinta en los departamentos de la provincia. Las jurisdicciones más pobres tienen una menor proporción de beneficiarios de obras sociales nacionales y de PAMI. IOSPER cubre a más de la cuarta parte de los habitantes del departamento Paraná, y más del 20% en Tala, Victoria, Federal y Feliciano. En cambio menos del 15 % de los habitantes de Islas del Ibicuy y del departamento Uruguay tienen cobertura de la obra social provincial.

Porcentaje de población según cobertura de salud según departamentos.

Entre Ríos, 2002.



Fuente: Elaboración propia en base datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, de IOSPER y del Censo Nacional de Población y Viviendas 2001.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

De acuerdo a estimaciones del sector de aseguradores privados se calcula que éste cubre aproximadamente a 63.500 personas en la provincia, representando 5,5 % de la población. A su vez se estima que el 80 % de los asegurados a estos sistemas cuentan también con beneficios de la seguridad social. Por tanto los asociados a sistemas privados de cobertura exclusivamente representarían 1% del total de la población entrerriana.

Los departamentos con mayor proporción de niños sin cobertura de salud, superando 65%, son La Paz, Federal, Islas del Ibicuy y Feliciano. También en estas jurisdicciones más de 60 % de los adultos se encuentran descubiertos. Si bien en general los adultos mayores tienen un elevado índice de cobertura, en Feliciano y en Islas del Ibicuy los ancianos carentes de cobertura superan 40 %. Los departamentos mencionados, que son los de menor proporción de población con cobertura de salud en la provincia presentan también los mayores índices de natalidad, analfabetismo y NBI de Entre Ríos. Son jurisdicciones de bajos ingresos, en general sus vías de acceso presentan dificultades o están en malas condiciones, tiene altas tasas de mortalidad infantil y de gran proporción de madres adolescentes. En Feliciano e Islas del Ibicuy no hay establecimientos privados con internación. Por estas características, debería focalizarse en estas jurisdicciones programas tendientes a reducir estos indicadores, que inciden en la salud de sus habitantes y producen inequidades.

Paquete prestacional a cubrir

En principio debería basarse en el Programa Médico Obligatorio (PMO), que es la normativa vigente para los agentes del Seguro Nacional de Salud. Al diseñar un seguro universal, se trata de que los efectores de las prestaciones sean tanto públicos como privados. De todos modos es necesario instalar el debate para que determinar un paquete que se ajuste a las necesidades sanitarias y a las posibilidades financieras de cubrirlo por parte del Seguro. No debería desperdiciarse recursos tratando de hacer demasiado sino hacer mejor lo que hace falta. En el diseño de un paquete de prestaciones deben considerarse:

1. Los objetivos que dan origen a su establecimiento
2. La delimitación de la población beneficiaria
3. La definición del contenido del conjunto de prestaciones
4. Los criterios de priorización de las prestaciones
5. El cálculo del costo del conjunto de prestaciones
6. La actualización y revisión del contenido del conjunto de prestaciones

1.- Objetivos

- Garantizar que los recursos financieros disponibles permitan hacer frente a las obligaciones del sistema de salud, para evitar el racionamiento espontáneo que se daría por falta de acceso o por listas de espera, retrasos en los pagos, etc. La suficiencia financiera no implica equidad, pero la falta de recursos afecta la eficiencia y equidad, de acuerdo a las prestaciones que no se realicen o a los grupos que no reciban servicios,

afectando la seguridad jurídica de los beneficiarios o de los proveedores de servicios.

- Garantizar la efectividad implica incluir en el paquete sólo prestaciones con probada efectividad, y más específicamente pares de necesidad- servicio. El problema es que el costo de proveer todos los servicios de efectividad positiva excede los recursos de cualquier sistema de salud. Se podría entonces establecer niveles de efectividad, limitando la financiación a los de mayor nivel.
- La eficiencia puede concretarse en maximizar el resultado sanitario de los recursos o en minimizar el costo de los resultados de salud. Garantizarla implica utilizar la evaluación económica de las prestaciones. Presupone la valoración previa de la efectividad de las intervenciones y su comparación con los costos que implican los servicios.
- Para garantizar la equidad es necesaria la suficiencia financiera de manera que ante una misma necesidad todos los habitantes tengan acceso al mismo servicio. A su vez la equidad implica que individuos con distinto grado de necesidad reciban los recursos adecuados. De tal modo es necesario en el diseño del paquete prestacional la contemplación de las diferentes necesidades de salud de los distintos grupos que componen la población beneficiaria.
- La seguridad jurídica implica la eliminación de la incertidumbre respecto de la obtención efectiva de los servicios en caso de necesidad. Requiere la claridad en la definición de los servicios y de las condiciones en que el beneficiario tiene derecho a recibirlos, así como la suficiencia financiera que permita hacer efectivo su derecho.

Ante la inevitable limitación de los recursos la equidad y la eficiencia serían los criterios que deben prevalecer en la priorización de las prestaciones. El volumen total de recursos determinaría la amplitud final del conjunto de prestaciones. Ante una mayor disponibilidad de recursos se podrá incorporar progresivamente al paquete prestacional servicios de menor nivel de prioridad. El conjunto de prestaciones debe ser un instrumento operativo que equilibre necesidades y no una simple declaración de buenas intenciones (Rovira et al, 2002).

2.- Población beneficiaria

Al establecer un conjunto de prestaciones se debe definir si se aplica a toda la población o a grupos específicos. Ambas posibilidades pueden coexistir, determinándose un paquete para toda la población y otros con determinados servicios para grupos específicos que se agregan al paquete general. Pueden elaborarse guías para la determinación de cuáles son las condiciones para tener acceso a ciertas prestaciones.

3.- Definición del contenido del conjunto de prestaciones

En principio deben identificarse y definirse los servicios en forma operativa, de manera de evitar cualquier ambigüedad respecto a si una determinada prestación constituye o no un derecho u obligación contractual. Las prestaciones deben agruparse de acuerdo a criterios de clasificación de enfermedades, listado de tecnologías o procedimientos terapéuticos, o

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

bien una forma que relaciona enfermedades con tecnologías. Esta última es la que genera mayor garantía jurídica, garantizando la efectividad y la eficiencia que dependen de la aplicación concreta de una tecnología. Sin embargo su redacción requerirá un esfuerzo exhaustivo. Una opción más viable ante una cobertura muy amplia sería la exclusión por pares de tecnología- enfermedad, aunque ante la posibilidad de ingreso de nuevas tecnologías, deberán ser rápidamente evaluadas, y de ser necesario, incluidas en la lista de exclusiones tan pronto sea posible.

4.- Criterios de priorización de las prestaciones

La priorización de las prestaciones debe llevarse a cabo de acuerdo a criterios que reflejen la política sanitaria de la jurisdicción. Los criterios a utilizar pueden ser:

- Evaluación económica. Aporta los datos necesarios para la toma de decisiones en base a criterios de costo efectividad, el cual para muchos autores es el más adecuado para la priorización de las intervenciones. De acuerdo con criterios de eficiencia el contenido del paquete de prestaciones estará integrado por las intervenciones costo efectivas que permiten maximizar el resultado sanitario al mínimo costo.
- A través de enfoques participativos que reflejen la opinión de los ciudadanos. Tarea ardua y compleja dado que no resulta fácil identificar a los interlocutores sociales más adecuados en el sentido de la representatividad y la objetividad, así como tampoco quien legitime o valide las conclusiones de estos representantes sociales, y a la vez el desconocimiento del ciudadano acerca de las intervenciones y sus aspectos técnicos.
- Opinión de notables y expertos. Es esencial la contribución profesional, así como la aceptación del conjunto prestacional, por lo que es preciso implicar a las instituciones profesionales como agentes involucrados a través de la práctica diaria. Los decisores políticos y los gestores deben intervenir en las decisiones relativas a la asignación de los recursos públicos con el adecuado soporte técnico. La introducción de herramientas técnicas para ayudar a los decisores en el proceso de toma de decisiones implica reducir los márgenes de discrecionalidad y aumentar la transparencia. Si las opciones elegidas por los decisores no son las más adecuadas, determinarán un costo político que no podrá ser ignorado sistemáticamente.
- Combinación de las anteriores. La evaluación económica es una herramienta útil, pero no debe ser la única empleada. Deben incluirse algunos criterios cualitativos, como la carga de enfermedad, la priorización de determinados grupos sociales o de patologías, la relevancia social, etc., de acuerdo al consenso alcanzado entre los actores del sistema. Sin embargo debe tenerse presente que cuanto mayor sea el peso de los criterios cualitativos en la determinación del conjunto de prestaciones, menor será su transparencia, operatividad y generalidad.

5. - Costo del paquete prestacional

Para ello hay que calcular la cantidad de unidades de cada prestación necesarias en un año por el costo de la intervención y en relación a la totalidad de beneficiarios. Hay que

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

tener en cuenta que cuando se aumenta la cobertura de un servicio, el costo adicional por individuo cubierto puede aumentar por reducción de las barreras de acceso al mismo. En este caso la estimación de costos puede resultar inferior a las cifras que realmente se darán dado el aumento del uso de beneficiarios que anteriormente no accedían a esta intervención.

6.- Actualización y revisión

El paquete prestacional diseñado deberá ser revisado y actualizado periódicamente a fin de ajustarse a variaciones de los recursos disponibles o de necesidades sanitarias derivadas de cambios demográficos o epidemiológicos, la aparición de nuevas tecnologías y de cambios en los factores que determinan la relación costo- efectividad de las prestaciones.

Financiamiento del Seguro

El análisis del financiamiento del modelo de Seguro de Salud propuesto implica:

1. La identificación de las fuentes de los fondos y el conocimiento de la magnitud de los gastos totales destinados a la producción de bienes y servicios asistenciales.
2. La estimación del monto necesario para otorgar las prestaciones cubiertas por el Seguro.
3. El estudio de causas probables que originan variables que impactan en los precios de las prestaciones y/o en los costos de los factores, el consumo de servicios asistenciales y el número de personas a incorporar en el Seguro. Esto resulta de importancia para evaluar la sustentabilidad económico-financiera a mediano plazo.
4. Tener en cuenta el posible impacto en las formas de contratación y pago a los prestadores.

1.- Identificación de las fuentes de financiamiento

En principio se cuenta con el Presupuesto provincial. En el futuro debería desarrollarse un programa presupuestario propio para el Seguro, destinado a cubrir a carentes de cobertura explícita de salud.

A este presupuesto provincial podrían sumarse aportes nacionales de acuerdo a la Ley N° 23.661, conocida como del Sistema Nacional de Seguro de Salud.

Esta ley incluye como agentes del Seguro Nacional a las obras sociales nacionales, a las de otras jurisdicciones y a las demás entidades que adhieran al Sistema. Quedan incluidos en el Seguro todos los beneficiarios de las Obras Sociales Nacionales comprendidos en la Ley 23.660, los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones, y las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales.

En su artículo 4° la ley indica que el Ministerio de Salud de la Nación promoverá la descentralización progresiva del Seguro en las jurisdicciones provinciales y en la Capital Federal. A tal efecto las funciones, atribuciones y facultades que esta ley otorga al Ministerio de Salud de la Nación y a la Administración Nacional de Seguro de Salud,

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

sustituída a fines de 1997 por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), podrán ser delegadas en las dichas jurisdicciones mediante los convenios correspondientes.

El Capítulo VIII, dedicado a la participación de las provincias, dice en el artículo 48°, que " las jurisdicciones que adhieran al Sistema administrarán el Seguro dentro de su ámbito (...) La adhesión de las respectivas jurisdicciones implicará la articulación de sus planes y programas con los que la autoridad de aplicación establezca, y el cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del Seguro, sin perjuicio de la adecuación que se requiera para su utilización local."

En el artículo 49° se establece que la adhesión al Sistema Nacional del Seguro de Salud implicará para las provincias incorporar en su ámbito a los trabajadores autónomos comprendidos en el régimen nacional de jubilaciones y pensiones con residencia permanente en la jurisdicción que no sean beneficiarios de otros agentes del Seguro. También incorporarán a las personas que, con residencia permanente en el país, se encuentren sin cobertura médico asistencial por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales, a cuyo efecto recibirán apoyo financiero del Tesoro Nacional a través del Fondo Solidario de Redistribución, por un monto igual al que la provincia aporte a esta finalidad. Este aporte financiero se hará efectivo con los recursos de una cuenta especial en forma mensual, en función de la población que se estime cubrir y con sujeción a las demás condiciones que se establezcan en los respectivos convenios.

A partir de la fecha de promulgación de la ley, se establece la creación de dicha cuenta especial en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. La base de cálculo que deberá tenerse en cuenta en la elaboración del Presupuesto General de la Nación para dotar de recursos a la cuenta antes indicada, será el equivalente al 50% del valor promedio del ingreso por aportes y contribuciones que, por cada beneficiario obligado, recibirán las obras sociales de las jurisdicciones adheridas durante sus respectivos ejercicios presupuestarios del año inmediato anterior, a valores constantes, multiplicado por la población sin cobertura y carente de recursos que se estime cubrir en sus respectivos ámbitos por periodo presupuestario. El 50 % que corresponde aportar a las jurisdicciones adheridas se considerará cumplido con lo invertido en sus presupuestos de salud para la atención de carenciados en sus respectivos ámbitos. En dicho presupuesto deberá individualizarse la partida originada para atender a carenciados; el convenio de adhesión establecerá a su vez la responsabilidad de las partes y los mecanismos de transferencia.

Las provincias deberán también administrar sobre la base de las normas generales del sistema, el Registro de Prestadores para la jurisdicción, a cuyo fin establecerá las normas particulares y complementarias que resulten necesarias. Estas jurisdicciones aplicarán en su ámbito las normas de acreditación y categorización para profesionales y establecimientos de salud que serán requisito para la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores. Las provincias adheridas participarán en el Fondo Solidario de Redistribución a través del organismo que se determine, efectuando los aportes que se convengan con las obras sociales de las jurisdicciones y con las asociaciones mutuales o de otra naturaleza que adhieran al Sistema, y recibiendo los apoyos financieros determinados en el Presupuesto General de la Nación discriminados por jurisdicción adherida destinados a la población sin cobertura y carente de recursos, depositados en la cuenta especial del Ministerio para tal fin y administrada por el Fondo Solidario de Redistribución.

Las jurisdicciones establecerán y coordinarán dentro de su ámbito una subcomisión de la Comisión Permanente de Concertación, sujeta a la aprobación de ésta, con representantes de los agentes del seguro y de los prestadores presupuestados por sus organizaciones

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

respectivas mayoritarias. Suministrarán también la información que le sea requerida, en la relación con la administración y desarrollo en su ámbito del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Ejercer las demás facultades, atribuciones y funciones que se le deleguen según el convenio de adhesión y cumplir con las obligaciones que le imponga el mismo.

El artículo 50° indica que las jurisdicciones que suman la administración del Sistema Nacional del Seguro de Salud en su respectivo ámbito, determinarán el organismo a cuyo cargo estarán dichas funciones.

Debería considerarse además la descentralización de PAMI, llevando a cabo la administración territorial de la cobertura para sus beneficiarios. Si bien es un tema que podría ofrecer muchos inconvenientes para su obtención, debería recordarse que ya hubo experiencias en ese sentido mediante convenios con algunas provincias.

Como se desprende de la ley del Seguro Nacional de Salud, sería indispensable la integración de la Obra Social Provincial, y por otra parte invitar a adherir a privados y mutuales.

La cobertura del seguro sería entonces universal, ya que cada financiador pagaría las prestaciones de sus asegurados, y el Estado financiaría por default aquellos sin cobertura. Sería además necesaria la adhesión por convenios a iniciativas nacionales como el seguro nacional materno infantil, el Seguro de enfermedades catastróficas, el Programa Remediar, entre otros.

Como punto de partida para considerar la magnitud de los recursos financieros utilizados por el sector se expone en el cuadro siguiente los datos disponibles de la composición del gasto en salud en la provincia de Entre Ríos.

Composición del gasto en salud según agentes
(en millones de pesos)
Entre Ríos 2000

Gasto público			Seguridad social			Gasto privado
Nacional	Provincial	Municipal	Iosper	O S N	PAMI	
5	126	28	65	98	75	Total g. privado: 219
Total gasto público:159			Total seguridad social: 238			Gasto total en salud:616

Fuente: Elaboración propia en base a datos de "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo", de Tobar, Montiel y Falbo.

A medida que se vaya instrumentando la estrategia propuesta, en el sector público se irá delimitando la provisión de servicios de la financiación de los mismos. Entonces se podrá perfilar cuánto se destinará a la financiación de prestaciones para la población que deberá cubrir el Estado.

Las provincias que adhieran al Seguro Nacional de Salud recibirán apoyo financiero del Tesoro Nacional para solventar las prestaciones de la población sin cobertura y carente de recursos. De acuerdo a lo expresado en la Ley, se realizó el cálculo de dicho aporte. Se estima que corresponde a 308 pesos anuales aproximadamente. Esta cifra debiera multiplicarse por la población sin cobertura y carente de recursos. Estimativamente la población provincial carente de cobertura alcanzaba en 2001 a 563.521 personas, aunque no hay un criterio objetivo y explícito para determinar la carencia de recursos.

2.- Estimación del monto necesario para cubrir las prestaciones

Para poder estimar el monto necesario para cubrir las prestaciones del Seguro es necesario considerar la estimación de los costos, el plan de cobertura y la cantidad y características de los beneficiarios.

2.1. Estimación de costos

Para estimar los costos se podría tomar como referencia las tasas de utilización y consumo de los beneficiarios de Iosper y/o de Salud Pública, o bien realizar un estudio específico para determinar la tasa de utilización y de internación de la población beneficiaria.

De acuerdo a la información disponible se presenta en el siguiente cuadro las tasas de utilización de la población de IOSPER en el 2000.

Tasas de uso de prestaciones ambulatorias por beneficiario y por año IOSPER, 2000

	Consultas	RX	Prest. de laboratorio	Ecografías	ECG	Papanicolau	Biopsia	Tomografía
Tasa	3,17	0,37	2,34	0,11	0,9	0,05	0,01	0,01

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Boletín Estadístico de IOSPER del año 2000.

En ese año se produjeron 10.6 egresos anuales cada 100 beneficiarios, de los cuales 15% fueron hospitalarias. Del total de las internaciones en establecimientos privados, 45 % fueron clínicas, 39 % quirúrgicas y las restantes obstétricas, de las cuales el 40% correspondió a cesáreas. El promedio de días de estada fue de 2,2 .

Durante 2002 en el sector público hubo una tasa de utilización de consultas de 2,32 por habitante y por año, y 8,9 egresos anuales cada 100 habitantes.

También es necesario determinar las tasas de uso esperadas. Hay que tener en cuenta el impacto relacionado con los cambios en el comportamiento de los usuarios por las mejoras en la calidad y en el acceso, así como la variación en la composición de la demanda por mayor resolución en el primer nivel de atención. Se estimaría conveniente una tasa de utilización de consultas de 2,7 por beneficiario y por año, y 8 egresos anuales cada 100 beneficiarios.

Debería determinarse lo devengado en establecimientos públicos por consulta vestida y por egreso, así como sus valores de mercado. Dadas las dificultades en la obtención de registros, en especial en lo que respecta a cálculo de costos no es posible determinar el valor de la consulta vestida y del egreso en los establecimientos públicos. Sin embargo, como referencia se indica que en el estudio diagnóstico del IOSPER realizado por el PRESSAL en 1997 se estimó el costo de la consulta vestida en 16.80\$ y el precio por egreso en 692,79\$.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Sería importante conocer los valores de los contratos vigentes entre los establecimientos públicos y la seguridad social. No se dispone de datos en relación al convenio entre IOSPER y el sector público provincial. Hasta fines de 2003 no había convenios establecidos entre la Secretaría de Salud y los gerenciantes de las restantes obras sociales y de PAMI, para recuperar las prestaciones realizadas a sus beneficiarios en establecimientos públicos con o sin internación.

Es necesario obtener un promedio de producción de consultas y egresos tanto en el sector privado como en el público. Por el momento sólo se dispone de la información del sector público, ya que el privado no contabiliza estos datos en forma centralizada. En el sector público se produce mensualmente un promedio de 223.882 consultas y 348 egresos.

Para determinar el valor per cápita, de los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) o de los componentes flexibles de pago tanto en prestaciones ambulatorias como en las internaciones, se toma en cuenta la tasa de utilización en la población beneficiaria por el costo de producción o el precio de la prestación. Aplicando los valores determinados en la información disponible, correspondería a 4,20 \$ mensuales por beneficiario en concepto de consulta vestida. Se deberá ajustar para dar lugar a la implementación de incentivos. Hay que tener en cuenta el aumento del consumo, que debería compensarse con la mejora en la eficiencia del gasto. A su vez hay que estudiar el consumo de medicamentos y desarrollar una estimación del gasto por beneficiario. Es imprescindible la utilización de los criterios de uso de medicamentos genéricos y de la utilización de los precios de referencia. Esto constituiría el monto o porcentaje de del presupuesto provincial afectado a cubrir las prestaciones del Seguro. Estos valores no constituyen el total de los recursos que el Ministerio asignará al sistema público, ya que hay acciones que debe realizar el Estado. Los presupuestos deberían ajustarse a la situación socio ocupacional, NBI, dispersión geográfica, características epidemiológicas, etc para compensar inequidades. También se deberá calcular la emisión y distribución de credenciales, informatización del sistema, desarrollo del software, capacitación, comunicación, nueva estructura y modificaciones derivadas de la misma y de cambios en el organigrama.

2.2. Plan de cobertura

En principio el plan de cobertura se basaría en el PMO, cuyo valor fue estimado por la Superintendencia de Servicios de Salud en 31,80\$ a fines de 2002, sin tener actualización hasta la fecha. A su vez IOSPER tuvo un gasto mensual por beneficiario de 23,20\$. Es importante calcular y determinar la graduación en que se desarrollará la expansión de la cobertura.

Debería reasegurarse las prestaciones de baja frecuencia y alto costo con el fin de que su impacto no altere el normal funcionamiento del seguro. Las provincias debieran adherir al seguro nacional de enfermedades catastróficas en desarrollo en el ámbito del Ministerio de salud de la Nación.

2.3. Cantidad y características de los beneficiarios

El número de beneficiarios a cubrir por el Estado es suficiente para generar economías de escala. El poder comprador del Seguro se verá potenciado por la inclusión de otros agentes de la Seguridad Social y de los financiadores privados. La baja proporción de adultos mayores en la población a cubrir presupone menores gastos en patologías crónicas, que son costosas. Las características de la composición étnica, socioeconómica y

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

epidemiológica de la población presuponen que el estado de salud mejoraría desarrollando acciones costoefectivas generalmente de bajo monto.

3- Variables que impactan en los precios y costos. Sustentabilidad.

El estudio de la sustentabilidad económico financiera del Seguro a mediano plazo supone evaluar la posibilidad de un equilibrio estable entre los ingresos y gastos del seguro. A tal efecto se requiere conocer la magnitud y probabilidad de variación tanto de los fondos disponibles como en los gastos del seguro.

La variación de los gastos dependerá de los cambios en la cantidad de beneficiarios y en su comportamiento, de los cambios en las modalidades de contratación y pago, de la variación de los precios, de la incorporación de prestaciones anteriormente no cubiertas y por nuevas adquisiciones y nuevas actividades de apoyo al Seguro.

La variación de ingresos dependerá fundamentalmente de la capacidad de recaudación de la jurisdicción, de la capacidad de negociación de los fondos sectoriales en la formulación presupuestaria de la jurisdicción, de los criterios de asignación para el seguro y de la incorporación de nuevas fuentes de financiamiento distintas del tesoro provincial.

El estudio de la sustentabilidad requiere que se establezcan distintos supuestos sobre cambios en las variables de ingresos y gastos a fin de anticiparse a probables desequilibrios. Esto facilitaría la identificación de incentivos, a fin de corregir tendencias no deseadas. Hay que tener en cuenta que al determinar los precios a pagar por el Seguro a los prestadores públicos que, cuando el precio no cubre los costos de producción, el establecimiento no podrá sostener su producción a mediano plazo, y si cubre altos costos (ya sea por mantener recursos ociosos y/o por ineficiencia en la gestión) no resulta un buen incentivo que tienda a la mayor asistencia y/o mejor calidad de los servicios.

Para calcular en la sustentabilidad ante cambios en las variables se pueden utilizar ejercicios bajo la hipótesis del crecimiento de la demanda hasta 300 %. Paralelamente, desde el sector público se debe tender hacia la eficientización del uso y la ocupación, y al aumento de la facturación a terceros por identificación de usuarios. El gasto tiende a reducirse en el tiempo. PRESS; Chubut)

4. Modelos de contratación y pago

En los efectores privados se adoptaría la modalidad de cápita en las consultas y case mix en otras prácticas.

El equipo de Atención Primaria del sector público debería tener una transición progresiva desde el pago por salario hacia remuneraciones con componentes flexibles, evolucionando hacia la cápita ajustada. (modelo costarricense). Sin embargo, de acuerdo a la experiencia británica, el sector público debe conservar un marco de remuneraciones con componentes flexibles, porque la complejidad del sistema totalmente descentralizado se asocia a mayores costos de transacción, alteraciones de la equidad y solidaridad y resultados poco tangibles.(Sojo, 2000). Podría pensarse en un salario básico con un componente de cápita ajustada (estructura de edad y sexo de la población, población de riesgo). También podría agregarse incentivos monetarios o no, en función de mayor capacitación, reducción del ausentismo, mayor resolución en los niveles inferiores, satisfacción del usuario, nivel de producción, actividades de promoción y prevención. El

principal escollo que surge de los desarrollos de seguros provinciales para población no asegurada se refiere al pago por capitación o al componente flexible del Equipo de Atención Primaria, que diluye el entusiasmo inicial de sus integrantes. Una alternativa a estudiar podría ser la municipalización de la APS, con transferencia de los recursos salariales de componente fijo a los municipios. El pago adicional se realizaría por convenios del Seguro con los municipios. Habría que estudiar el marco legal vigente de la jurisdicción para proponer las modificaciones que mejor se adapten en cada caso particular.

En establecimientos públicos con internación también se podría aplicar un modelo similar al de Costa Rica, efectuando una transición progresiva partiendo desde la financiación por presupuestos históricos hacia una basada en presupuestos variables condicionados al logro de objetivos y metas (contratos de gestión por tiempo establecido). Los presupuestos fijos deberían asignarse privilegiando los establecimientos de zonas con alta tasas de mortalidad infantil, altos índices de NBI o de porcentajes de población bajo líneas de indigencia o pobreza, lo que compensaría inequidades en la asignación de recursos. Las metas podrían relacionarse con cantidad de producción. En estos establecimientos deberán determinarse unidades de producción homogéneas, de acuerdo a la complejidad de cada uno. Por ejemplo se las podría dividir en unidades de producción de internación, de urgencias, de programas especiales y de docencia e investigación. Podrían agregarse incentivos por la disminución de los tiempos de espera para prestaciones programadas, por el cumplimiento de estándares de calidad, por el funcionamiento de comité de infecciones hospitalarias, etc. El componente variable de la asignación presupuestaria podría dividirse para su disposición en el establecimiento en dos fondos. Un fondo para incentivos relacionados con mayor capacitación, reducción del ausentismo, mayor resolución en los niveles inferiores, mayor nivel de satisfacción de los usuarios, aumento del nivel de producción, actividades de promoción y prevención. El segundo fondo estaría destinado a la compensación solidaria de imprevistos en la ejecución presupuestaria. (Sojo, 2000) En estos establecimientos se daría entonces un presupuesto prospectivo, más componente flexible relacionado con unidades de producción, e incentivos por cumplimiento de objetivos y metas, más la facturación a terceros (ART, seguros de automóviles, prepagos, etc). Luego, en la última etapa se podría avanzar hacia el pago por case mix o GDR, en lugar del presupuesto variable.

Organización e implementación

1. Marco legal

Sería necesario elaborar un proyecto de ley de creación del Seguro. La sanción de la Ley es un elemento que evidencia el interés de las autoridades provinciales de institucionalizar el Seguro de Salud de la Provincia y, al darle rango legal, lo sustrae de las contingencias de la coyuntura política.

Al preverse la implementación en una zona piloto hay que definir la normativa de la misma. También debe regularse el paquete prestacional, y la adhesión de la Obra Social provincial, así como las reformas de la estructura orgánica necesarias. En esta propuesta debe incluirse el eventual convenio de adhesión al Sistema de Seguro Nacional de Salud.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Debe establecerse mecanismos que permitan el cobro de las prestaciones al Seguro por parte de los establecimientos públicos que no sean hospitales de gestión descentralizada.

En la Ley del Seguro provincial debe destacarse el carácter de aseguramiento público explícito ("proveer de cobertura explícita a través de un sistema de aseguramiento público de los riesgos de atención de la salud para los habitantes de la provincia que se definan como beneficiarios"). También hay que destacar el objetivo de mejorar cualitativamente la cobertura pública y optimizar el uso de los recursos públicos. Se debe incluir en los objetivos la preservación del carácter solidario del sistema de financiamiento público, y definir el ámbito de inserción del seguro en el sistema público de salud.

La definición de la población beneficiaria incluiría a residentes permanentes en la provincia "que carezcan de cobertura explícita por carecer de tareas remuneradas o beneficios previsionales", de acuerdo a la Ley 23.661. Es necesario definir la incorporación al seguro, debiendo solicitarla los interesados que reúnan las condiciones previstas para ser beneficiarios.

2. Estructura y Organización.

El Seguro será administrado por un ente autárquico. De él dependen entidades intermedias integradas a los municipios. Estos se relacionan en forma directa con los prestadores públicos y privados, y están en contacto con los beneficiarios, trabajando bajo la evaluación y monitoreo del ente central.

Ente de administración.

Se debe definir con el mayor grado de precisión sobre la naturaleza jurídica del ente de Administración el seguro, dotándolo del mayor grado de independencia funcional, y establecer sus misiones y funciones en relación a las autoridades provinciales y los mecanismos de auditoría externa del ente. Por tanto debería ser un organismo autárquico para separar las funciones del Estado como financiador (Ente), prestador (Hospitales de gestión descentralizada, S. de Salud), y regulador. Lo ideal sería que fuera la Obra Social provincial. Aunque en Entre Ríos debería evaluarse su viabilidad política, ya que desde hace años se encuentra en manos de los gremios estatales, no del gobierno provincial. Otra alternativa es el Instituto del Seguro de Entre Ríos, ente autárquico provincial de seguros generales, donde también habría que evaluar la viabilidad política (posibilidad de privatización, situación financiera, etc). Por último podría crearse un nuevo ente exclusivamente para la administración del mismo, aunque se incurriría en mayores gastos que en las alternativas anteriores. El ente debería preverse en la Ley de creación de Seguro.

Es conveniente establecer algún parámetro en cuanto a plazos de implementación de los distintos componentes del seguro. Hay que tener en cuenta si la normativa vigente establece algún principio sobre el carácter atribuido a los recursos del sistema de salud, en cuanto a si los ingresos obtenidos por el Sistema no son transferidos a Rentas Generales, ya que en ese caso sería necesario adecuar esa normativa a la incorporación del seguro, teniendo presente que para tal adecuación no podría en principio hacerse por vía reglamentaria. También sería conveniente fijar algún criterio en materia de la transición respecto de la modalidad de pago y transferencias de fondos para los hospitales públicos.

Articulación con otras instituciones

El Seguro Provincial estaría articulado con varias instituciones. Con el Ministerio de Salud de la Nación estaría ligado a través de la adhesión al Seguro Nacional de Salud. A su vez es indispensable la eventual adhesión al Seguro Nacional de Enfermedades Catastróficas. Por otra parte el Seguro debe relacionarse con el Ministerio de Salud de la Provincia por una parte como proveedor de servicios, a través del área de atención médica, y por otra con la Secretaría de Salud para articularse con las políticas provinciales y nacionales en desarrollo, como el plan Remediar, el seguro materno infantil, etc.

Deberá también desarrollarse la articulación con los municipios como proveedores de servicios y también en la articulación de los desarrollos de implementación del seguro.

A su vez es necesaria la articulación con los efectores privados como proveedores de servicios. De esta manera se posibilitará el desarrollo de red de complejidad creciente que articule los recursos disponibles y que incluya los tres niveles de atención.

Acciones, etapas y costos para la implementación de la propuesta

Con el sistema de salud de la provincia reordenado, una vez establecido el marco legal y los convenios necesarios, los mecanismos de financiación, contratación y pago, el paquete prestacional, los sistemas de información y de identificación del beneficiario se puede comenzar la implementación del seguro de salud. En principio debería desarrollarse una zona piloto para implementar progresivamente la propuesta. La zona deberá tener una dimensión y una población que sea adecuada para el manejo de la misma. Debería tener características socioeconómicas que determinen necesidad del desarrollo del Seguro para población no asegurada e incluir progresivamente los beneficiarios de las otras coberturas agentes del seguro. Debería tener una estructura prestadora pública, para después incorporar progresivamente a los prestadores privados a medida que se afiance el sistema. Posteriormente, de esta manera se irían incorporando en forma programada y paulatina las demás jurisdicciones.

Deberían desarrollarse programas de capacitación y políticas de comunicación.

Los costos de implementación deberían costearse previamente. El costeo del lanzamiento en la zona piloto para el Seguro de población no asegurada en la provincia de Chubut en 2001, con una población aproximada de 78.000 beneficiarios fue aproximadamente de 370.000\$ en impresión de credenciales, capacitación, informatización del sistema de padrones y campaña de comunicación. Los costos operativos se estimaron en 220.000\$ anuales (PRESS, 2001).

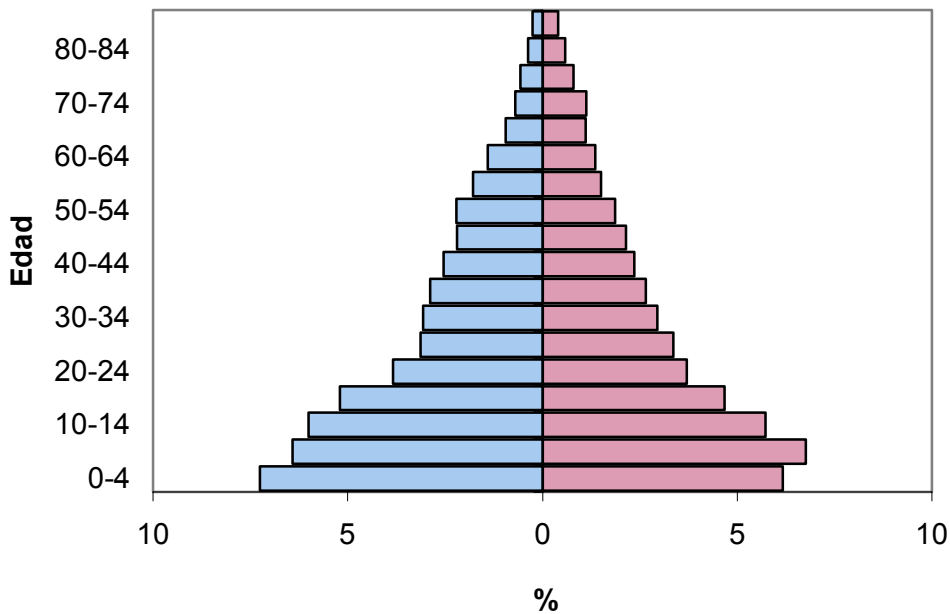
Zona piloto

En Entre Ríos podría determinarse en el departamento Feliciano. Este es un departamento situado al norte de la provincia, en el límite con Corrientes. Su economía se basa en la producción agropecuaria. Tiene una población de 14.584 habitantes y una superficie de 3.143 km². La densidad de población es de 4,6 habitantes por km². Sólo 65 personas viven en instituciones colectivas, mientras que el resto lo hace en hogares. El índice de analfabetismo en la población mayor de 10 años es alto y alcanza 7,35%. La estructura poblacional está compuesta por 38% de niños, 55 % de adultos y 7 % de adultos mayores. Las mujeres en edad fértil integran 20% de la población.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Estructura de la población por edad y sexo

Departamento Feliciano. Entre Ríos, 2001

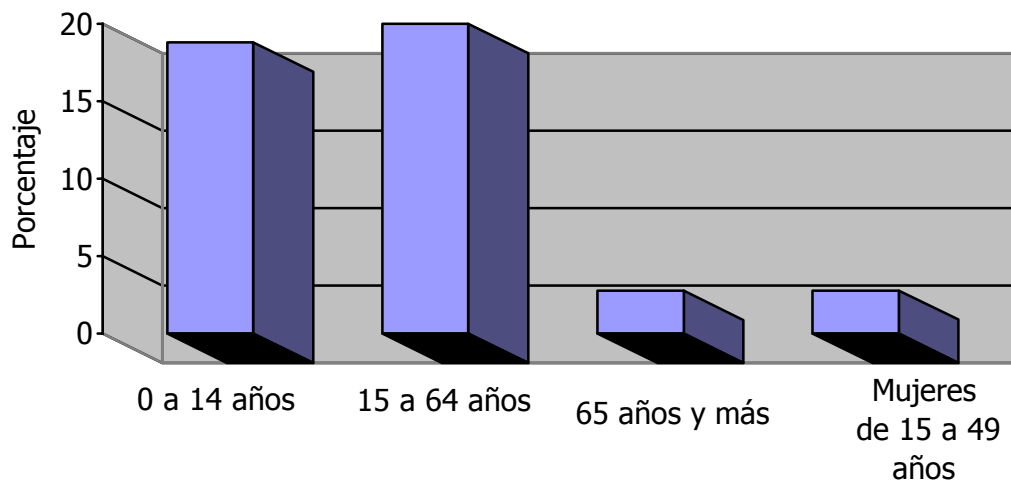


Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas. INDEC, 2001

La tasa de crecimiento intercensal del total de la población fue de 17,94%. Sin embargo, al observar el crecimiento por grupos de edad el comportamiento es distinto de acuerdo a cada uno de ellos.

Indice de crecimiento por grupos etáreos

Departamento Feliciano. Entre Ríos, 1991-2001



Fuente: Elaboración propia en base a datos de los Censos Nacionales de Población y Viviendas 1991-2001.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

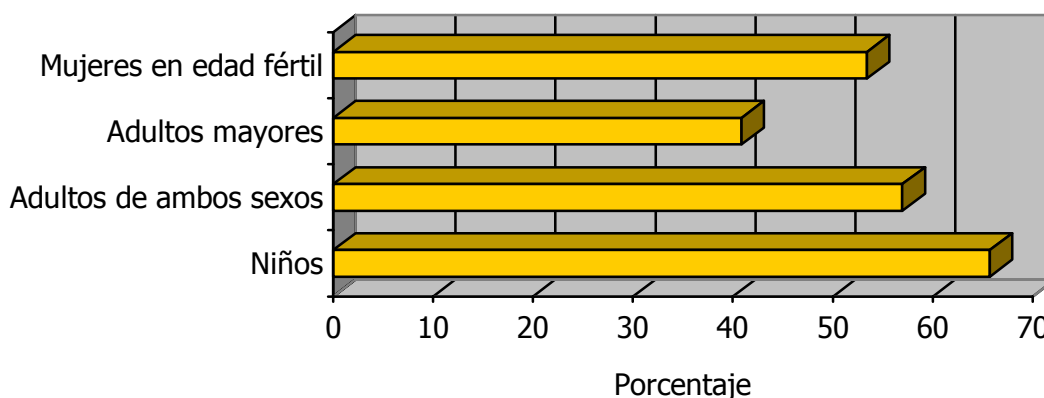
Estos datos evidencian el que el crecimiento mayor se ha dado por el incremento de los adultos varones, probablemente asociados a fenómenos migratorios. También ha aumentado la proporción de niños, asociada a una alta tasa de natalidad. Esta correspondió a 27,8% en 2002. la proporción de madres adolescentes alcanza a 22,2 % de los recién nacidos vivos. Sólo 5.6 % de los recién nacidos tienen bajo peso al nacer. La tasa de mortalidad infantil en 2002 fue de 17,7 ‰, mientras que la neonatal correspondió a 15,1 ‰. No hubo casos de mortalidad materna. La tasa de mortalidad general fue de 7,9. ‰.

El 34 % de los habitantes presenta NBI.

La población sin cobertura explícita de salud representa el 59, 22 % del total.

Porcentaje de población sin cobertura de salud por grupos de edad.

Departamento Feliciano. Entre Ríos, 2001.



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del Censo Nacional 2001.

Más del 65% del total de los niños carece de cobertura, mientras que los adultos descubiertos alcanzan 57 %, a predominio de los hombres. Sin embargo, los adultos mayores sin cobertura sólo superan el 40 %.

A fines de 2002 había 3090 habitantes del departamento con cobertura de IOSPER, 2.503 beneficiarios de obras sociales nacionales y 711 de PAMI. La población sin cobertura de la seguridad social alcanzaba a 8.200 personas aproximadamente. De acuerdo a la información suministrada por Cirme Salud, la empresa de medicina prepaga de mayor desarrollo en la provincia, no tienen asociados en este departamento.

El departamento está dividido políticamente en un municipio de 11.042 habitantes. A su vez parte de la población rural se agrupa en 9 Juntas de gobierno, que suman 2590 habitantes. El resto de la población rural alcanza a 876 personas.

En la ciudad cabecera del departamento, San José de Feliciano, se encuentra el Hospital Francisco Ramírez, de nivel III de complejidad. Anexo al Hospital funciona un hogar de ancianos. En la comuna también se encuentran 3 centros de atención primaria provinciales. En el interior del departamento hay 7 centros de atención primaria provinciales. No hay establecimientos privados de internación. Hay 6 médicos que son agentes de la provincia, de los cuales 4 son asociados de la Federación Médica, pudiendo desarrollar la atención de pacientes de la seguridad social. Todos se desempeñan en

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

medicina general, y uno de ellos se orienta hacia tocoginecología. Hay 2431 habitantes por médico que se desempeña en el sector público. De acuerdo a datos de la Secretaría de Recursos Humanos de la Provincia, a junio de 2003 se desempeñaban en el departamento además de los ya citados profesionales, 3 obstétricas, 1 bioquímico, 1 farmacéutico, 1 odontólogo, 1 técnico en laboratorio y 1 técnico radiólogo. No hay enfermeras con título terciario ni universitario. Se desconoce la cantidad de enfermeras empíricas.

Durante 2002 hubo una tasa de utilización de consultas en sector público de 2,14 por habitante y por año.

Del total de consultas, 77,25 % se realizó en el hospital. Este establecimiento cuenta con 82 camas, aunque el promedio de camas disponibles durante 2001 fue de 76. el porcentaje ocupacional fue de 50 %, con un promedio de 2,3 días de estada. Durante 2002 hubo 2229 egresos. De acuerdo a la información suministrada más de la mitad correspondió a internaciones clínicas, una cuarta parte a obstetricia y 18 % a pediatría. Se realizaron 356 partos, de los cuales sólo 5 % fue patológico.

El hospital Ramírez no es de gestión descentralizada, sin embargo puede facturar prestaciones a IOSPER. De acuerdo a datos suministrados por la Secretaría de Salud, durante 2002 facturó 2657,85\$ en concepto de prácticas ambulatorias y cobró por ellas 1847,40\$. No se dispone de los datos de la facturación de internaciones, aunque por este concepto se cobró 34.646,23\$ en el mismo año.

El hospital trabajaba en coordinación con los centros de atención primaria, organizando un equipo de personal del hospital que iba a cada uno de los centros con frecuencia semanal.

Se debería desarrollar una red de complejidad creciente. Para tal fin habrá que desarrollar una red que se extienda hacia otros departamentos, como Federal o Concordia, dado la infraestructura de cada uno. En Feliciano se cuenta con un Hospital de nivel III de complejidad, mientras que Federal cuenta con uno de nivel IV y dos clínicas privadas de categoría IV. Concordia cuenta con el Hospital regional de nivel VI y a su vez tiene establecimientos privados de distinta complejidad, pudiendo desarrollar prestaciones complejas.

El acceso a los servicios se iniciará a través del médico de cabecera, del servicio de Emergencia o del equipo de Atención Primaria. Este estará compuesto por un médico, un agente sanitario, una enfermera, y de acuerdo a las características de la zona de atención, cada determinada cantidad de equipos de atención primaria, habrá pediatra, tocoginecólogo, odontólogo, servicio de laboratorio y diagnóstico por imágenes.

Como en el Seguro de Salud de la provincia de Santa Fe, sería conveniente comenzar con población asignada al equipo de Atención Primaria para llegar paulatinamente a la libre elección. Cada equipo de Atención Primaria contará como máximo entre 300 y 400 familias asignadas.

Sistema de monitoreo y control

El funcionamiento del sistema será monitoreado y controlado por el Centro de control gerencial del Seguro a través de un tablero de comando que incluye los siguientes indicadores.

1. Médico de cabecera: Beneficiarios bajo cobertura con historia clínica abierta, tasa de uso de consultas, prescripción de medicamentos por consulta,

*"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas.
Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."*

2. Uso del sistema: Consultas por beneficiario por año, Egresos por beneficiario por año. Promedio días de estada.
3. Costos: Costo capitarario. Costo ambulatorio por beneficiario por mes y por año, costo por internación por beneficiario por mes y por año
4. Resultados: TMI, porcentaje de niños con vacunación completa, porcentaje de embarazadas con controles prenatales completos, grado de satisfacción del usuario, Comparación entre localidades y entre efectores públicos y privados.

Como parte de la estrategia se diseñarán encuestas de satisfacción de usuarios y auditorías en terreno.

3. Metas

En la zona piloto, al año:

- 80% del población empadronada.
- 3 consultas por beneficiario por año.
- 80% de los niños con esquema de vacunación completo.
- 80 % de las embarazadas con controles prenatales completos.
- Red de complejidad creciente articulada y coordinada.

Otras metas, al año.

- Marco normativo sancionado.
- Convenios y contratos de gestión firmados o en negociación.
- Reaseguro de patologías de baja frecuencia y de alto costo.
- Circuitos administrativos en funcionamiento.
- Modelo prestador integrado.
- Cronograma de incorporación de las localidades del resto de la provincia.

Verificación de la sustentabilidad económica financiera del seguro.

6. Conclusiones y reflexiones finales

La estrategia propuesta podrá ser viable políticamente en la medida que se establezca la participación y el consenso de los actores del sistema. Tendría que ser ejecutada como política de Estado a largo plazo, debiendo ser sustraída de las contingencias políticas circunstanciales para lograr su total ejecución.

La propuesta es factible técnicamente, pero sería indispensable el apoyo técnico extraprovincial dada la escasez de recursos humanos capacitados en la jurisdicción para llevar a cabo su diseño e implementación.

Hay que considerar que grandes variaciones económicas financieras, en el mercado de trabajo, en el perfil epidemiológico o en la composición de la población, entre otros factores exógenos, pueden complicar el desarrollo de la estrategia propuesta.

La estrategia que se propone está conformada por múltiples componentes, entre los cuales se destacan el reordenamiento del sistema, el fortalecimiento de las funciones de rectoría, regulación y control del Ministerio de Salud Provincial, la eficientización del sector público, la integración público-privada y la implementación de un Seguro Provincial de Salud.

Se parte de una línea de base con los indicadores enumerados en la metodología que se estima serán mejorados por la implementación de la estrategia propuesta, orientada hacia la mejora de la eficacia a través del desarrollo de políticas de salud intersectoriales, de garantizar la calidad de la atención médica y de producir un sistema que posibilite atención oportuna y suficiente. La equidad se mejorará con políticas tendientes a asignar recursos de acuerdo a las necesidades de salud de la población, a eficientizar el sector público, a reordenar el sistema de salud de manera de distribuir adecuadamente los recursos, a reducir las barreras de acceso y fundamentalmente a universalizar la cobertura explícita, de manera que los habitantes puedan ejercer su derecho y el Estado garantice los recursos para que se haga efectivo.

La equidad y la eficacia del sistema de salud con alcance universal son los propósitos últimos del sistema, aquellos que determinan su misión. Para poder ser cumplidos en la práctica es necesario enmarcarlos en el óptimo uso de los recursos disponibles. Es necesario prever que el sistema pueda seguir funcionando adecuadamente en el futuro, que sea sustentable, previendo variaciones en el gasto y en los ingresos. Eficientizar el sistema, reasignando recursos para la optimización de su uso es un elemento fundamental en este proceso.

La implementación de un Seguro Provincial de Salud es una herramienta clave en la estrategia propuesta, pero no sería adecuada si no estuviera precedida por los demás componentes. El Seguro de Salud, una vez implementado, deberá presentar adaptaciones: es necesario tener en cuenta que deben preverse en el futuro el remplazo paulatino de los fondos provenientes del trabajo por otros menos contracíclicos. También hay que tener en cuenta que la previsibilidad de algunos eventos en el futuro podría afectar su asegurabilidad. El desarrollo del genoma humano también afectará las condiciones de asegurabilidad de algunos individuos por su propensión a sufrir determinadas patologías, debiendo ser protegidos por el Estado en razón de garantizar la equidad del derecho a la salud. A su vez las patologías propias de la senectud podrían ser cubiertas con un fondo específico de tipo previsional en razón de ser incrementales en relación a la edad y no un hecho fortuito que pueda ser asegurado.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

A pesar de las desgraciadas situaciones provocadas por la crisis argentina, ésta puede ser vista como el punto de partida para iniciar las reformas necesarias en el sistema de salud con el fin de lograr el alcance de sus principios, valores y propósitos.

La crisis del sistema de salud argentino tiene características propias y otras compartidas con otros países, por algunos fenómenos generalizados a nivel mundial, como el envejecimiento poblacional y la aparición de nuevas tecnologías. Sin embargo, debido a la condición federal del país y la diversidad de las características poblacionales y organizacionales de los sistemas provinciales de salud, así como las distintas necesidades, dificultades y preferencias de cada jurisdicción en este terreno, hacen necesario que las reformas surjan desde las diferentes realidades provinciales, coordinadas por el Ministerio de Salud de la Nación. Los Estados provinciales, al manejar un universo más restringido que el nacional, están en condiciones de elaborar respuestas más adecuadas a la extraordinaria complejidad del problema del futuro del sistema de salud argentino. La diversidad de las provincias puede generar el desarrollo de un verdadero laboratorio de respuestas que podría permitir, a través de la coordinación del Consejo Federal de Salud, el progresivo diseño de la respuesta óptima a los problemas de salud de la realidad argentina.

7. Bibliografía

- ABADIE, J. P. "Financiamiento de los hospitales públicos y énfasis en "Programas Prioritarios" o reforma sustantiva de nuestro sistema de atención?" *Revista Medicina y Sociedad*. 22 : (3 y 4), 116-119. Julio-diciembre, 1999.
- ABEL SMITH, B. "Tendencias mundiales en el financiamiento de la salud", en
- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD. " Quintas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. La Economía de la Salud en la Reforma del Sector". Buenos Aires. Isalud. 1996. 346 páginas.
- ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD. " Novenas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Salud, equidad y desarrollo económico". Buenos Aires. Isalud. 2000. 279 páginas.
- AUVRAY, L; S. DUMESNIL Y P. LE FUR "Santé, soins et protection sociale en 2000". Paris. Centre Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. Bulletin d'information en économie de la santé. N° 46, diciembre de 2001.
- BANDRÉS, E. "El futuro del gasto público en el estado de bienestar" *Salud para todos*. 90, 6-9. Marzo, 2001.
- BLOCH, C. "Análisis del proceso de reforma de la atención médica en el marco de los cambios políticos, económicos y sociales producidos en los últimos quince años." Rosario. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. 1998. 48 páginas.
- BOBADILLA, J.L.; P COWLEY; P. MUSGROVE; H. SAXENIAN. "Design, content and financing of an esencial national package of health services." En: WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Bulletin of the World Health Organization". Ginebra. Organización Mundial de la Salud. 1994. 72 (4). pag. 653-662.
- BOISGUERIN, P.; C. GISSAT, L. AUVRAY y M. GRIGNON. "Opinions sur la couverture maladie universelle et bénéficiaires au premier trimestre 2000". Paris. Centre Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. Bulletin d'information en économie de la santé N° 38, julio de 2001.
- CETRANGOLO, O. "Análisis del gasto provincial en salud y diseño de seguros provinciales de salud". Buenos Aires. Documento de trabajo. Programa Sectorial de emergencia social. Banco Interamericano de Desarrollo - Gobierno Argentino. Enero de 2003.
- DIAZ-MUÑOZ, A. R.; M. LEVCOVICH; L. LIMA QUINTANA; S. RAMOS. "Sistemas de salud en proceso de reforma". Buenos Aires. OPS. 1994. 178 páginas.
- DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS. "Ingreso" *Boletín Estadístico de la DEC*. (2. Páginas 7 y 8. octubre de 2002.
- DIXON, A. y E. MOSSIALOS, ed. "Health care systems in eighth countries: trends and challenges." Londres. The European Observatory on Health Care Systems. 2002.113 páginas.
- DOURGNON, P. ; M. GRIGNON y F. JUSOT. " L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé? Une revue de litterature." Paris. Centre Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. Bulletin d'information en économie de la santé N° 43, diciembre de 2001.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

- EVANS, R. "Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry". En: VAN DER GAAG, J. PERLMAN ,ed. "health, economics and health economics. Amsterdam. Apud OECD. 1992.
- FIELDS, M. "L'évolution comparée des systèmes de santé: convergences, diversité et recoupements". *Médecine et Hygiène*. (46) 422-430. 1988
- FREIRE, J. M. " La gestión de las prestaciones sanitarias en la seguridad social". *Revista de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social* (5) 107-136. 1999.
- GOODMAN, J. C. y G. L. MUSGRAVE. "Twenty myths about National Health Insurance". Dallas. National Center for Policy Analysis. 1991. 88 páginas. NCPA Policy Report N° 128.
- GONZÁLEZ GARCÍA, G. "Crisis sectorial y desafíos políticos del federalismo sanitario", en ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD. "Undécimas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. El federalismo fiscal y sanitario. Avances y tendencias". Buenos Aires. Isalud. 2003. 265 páginas.
- GONZÁLEZ GARCÍA, G., ed. "Encuentro Internacional sobre seguro público de salud". Buenos Aires. Isalud. 1998. 214 páginas.
- GONZÁLEZ GARCÍA, G. y F. TOBAR. "Más salud por el mismo dinero. Bases para la reforma del Sistema de Salud en la Argentina". Buenos Aires. Grupo Editor Latinoamericano – Isalud. 1997. 304 páginas.
- GONZÁLEZ GARCÍA, G. "Modelos de organización de los modelos de salud en IV jornadas internacionales de la economía de la salud: equidad, eficiencia y calidad." Bs. As, Isalud 1995 Pág. 71-92
- GONZÁLEZ GARCÍA, G. "La relación estado-mercado" en: GONZÁLEZ GARCÍA, G., ed. "III Jornadas Internacionales de economía de la salud". Buenos Aires Asociación de economía de la salud. 1995. Págs. 29-49.
- GONZÁLEZ ROSSETTI, A. y T. BOSERT. "Orientaciones para mejorar la factibilidad política de la reforma en salud en Latinoamérica". Iniciativa para la reforma del sector salud en Latino América y el Caribe. 2000. 10 páginas. N ° 37
- GOSIS, J. B. G." Formulación e implantación de un programa de asistencia sanitaria y social en la provincia de Catamarca" *Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental*. 17. Salud y Política de Estado. Buenos Aires. Otoño de 2001. Asociación de Administradores Gubernamentales.
- GREEN, D. G. "Propuestas para una política social dentro de la estructura de la organización de cooperación y de desarrollo económico en alternativas de reforma para la sanidad pública. Círculo de empresarios. Boletín 63. Diciembre de 1998. Páginas 29- 78
- INFANTE, A.; P. ISAZA y P. RUIZ. "Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales de salud". Washington. Organización Panamericana de la Salud. 1996.133 páginas. Serie de Informes Técnicos N° 6
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. " Entre Ríos. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Resultados Definitivos. Características Generales" Buenos Aires. INDEC. 1994. 61 páginas. Serie C.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. "Situación demográfica de la provincia de Entre Ríos." Buenos Aires. INDEC. 1998. 88 páginas. Serie análisis demográfico, 18.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. "Situación y evolución social provincial. Síntesis N ° 4" Buenos Aires. INDEC. 1998. Tomo 1.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. "Situación y evolución social provincial. Entre Ríos. Síntesis N° 1" Buenos Aires. INDEC. 1996. 121 p
- KATZ I. "Articular el sector público con el privado es primordial para la salud" *Revista Médicos Medicina Global*. Año 4, (20), 2001. 32-33
- KATZ, J. y A. MUÑOZ "Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad". CEAL- CEPAL. Buenos Aires.1988.
- KLEIN, R. "Britain's National Health Service Revisited" *New England Journal of Medicine*. 350 (9): 937-42. 26 de Febrero, 2004.
- KNOWLES, J. C.; C. LEIGHTON y W. STINSON. "Indicadores de medición de desempeño del sistema de salud". Bethesda. Iniciativa Regional para la Reforma del Sector salud en América Latina y el Caribe. 1997. 51 páginas.
- LA FORGIA, G. Y R. GUTIERREZ "El modelo de seguridad social nicaragüense en transición" *Informando & Reformando* (10) 10-12. Octubre- Diciembre 2001
- LEGRAND, J. "Equidad, salud y atención sanitaria". En: Salud y equidad, VIII Jornadas de Economía de la Salud. Las Palmas de Gran Canaria. 25, 26 y 27 de mayo de 1988. Ministerio de Sanidad y Consumo
- MACEIRA, D. "Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud en América Latina y el Caribe". Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. 2001.42 páginas. Edición especial 3.
- MACEIRA, D. "Fragmentación e incentivos en los sistemas de atención de la salud en América Latina". Washington D. C. Banco Interamericano de Desarrollo.1996. Documento de trabajo N° 335. Oficina del Economista Jefe.
- MARQUES, R. M. "O financiamento do sistema público de saúde brasileiro". Santiago de Chile. Naciones Unidas. Proyecto CEPAL/GTZ: Reformas a los sistemas de salud en América Latina. 1999. 67 páginas. Serie Financiamiento del desarrollo, 82.
- MATUS, C. "Política, planificación y Gobierno". Caracas. IVE-PLAN. 1985.
- MERA, J, y J. BELLO "Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina. Una introducción" Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. Publicación N° 56, agosto de 2003. 215 páginas.
- MESA-LAGO, C. "Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe". Washington. Interamerican Foundation- Organización Panamericana de la salud. 1992. 257 páginas. Publicación Científica N° 539.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Indicadores básicos Argentina 2003". Buenos Aires. 2003.
- NERI, A. "La reforma del sistema de salud". Revista *Cuadernos Médico Sociales*, (77), páginas 5-17, 2000.
- NICHOLLS, J. "Salud en la Argentina: Desigualdades y oportunidades". Revista *Médicos. Medicina global*. Año III (16) páginas 16-21. 2001
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión regional tripartita. "Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe". México. OIT-OPS. 1999. 35 páginas.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión regional tripartita. "Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe". México. OIT-OPS. 1999. 28 páginas.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas.

Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

-
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión regional tripartita. "El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud". México. OIT-OPS. 1999. 29 páginas.
 - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión regional tripartita. "Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud". México. OIT-OPS. 1999. 44 páginas.
 - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD- FUNDACIÓN ISALUD. "Análisis comparado de las políticas de la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de América Latina y el Caribe". México. OIT-OPS. 1999. 351 páginas.
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Hoja-resumen sobre desigualdades en salud. Argentina." Washington. OPS. 2001. 19 páginas.
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Situación de la equidad en Salud, Argentina" Washington. OPS. 1999.
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y PARLAMENTO LATINOAMERICANO. "I Reunión de la Comisión Permanente de Salud, Trabajo y Seguridad Social del Parlamento Latinoamericano 24,25,26 y 27 de marzo de 1992. La Habana, Cuba" En: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y PARLAMENTO LATINOAMERICANO. "Resoluciones de las reuniones de la Comisión Permanente de Salud, Trabajo y Seguridad Social del Parlamento Latinoamericano 1992-1995". Washington. OPS-Parlatino. 1996. Páginas 1 y 2.
 - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y PARLAMENTO LATINOAMERICANO. "Sugerencias básicas de contenido para la elaboración de un proyecto de ley de organización del sistema de salud" En: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y PARLAMENTO LATINOAMERICANO. "Propuestas elaboradas por la Comisión Permanente de Salud, Trabajo y Seguridad Social del Parlamento Latinoamericano 1992-1995". Washington. OPS-Parlatino. 1996. Páginas 30 y 31.
 - PRIETO MOLANO, "Alternativa de financiamiento en salud en Colombia. Una forma simbiótica entre lo público y lo privado". O.P.S. 2002
 - PROGRAMA DE RECONVERSIÓN DEL SISTEMA DE SEGUROS DE SALUD. "Resultados del primer taller de Seguro de salud para población no asegurada". Buenos Aires, noviembre de 2001. 93 páginas.
 - RICCI, C. H. "La enfermedad de la atención médica de los argentinos" Revista *Medicina y Sociedad*. 22 : (3 y 4), 120-126. Julio-diciembre, 1999.
 - ROVIRA, J.; R. RODRÍGUEZ-MONGUIO y F. ANTOÑAZAS "El conjunto de prestaciones de salud: Objetivos, diseño y aplicación". Washington. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, 2002. 116 páginas. Edición especial N° 8
 - RON, A. "Planning and implementing Health Insurance in developing countries: guidelines and case studies". Ginebra. World Health Organization. 1993. 143 páginas. Serie "Macroeconomics, Health and Development" N° 7
 - SCHKOLNIK, S., Y E. PANTELIDES. "Los cambios en la composición de la población" en "La población de Argentina", INDEC, Serie Investigaciones Demográficas N° 1, Buenos Aires.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

- SIEMPRO "La afiliación a sistemas de salud". Buenos Aires. Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente. Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de vida. Octubre de 2000.
- SOTELO, J. "Federalización y descentralización del sector salud" en ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD. "Undécimas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. El federalismo fiscal y sanitario. Avances y tendencias". Buenos Aires. Isalud. 2003. 265 páginas.
- TOBAR, F. Herramientas para el análisis del sector salud". *Medicina y sociedad*. Buenos Aires. 2001
- TOBAR, F., et al. "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo". Buenos Aires. Isalud. 2002. 76 páginas.
- TOBAR, F. "Los seguros de salud en Argentina". *Énfasis salud* año IV, (6), noviembre- diciembre. 2000. Págs. 20-41
- TOBAR, F. "El futuro de la salud en la Argentina" *Revista Médicos Medicina Global*. Año 4, (20), 2001. 36-37
- TOBAR, F. Y G. GONZÁLEZ GARCÍA. "Inversiones en salud en la República Argentina" en "Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud" Buenos Aires. 1995.
- TORRES, R. "La reforma de los sistemas de salud en Iberoamérica. El caso Colombia" En: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL PARA IBEROAMÉRICA. Isalud- Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- VASALLO, C. "La relación fiscal Nación-Provincias y su impacto en salud", en ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD. "Undécimas Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. El federalismo fiscal y sanitario. Avances y tendencias". Buenos Aires. Isalud. 2003. 265 páginas.
- VASALLO, C. "Los cambios en el sector salud y los prestadores" *Revista Médicos Medicina Global*. Año 4 (20). 2001. 34-35.
- VASALLO, C. Y E. BASCOLO. "De la fragmentación a la integración del sector salud: una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista". *Salud para todos*. (104). 10-22. Junio de 2002.
- VASALLO, C. "El consenso como motor de las reformas de salud". Disponible on line en: <http://www.buenafuente.com/bf/lenota.asp?idNota=4219>
- VENTURA, G. "Impacto de la reducción de los costos laborales sobre el sistema de salud". Programa de Investigación Aplicada. Isalud. Disponible on line en: <http://www.isalud.org/htm/index3.htm>
- VILOSIO, J. y R. PEREYRA. "Seguro Provincial de Salud. Aportes para la construcción de un Seguro Público de Salud para todos los rionegrinos". Viedma. Gobierno de Río Negro, 1997. 81 páginas

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Anexo I

Mapa de la República Argentina



"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Anexo II

Mapa de la Provincia de Entre Ríos



Anexo III

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS

Aspectos relevantes de la Provincia de Entre Ríos

1.1. Características Generales

La Provincia de Entre Ríos está ubicada en la región Noreste del país, en la zona del litoral, formando parte de la Mesopotamia. Tiene una superficie de 78.781 km². Está rodeada por dos grandes ríos, el Paraná y el Uruguay, en cuyas costas se concentra la mayor parte de la población. Al norte, el río Guayquiraró, el arroyo Basualdo, el arroyo Las Tunas y el río Mocoetá constituyen el límite con la Provincia de Corrientes. El río Paraná la separa de la provincia de Santa Fe al oeste, y de la provincia de Buenos Aires al sur. Al este limita con la República Oriental del Uruguay, a través del río Uruguay.

El túnel subfluvial Hernandarias vincula Paraná, la capital de la provincia, con la ciudad de Santa Fe. El complejo Zárate Brazo Largo comunica Entre Ríos con la provincia de Buenos Aires. Los puentes Gualeguaychú-Fray Bentos, Colón-Paysandú y la represa Salto Grande, que vincula Concordia y Salto, son los puntos de unión que tiene la Provincia con la República Oriental del Uruguay. La ciudad de Victoria está unida con Rosario, provincia de Santa Fe, a través de un puente sobre el río Paraná.

La provincia se extiende sobre una llanura con suaves ondulaciones denominadas cuchillas, con un suelo muy rico para el desarrollo de la agricultura y la ganadería. El clima es de transición entre subtropical a templado, con abundantes precipitaciones durante todo el año.

La provincia de Entre Ríos tiene una forma de gobierno republicana representativa, determinada por la Constitución provincial de 1933. El gobierno se divide en los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. El poder ejecutivo está encabezado por el gobernador de la Provincia, del que dependen 3 ministerios, secretarías y subsecretarías. La salud se ejecuta a través del Ministerio de Salud y Acción Social, del que depende la Secretaría de Salud. El poder legislativo es bicameral.

La provincia se divide en 17 departamentos. Cada uno de ellos tiene una ciudad cabecera. La provincia cuenta con 73 municipios que se dividen en Municipios de 1º y de 2º categoría según la cantidad de habitantes. A su vez las poblaciones rurales se agrupan en 191 Juntas de Gobierno las que se dividen en 4 categorías de acuerdo a su población.

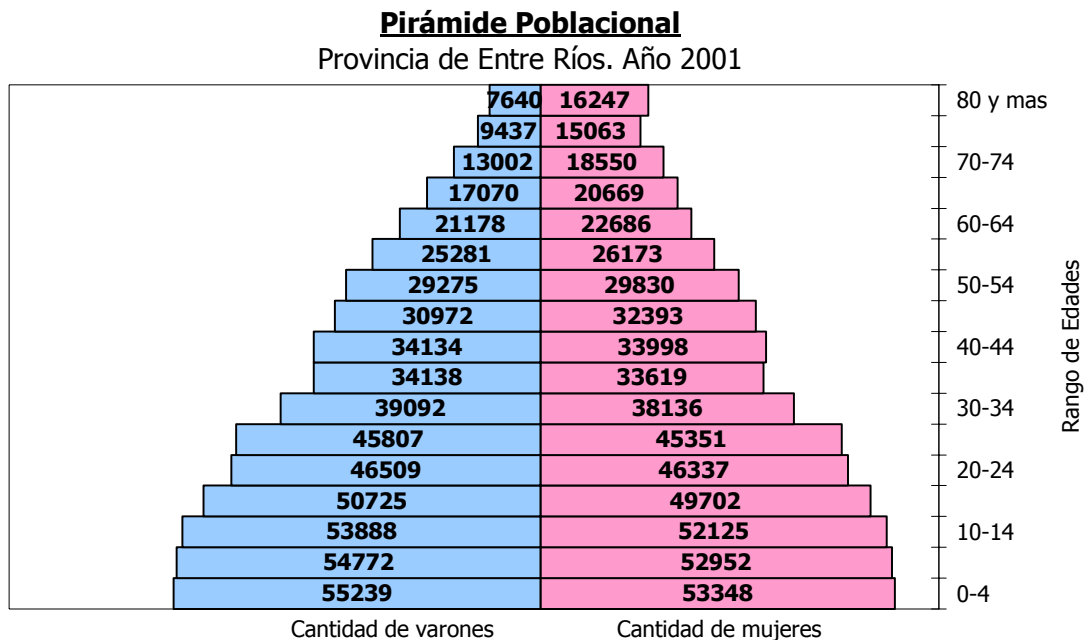
El Producto Bruto Geográfico en 1998 fue de 5.840 millones de pesos.

La economía se asienta fundamentalmente en la producción agroindustrial de tipo pampeano (cereales, oleaginosas, carnes), arroz, pollos, cítricos y rollizos de madera para exportación, principalmente de eucaliptus. La industria se centra principalmente en productos alimenticios.

1.2. Aspectos poblacionales

En 2001 la población de la provincia era de 1.158.417 habitantes. La densidad de población es de 14,7 habitantes por km². La tasa de crecimiento medio anual se calculó en 7,26 por mil habitantes, siendo una de las más bajas comparada con las demás provincias argentinas.

La tasa de crecimiento del departamento Federación fue francamente superior que el resto de las jurisdicciones. Allí hubo un marcado crecimiento de los adultos, lo que podría relacionarse con procesos inmigratorios por el desarrollo de emprendimientos turísticos. Por el contrario hubo departamentos cuyo índice de crecimiento no alcanzó a 2 dígitos. Tal es el caso de Nogoyá, Islas del Ibicuy, Tala, La Paz y Uruguay. Debe considerarse en estos casos la posibilidad de migraciones hacia otros departamentos o provincias. Estas diferencias deben considerarse en la planificación para la asignación de recursos y en el diseño de políticas e inversiones a mediano y largo plazo.



Fuente: Dirección de Estadísticas y Censos. Gobierno de la Provincia de Entre Ríos

La población menor de 15 años corresponde a 29,23% del total, mientras personas de 65 años y más representan 9,71%. La población entrerriana tiene entonces una importante proporción de adultos mayores, y un porcentaje de jóvenes ligeramente superior al promedio nacional (27,74 % y 9,69 % respectivamente).

Dentro de la provincia de Entre Ríos, a su vez hay departamentos con poblaciones marcadamente envejecidas como Diamante y Uruguay, y en menor medida Colón, Nogoyá, Tala y Victoria. En estas jurisdicciones la proporción de niños es baja comparada con los demás departamentos. Por el contrario, hay departamentos con gran proporción de niños y menor peso de adultos mayores. Tal es el caso de Concordia, Feliciano, La Paz, Islas del Ibicuy, Federación, Federal, Villaguay y San Salvador. En tales zonas es necesario focalizar al planificar políticas de salud materno infantiles, de procreación

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

responsable, y campañas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, en especial de enfermedades de transmisión sexual.

La tasa de natalidad fue en 2000 igual a 20,8 nacidos vivos ‰, mientras que la de fecundidad corresponde a 2,67 hijos por mujer en edad fértil. Si bien estas cifras superan ligeramente la media nacional, muestran una tendencia decreciente en los últimos años. Las mayores tasas de natalidad por residencia se sitúan en los departamentos del norte entrerriano (Feliciano, Federal, La Paz) y en Islas del Ibicuy.

La población urbana corresponde a 77,6% del total. Más de la mitad de la población urbana se asienta en Paraná y, en la costa del Uruguay, en las ciudades de Concordia, Gualaguaychú y Concepción del Uruguay. De todos modos hay una gran cantidad dispersa en ciudades más pequeñas y pueblos. Esta dispersión hace necesario el desarrollo de una amplia red de servicios para lograr un adecuado acceso de los habitantes a los establecimientos de salud, así como un adecuado sistema de comunicación, traslados, referencias y contra referencias.

La esperanza de vida al nacer corresponde a 71,61 años y es ligeramente inferior al promedio nacional (71,93 años).

1.3 Indicadores socioeconómicos

Hay grandes diferencias departamentales en cuanto a variables poblacionales y socioeconómicas.

En 1991 la población económicamente activa (P.E.A.) era 53,91% del total de entrerrianos. El 94% de la P.E.A. estaba ocupada. La población no económicamente activa estaba compuesta por 30% de jubilados y pensionados, 20 % de estudiantes y el resto por personas en otra situación. Hasta el momento no se dispone de estos datos actualizados por el Censo de 2001.

En la provincia, la Encuesta Permanente de Hogares (E.P.H.) se realiza en Paraná y Concordia, únicas ciudades de más de 100.000 habitantes. A través de ella se obtienen las tasas de actividad, empleo, desocupación y subocupación demandante.

Tasa de actividad, desocupación y subocupación demandante según jurisdicción

Entre Ríos, mayo de 2.003

	T. de actividad	T. de desocupación	T. de subocupación demandante
Gran Paraná	37,55 %	13,6 %	7,2 %
Concordia	36,89 %	14,9 %	14,5%

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, INDEC.

Históricamente, Concordia mostró cifras inferiores de actividad y empleo que la ciudad capital de la provincia. En los indicadores correspondientes al período 1998-2001, el dato más relevante es el aumento de la desocupación. En octubre de 2002 la tasa de desocupación en Paraná fue 13,6 % y en Concordia, de 14,9 %.

La distribución del ingreso se puede observar en los datos de la E.P.H. En mayo de 2003 el 10 % más pobre de los hogares no alcanza a recibir 2% del ingreso del total de los hogares. En el Gran Paraná alcanzan un promedio de 128\$ mensuales, mientras que en Concordia esta cifra corresponde a 94 \$. El 10 % más rico de los hogares recibe más de

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

30 % del ingreso total. Los ingresos promedio de estos hogares superan ligeramente los 2.000 \$.

La pobreza puede considerarse a través de 2 tipos de indicadores. Por una parte, la línea de pobreza y la línea de indigencia, que se desarrollan en base a una canasta básica de bienes y servicios en el lugar donde se efectúa la E.P.H. Refleja únicamente la situación de Gran Paraná y Concordia. Aquellos que no pueden acceder por sus ingresos al valor de ambas canastas están por debajo de la línea de pobreza y se consideran pobres. Quienes no acceden ni siquiera a la canasta básica de bienes, dado que sus ingresos no son suficientes para alcanzarla, se consideran indigentes. En estos indicadores se observa especialmente la población pauperizada, es decir los denominados "nuevos pobres". El otro tipo de indicadores constituye lo que se denomina índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I.), que considera 5 características básicas en cuanto a la vivienda (condiciones de la misma, acceso a servicios sanitarios, hacinamiento por cuarto), asistencia escolar en niños y nivel educativo e ingresos del jefe de familia. La información para la construcción del indicador se obtiene de los Censos Nacionales. Mide fundamentalmente pobreza estructural.

En un estudio realizado conjuntamente por organismos de los Ministerios de Desarrollo Social y de Economía se menciona que en octubre de 1995 el aglomerado Concordia presentaba 22% de hogares N.B.I., los que para el Censo de 1991 tenían un valor de 17%, indicando un sustantivo aumento de la pobreza en el lapso 1991-1995. El aglomerado Paraná registraba 13,7% de hogares con N.B.I.

Porcentaje de hogares y de personas bajo línea de pobreza

Entre Ríos. Mayo de 2003

Jurisdicción	% de Hogares	% de Personas
Gran Paraná	46,9 %	59,3 %
Concordia	63,6 %	73,4 %

Fuente: E.P.H. Dirección de Estadísticas y Censos, Provincia de Entre Ríos-INDEC.

La pobreza es un problema de gran magnitud en la provincia, y supera los valores promedio para la región pampeana determinada por el INDEC, donde se encuentra incluida Entre Ríos. Casi tres cuartas partes de los concordenses están bajo la línea de pobreza.

De la observación del índice compuesto Necesidades Básicas Insatisfechas en valores absolutos, obtenidos del Censo de 1991, se concluye que los departamentos de Paraná, Concordia y La Paz se encontraban en niveles críticos (entre los 100 departamentos con mayor índice N.B.I. del país).

En el último Censo se consignó que el 17,62 % de los entrerrianos tenía N. B. I. Casi la mitad de la población con N.B.I. se sitúa en los departamentos Concordia, Paraná y La Paz. Al asociar la población con N.B.I. sobre la población total de cada departamento obtenemos valores relativos. Estos nos permiten evaluar la proporción de población N.B.I. de cada departamento, independientemente de la densidad poblacional. Así vemos que Islas del Ibicuy, Feliciano y Federal tienen más de 30 % de su población con N.B.I.; La Paz, Concordia, Villaguay, Federación y San Salvador tienen índices que oscilan entre 20 y 29%.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Más de 40% de la población de las 2 mayores ciudades de la Provincia son provenientes de otra ciudad y cerca del 6 % migró en los últimos 5 años.

Número de habitantes analfabetos y con Necesidades Básicas Insatisfechas y porcentaje de los mismos sobre el total de la población según jurisdicción

Entre Ríos, 2001

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN NBI		POBLACIÓN ANALFABETA	
	TOTAL DE HABITANTES CON NBI	% SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN	TOTAL DE HABITANTES ANALFABETOS	% SOBRE EL TOTAL DE LA POBLACIÓN
COLON	7.002	13,4 %	722	1,7 %
CONCORDIA	40.140	25,7 %	4.060	3,3 %
DIAMANTE	5.597	13,0 %	1.094	3,0 %
FEDERACIÓN	12.301	20,5 %	1.760	3,7 %
FEDERAL	7.565	30,5 %	1.518	8,0 %
FELICIANO	4.943	34,0 %	787	7,3 %
GUALEGUAY	9.198	19,2 %	1.453	3,7 %
GUALEGUAYCHU	12.780	12,7 %	1.914	2,3 %
ISLAS DEL IBICUY	4.446	38,9 %	547	6,2 %
LA PAZ	19.496	29,6 %	3.029	6,0 %
NOGOYA	5.704	14,9 %	1.046	3,3 %
PARANA	35.913	11,3 %	4.581	1,7 %
SAN SALVADOR	3.237	20,1 %	558	4,6 %
TALA	4.284	16,7 %	776	3,7 %
URUGUAY	11.995	12,9 %	1.610	2,1 %
VICTORIA	6.342	18,8 %	1.280	4,6 %
VILLAGUAY	11.585	24,1 %	1.899	5,1 %
PROVINCIA	202.578	17,6 %	28.634	3,1 %

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas. Indec. 2001

Si bien el índice de analfabetismo es mayor que el del promedio nacional (3,1% y 2,6% respectivamente), Entre Ríos se encuentra en una posición intermedia entre las provincias. Dentro de la provincia este indicador es marcadamente superior en los departamentos Feliciano, Federal, La Paz e Islas del Ibicuy.

El Índice de Desarrollo Humano de la provincia de Entre Ríos en 1999 corresponde a 0,801.

2. Principales características epidemiológicas

2.1. Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad general de la provincia fue en 2002 de 7,3 por mil. La principal causa de mortalidad son aquellas no especificadas o mal definidas, seguidas por varias causas cardiovasculares, tumorales e infecciosas. Al discriminar la mortalidad por

*"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad,
la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas.
Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."*

causas, se observa que en la población entrerriana los tumores tienen tasas superiores al promedio nacional. Las causas cardiovasculares tienen una tasa bruta similar al promedio del país, pero es inferior cuando se determina la tasa ajustada por edad. Tanto las causas externas como las infecciosas tienen niveles bajos en relación a los nacionales. Los años de vida potencialmente perdidos (A.V.P.P.) por todas las causas fueron 779 por cada 10.000 habitantes.

Años de Vida Potencialmente Perdidos por causa de mortalidad

Entre Ríos. 2001

	Cardiovasculares	Tumorales	Infecciosas	Causas Externas	Todas
A.V.P.P.	93.88	133.85	45.67	137.76	778.83

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación – O. P. S. Indicadores Básicos. Argentina 2003

La mayor cantidad de A.V.P.P. en Entre Ríos se debe a causas externas. Es importante destacar que el número de A.V.P.P. es mayor en los suicidios que en otras causas externas.

En esta jurisdicción los tumores representan un causal de gran importancia en relación a la mortalidad prematura, a la inversa que las patologías infecciosas. La provincia tiene la mayor cantidad de A.V.P.P. por causas tumorales del país. A su vez la mayor cantidad de muertes prematuras en se debe a tumores.

Sin embargo, de acuerdo a los datos suministrados por la Secretaría de Salud de la Provincia, durante 2002 en Entre Ríos se registraron 8.329 muertes, de las cuales 3.343 fueron de personas menores de 70 años. La información de mortalidad por edad y por causa estaba codificada de acuerdo a la clasificación CIE-10. En base al procesamiento de estos datos en la provincia hubo 502 AVPP cada 10.000 habitantes. Este indicador varía en los departamentos de la provincia. Islas del Ibicuy, Tala, La Paz, Concordia, Victoria y Feliciano presentan las cifras más elevadas.

**Años de Vida Potencialmente Perdidos cada diez mil habitantes
según jurisdicción**

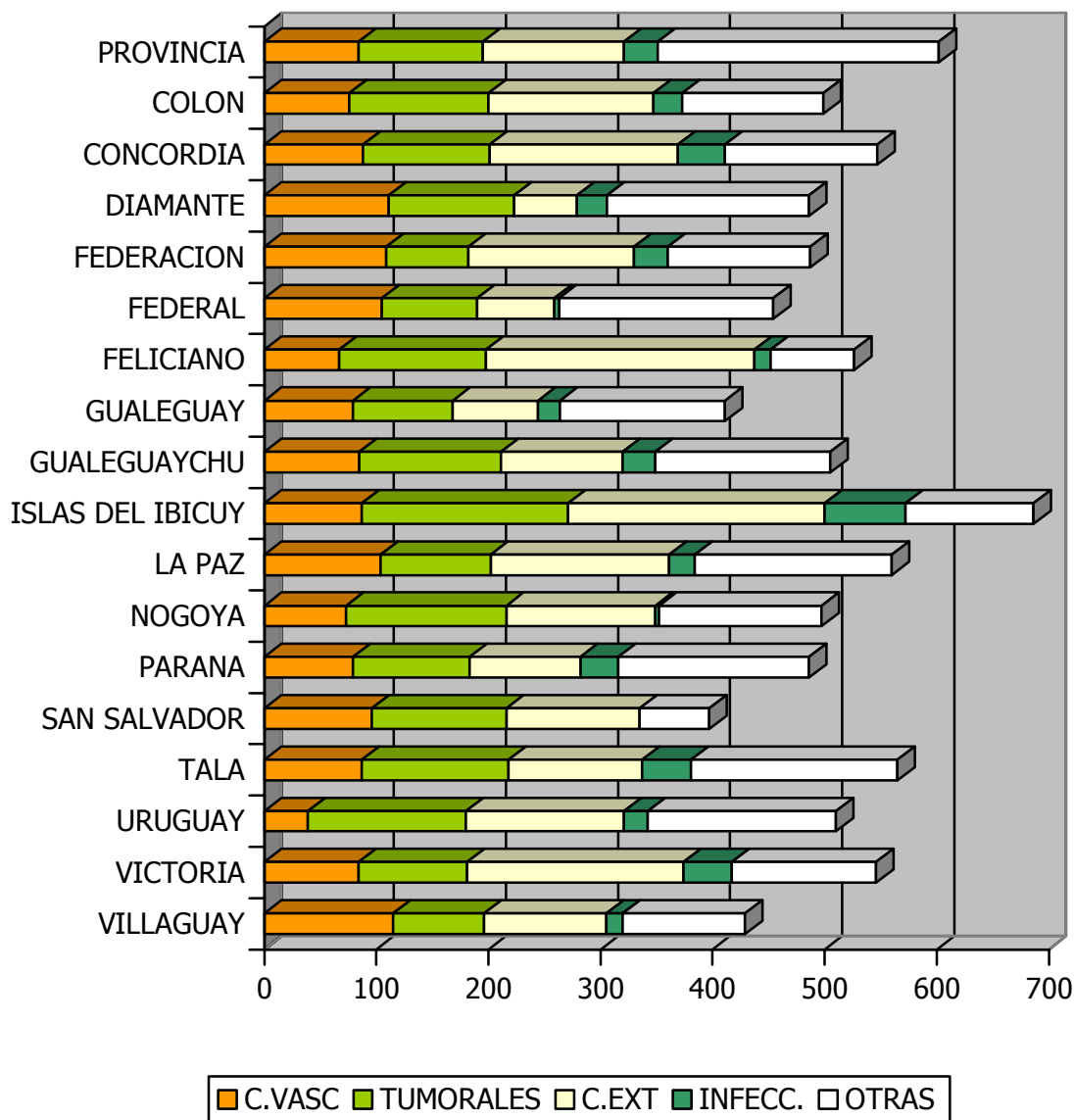
Entre Ríos, 2002

JURISDICCION	AVPP/10.000 h.	JURISDICCION	AVPP/10.000 h.
COLON	499	LA PAZ	560
CONCORDIA	547	NOGOYA	497
DIAMANTE	486	PARANA	486
FEDERACIÓN	487	SAN SALVADOR	397
FEDERAL	454	TALA	565
FELICIANO	526	URUGUAY	510
GUALEGUAY	411	VICTORIA	546
GUALEGUAYCHU	505	VILLAGUAY	429
ISLAS DEL IBICUY	686	PROVINCIA	502

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por la Secretaría de Salud de la Provincia

AVPP por causa de muerte según jurisdicción

Entre Ríos, 2002



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Secretaría de Salud de la Provincia.

La mayor cantidad de AVPP por causas cardiovasculares se da en Villaguay, Diamante Federación y La Paz. La mortalidad prematura por tumores es más acentuada en Islas del Ibicuy, Nogoyá y Uruguay. Las causas externas generan más AVPP en Feliciano y en Islas del Ibicuy. En este último departamento también se da la mayor mortalidad prematura por infecciones.

La tasa de mortalidad materna fue 1,8 por diez mil nacidos vivos en el año 2002.

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

En el año 2002 la tasa de mortalidad infantil fue de 15,6 por mil. Este indicador está conformado principalmente a expensas de la tasa neonatal. Las cifras de mortalidad post-neonatal y la de 1 a 4 años son más bajas que la media nacional. Concordia fue por mucho el departamento de con tasas de mortalidad infantil y neonatal más elevadas durante el año 2002 (28,2 ‰ y 22,7 ‰, respectivamente). La causa más frecuente de mortalidad infantil en 2002 fue síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. En el mismo año el 65% de las defunciones infantiles y 60 % de las neonatales fueron provocados por causas reducibles.

2.2 Indicadores de salud materno infantil

En el año 2001 el 99,8% de los nacidos vivos nacieron en establecimientos asistenciales. Más de 70 % de los nacimientos en la provincia durante 2002 se llevaron a cabo en establecimientos públicos.

Indicadores de salud materno infantil según jurisdicción

Entre Ríos, 2002

JURISDICCIÓN	T.M.I.	T. M. Neonatal	T.M. post-neonatal	T. de natalidad	% de recién nacidos de bajo peso al nacer sobre el total de nacidos vivos	% de recién nacidos de madres adolescentes sobre el total de nacidos vivos
COLON	13,9	9,2	4,7	16,37	6,2 %	17,6 %
CONCORDIA	28,2	22,7	5,5	20,95	9,1 %	19,0 %
DIAMANTE	5,6	2,8	2,8	16,01	8,0 %	18,8 %
FEDERACIÓN	19,5	17,9	1,6	20,35	8,3 %	18,6 %
FEDERAL	11,9	8,5	3,4	23,47	6,8 %	19,4 %
FELICIANO	17,7	15,1	2,6	27,08	5,6 %	22,2 %
GUALEGUAY	12,1	9,9	2,2	18,84	8,5 %	19,1 %
GUALEGUAYCHU	12,5	8,9	3,6	16,44	6,5 %	14,7 %
ISLAS DEL IBICUY	8,5	8,5	0,0	20,35	5,1 %	20,5 %
LA PAZ	15,0	8,2	6,8	22,11	6,8 %	17,1 %
NOGOYA	16,8	16,8	0,0	16,83	7,3 %	19,6 %
PARANA	12,7	7,9	4,8	17,73	7,8 %	14,9 %
SAN SALVADOR	8,8	8,8	0,0	21,05	6,8 %	17,1 %
TALA	8,6	6,5	2,1	17,8	7,4 %	17,8 %
URUGUAY	11,0	8,7	2,3	18,20	7,4 %	16,2 %
VICTORIA	14,3	11,1	3,2	18,38	9,1%	17,2%
VILLAGUAY	22,5	16,6	5,9	21,05	8,0 %	22,7 %
PROVINCIA	15,6	11,6	4,0	19,05	7,8 %	17,5 %

Fuente: Secretaría de Salud de la Provincia de Entre Ríos.

En 2001 los recién nacidos de bajo peso y de muy bajo peso tienen porcentajes menores que en el promedio del país. A la inversa, los porcentajes de madres menores de 15 y

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

menores de 20 años son más elevados que la media nacional. La mayor cantidad de recién nacidos tanto de bajo peso como de madres adolescentes corresponde a los departamentos de Paraná y Concordia.

Hay más de 20 % de madres adolescentes de los nacidos vivos en el año 2002 en Feliciano, Villaguay e Islas del Ibicuy, y valores que se mantienen altos en los departamentos del norte de la provincia.

En el año 2002 el mayor porcentaje de recién nacidos de bajo peso se dio en los departamentos de Concordia y de Victoria.

En 2000 la mayor parte de las muertes por bajo peso al nacer correspondieron a recién nacidos cuya madre era adolescente y primípara. En madres adolescentes 40,87% tuvieron hijos que pesaron menos de 3 kg al nacer. A su vez 32% de los fetos muertos provinieron de madres menores de 19 años.

2.3 Morbilidad

En el año 2002 en los establecimientos públicos sin internación se observó que la primera causa de consulta fue la hipertensión arterial. Las nueve causas de consulta siguientes pertenece a patologías banales. En la observación por departamentos es frecuente encontrar parasitosis como causa de consulta entre las 10 primeras. En el año 2000 en el departamento Concordia se incluyó desnutrición entre las 10 causas más frecuentes. En los establecimientos públicos con internación las enfermedades crónicas constituyen el 20% de los motivos de las consultas principales. La hipertensión arterial es desplazada como primera causa por infecciones banales.

El sector privado no realiza habitualmente una estadística sobre causas de consultas, pero proveyó la información suministrada a PAMI sobre las efectuadas por sus beneficiarios a los médicos de cabecera de la Provincia. En agosto de 2003 se realizaron 47.292 consultas. De acuerdo a causas seleccionadas por Pami, 28,19 % corresponde a hipertensión arterial, 9,01% a artrosis, 8,26% a diabetes, 5,92 % a cardiopatías, 1,24 % a enfermedad de Parkinson, y 1,24 % a neoplasias.

Al ser los partos la primera causa de egreso en la provincia en los hospitales públicos y relacionando con las tasas de natalidad y con los indicadores que se expusieron con anterioridad, se deja al descubierto un importante subregistro, o bien insuficiencia de atención, diagnóstico o tratamiento. Se observan también causas mal definidas o que no ameritan internación.

Las enfermedades de notificación compulsoria en 2003 continúan descendiendo, siguiendo la tendencia de los últimos años.

La diarrea aguda en menores de 5 años aún se mantiene elevada a pesar de un descenso sufrido en el 2000 y del brusco incremento sufrido en 2002.

La hepatitis, endémica en algunas zonas de la provincia, se ha comportado de diferente modo en los últimos 5 años: la tipo A tuvo un marcado incremento durante el año 2000 en el norte y centro de la jurisdicción, descendió en los dos años siguientes y tuvo brotes en 2003 en los departamentos Tala y Uruguay; La hepatitis sin especificar presentó una epidemia en 2001 en el departamento Concordia, y brotes durante 2003 en La Paz, Federal y Gualaguaychú. La hepatitis B presentó un incremento en Villaguay en el año 2000, y durante 2003, en Paraná, Gualaguay y Uruguay.

El número de casos de tuberculosis notificados durante 2003 permanece estable. El departamento Feliciano presentó en los últimos años indicadores bastante más elevados

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

que el resto de las jurisdicciones, aunque en el noreste de la provincia las tasas son generalmente más altas que en los demás departamentos.

En 2000 y 2001 hubo gran número de casos de fiebre tifoidea en el departamento Federación.

La leptospirosis, aunque en bajo número, se ha incrementado en los últimos años, afectando principalmente los departamentos del centro de la costa del Paraná.

Se registraron casos aislados de hantavirus desde 1997

No hubo hasta la fecha casos de dengue ni de cólera.

3. Cobertura de salud

La cobertura de salud implica la inclusión de las personas bajo algún sistema de seguridad social que cubra las contingencias de enfermedad.

3.1. Caracterización de la población según su cobertura.

En 1991 el 61,98 % de los entrerrianos tenía algún tipo de cobertura explícita de salud. La mayor parte de la población cubierta pertenecía a obras sociales y en menor medida, al sector privado. Doce por ciento de la población tenía doble cobertura de obras sociales y simultáneamente del sistema de mutuales o prepagas. En el último censo esta cifra descendió más de 10 puntos. El departamento Paraná presenta un porcentaje de población cubierta marcadamente superior al resto de las jurisdicciones, aunque en cifras absolutas más de 135.000 paranaenses carecen de cobertura de salud. También los departamentos Uruguay, Diamante, Gualeguaychú y Colón presentan más de la mitad de su población cubierta. Las jurisdicciones con menor proporción de cobertura son Islas del Ibicuy, Feliciano y Federal.

Los niños tienen proporcionalmente menor cobertura que otros grupos de edad. En los departamentos de La Paz, Islas del Ibicuy, Feliciano y Federal los niños con cobertura explícita de salud no alcanzan a 30 % del total. Los adultos mayores de 65 años no bajan de 60 % de cobertura, y superan en algunos casos el 85 %.

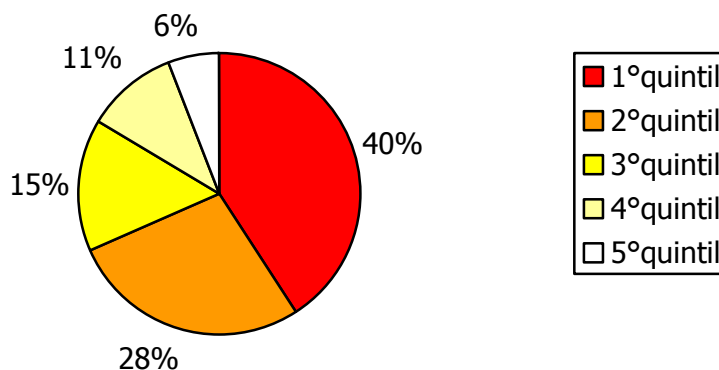
La mitad de la población (51,34%) cuenta con cobertura explícita de salud. El 22 % de los entrerrianos cuenta con beneficios de obras sociales nacionales, mientras que IOSPER, la obra social provincial, cubre al 20 % de la población, y PAMI a 8% de los habitantes.

La adhesión a sistemas prepagos de cobertura de salud, de acuerdo a estimaciones del sector, apenas superaría el 5 % de la población de la provincia. Se estima que 80 % de los asociados cuentan simultáneamente con beneficios de la seguridad social.

En 1997 se realizó la Encuesta de Desarrollo Social, llevada a cabo por SIEMPRO (Sistema de Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. En 1997, con respecto a 1991, hubo un incremento relativo de la cobertura de salud por parte de los sistemas de obras sociales y privado, pero debe tenerse en cuenta que la población encuestada correspondía a muestras y a 7 centros urbanos de más de 5.000 habitantes. Otra característica es la marcada disminución de doble cobertura en ese lapso, especialmente considerando que se trata de centros urbanos. La población encuestada mostró un nivel de carencia de cobertura de salud de 36,35% sobre el total.

Población sin cobertura de salud según quintil de ingresos

Entre Ríos. 1997



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Desarrollo Social. SIEMPRO, 1997

Al examinar los niveles de ingresos se observa que el 69,6% de la población sin cobertura corresponde a los 2 quintiles más pobres. Este porcentaje llega a 83,63% si consideramos a los menores de 5 años de estos grupos. Los mayores de 65 años tienen una cobertura más amplia que otros grupos de edad.

Población con cobertura explícita de salud según jurisdicción

Entre Ríos, 2001

JURISDICCIÓN	POBLACIÓN CUBIERTA	
	TOTAL	% SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL
COLON	24.369	53,77 %
CONCORDIA	86.522	44,99 %
DIAMANTE	20.839	52,74 %
FEDERACIÓN	33.906	43,68 %
FEDERAL	15.065	39,87 %
FELICIANO	8.636	40,78 %
GUALEGUAY	24.684	48,73 %
GUALEGUAYCHU	49.110	51,54 %
ISLAS DEL IBICUY	7.090	38,34 %
LA PAZ	38.735	38,34 %
NOGOYA	21.367	41,45 %
PARANA	122.638	61,63 %
SAN SALVADOR	9.145	43,26 %
TALA	13.988	45,97 %
URUGUAY	41.618	55,76 %
VICTORIA	17.976	47,28 %
VILLAGUAY	27.833	42,51 %
PROVINCIA	563.521	51,34 %

Fuente: Censo Nacional de Población y Viviendas. Indec. 2001

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

Hay departamentos que tenían en el último censo más de la mitad de la población sin cobertura de salud: Islas del Ibicuy y un grupo de departamentos del nordeste de la Provincia (Federación, Villaguay, Federal y Feliciano) que coinciden con una pirámide poblacional más joven, menor densidad de población, mayor proporción de población rural, menores recursos tanto en la oferta de servicios de salud como socioeconómicos, escasez o inexistencia de prestadores privados, patrones epidemiológicos asociados a pobreza y a inadecuadas condiciones de vida, diferenciándose claramente del resto de los departamentos de la provincia en cuanto a necesidades y demandas de salud y al rol del Estado.

3.2 IOSPER. Obra Social Provincial

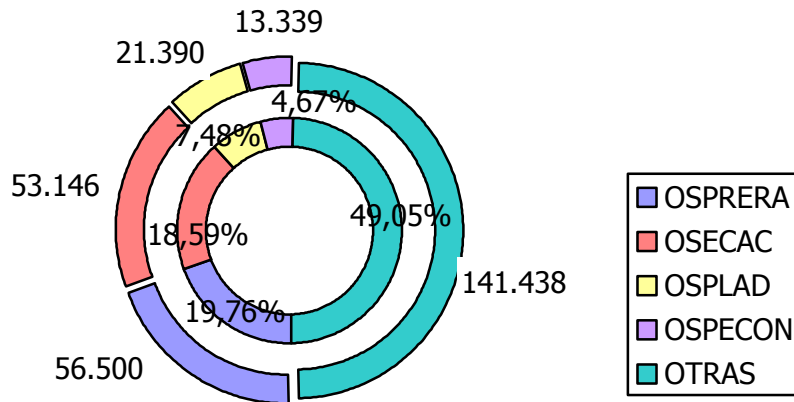
Conforme a su norma de creación el IOSPER, Instituto de Obra Social Provincial de Entre Ríos, funciona como una persona jurídica autárquica. La conducción está a cargo de un directorio y un presidente del cuales dependen la gerencia y las direcciones de Servicios Generales, Ingresos, Control de Convenios, Atención al Beneficiario y Técnico-Médico. Actualmente la conducción del Instituto está en manos de las organizaciones gremiales.

3.3 Obras sociales nacionales con beneficiarios en Entre Ríos

Existe una gran fragmentación de obras sociales nacionales. En la provincia 134 de ellas cuentan con beneficiarios. Más de la mitad de las mismas tienen menos de 100 personas a cubrir. Sólo 6 superan los 10.000 beneficiarios.

Número y porcentaje de beneficiarios por Obra Social Nacional

Provincia de Entre Ríos, enero de 2004.



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud.

En el cuadro anterior se grafica a las 4 obras sociales nacionales que superan los 12.000 beneficiarios. De acuerdo a lo establecido en la formulación de los "fundholders" del sistema de salud británico en la década de los '80, se consideraba que la población

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

mínima a ser atendida por un grupo profesional, para dar estabilidad económica y operativa al sistema, estaría entre 12.000 y 13.000 asegurados. Si consideramos que en enero de 2004 del conjunto de las 134 obras sociales nacionales que tienen beneficiarios en la provincia, sólo 4 superan esta cifra, es probable que las personas adheridas a las restantes 130 instituciones, que incluyen a casi la mitad de los beneficiarios del total, deban ser atendidas en forma parcial o total por el sistema estatal provincial.

3.4 Prepagas que funcionan en la provincia

En la provincia de Entre Ríos operan varios sistemas de medicina prepaga. Cirme Salud tiene el 42% de la cartera del mercado, seguida por SAMA (Sistema de Atención Médica Adventista, que se origina en el Sanatorio Adventista del Plata), los planes de obras sociales de dirección de empresas, Con Salud, el sistema de la ACLER, y el resto pertenece a múltiples coberturas (Swiss Medical, Docthos, Medical, Medicus, AMA, y otras)

Cirme es la empresa de medicina prepaga de la FEMER.

Finalmente hay muchas entidades que ejercen la medicina prepaga en forma irregular, que no cumplen con la legislación ni con las cargas impositivas, ni denuncian sus planes. La ausencia de regulación posibilita las operaciones de estas entidades, situación que sería resuelta por una ley que regule a actividad.

4. Utilización de servicios de salud

Los datos que se desarrollan en este apartado son de elaboración propia en base a dos fuentes distintas. En principio, y para dar una visión desde los usuarios del sistema de salud, se exponen los datos elaborados a partir de la Encuesta de Desarrollo Social de SiEMPro de 1997. A pesar de haberse efectuado hace algunos años, y por esta razón los datos puedan parecer poco representativos en el momento actual, señalan tendencias y permiten identificar condicionantes de acceso al sistema de salud. Por otra parte se exponen datos de elaboración propia en base a información provista por la Secretaría de Salud, correspondientes al año 2002.

4.1. Consultas.

A. Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

El uso de servicios sanitarios en lo relacionado a consultas efectuadas en los últimos 30 días al momento de la encuesta fue de 12,76%, correspondiente a una tasa de utilización de 1,47 consultas por habitante por año. No hubo mayores diferencias en la proporción de la población que no consultó entre los diferentes quintiles de ingresos.

La mayoría de las consultas se realizaron en consultorios particulares. En orden de importancia, el hospital público canalizó un grupo importante de consultas. Los centros de atención primaria efectúan la mitad de las consultas que los hospitales. Los establecimientos privados como clínicas o sanatorios están 4º lugar.

En los quintiles más pobres la utilización del sector público se da en tres cuartas partes de esta población. Por otra parte, hay una importante proporción de población del 1º quintil, y más aún del 2º quintil que realiza consultas en consultorios particulares. Los centros de

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

atención primaria atienden mayoritariamente a personas sin cobertura explícita, lo que implica más de la mitad de los pacientes atendidos. Por otra parte, quienes consultan en estos establecimientos corresponden en 72,96% a los dos quintiles más pobres. La mitad de la población que consulta en hospitales no tiene cobertura. En los hospitales hay una gran proporción de pacientes de los 2 primeros quintiles, pero es menor que en los centros de atención primaria.

Acceso a los medicamentos prescritos en la consulta

En el 85,66% de las consultas se prescribieron medicamentos, a los que se accedió casi en el 100% de los casos, sin mayores diferencias entre los diferentes financiadores de las coberturas de salud ni entre franjas poblacionales de distintos quintiles de ingresos. Cuando menor es el quintil de ingresos, menor es la autofinanciación de medicamentos prescritos en la consulta para poder acceder a los mismos.

B. Datos de elaboración propia en base a información provista por la Secretaría de Salud, correspondientes al año 2002.

La tasa de utilización de consultas en el sector público provincial fue de 2,32 consultas por habitante en el año 2002. Ese año se efectuaron casi 3 consultas por niño y 2,74 controles de embarazo por cada recién nacido vivo. Se desconocen las tasas de uso de consultas privadas.

Los hospitales realizan más del doble de las consultas de especialidades de atención primaria de la salud que los centros de atención primaria, incluyendo establecimientos provinciales y municipales.

4.2 Internaciones

A. Encuesta de Desarrollo Social, SIEMPRO, 1997.

El 6,24% de la población encuestada refirió al menos una internación en establecimientos de salud en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta. De ellos, 13,23 % refirió 2 o más internaciones en el mismo lapso. Las causas de internación son en su mayor parte quirúrgicas.

El porcentaje de población con internación en los últimos 12 meses fue similar entre aquellos sin cobertura explícita y quienes eran beneficiarios de obras sociales.

El porcentaje de población que sufrió internaciones en el último año llegó a 8,32% en el quintil más pobre, mientras que en el quintil más alto fue de 4,68%. De las cifras anteriores, los que refirieron 2 o más internaciones correspondieron 19,56 % en el 1º quintil, mientras que en el último fue de 5,26%.

B. Datos de elaboración propia en base a información provista por la Secretaría de Salud, correspondientes al año 2002.

En 2002 hubo 8,9 egresos anuales cada 100 habitantes. La mayor parte de los egresos se deben a causas clínicas, seguidas en orden de importancia por aquellas relacionadas con tocoginecología, pediatría, cirugía y otras especialidades.

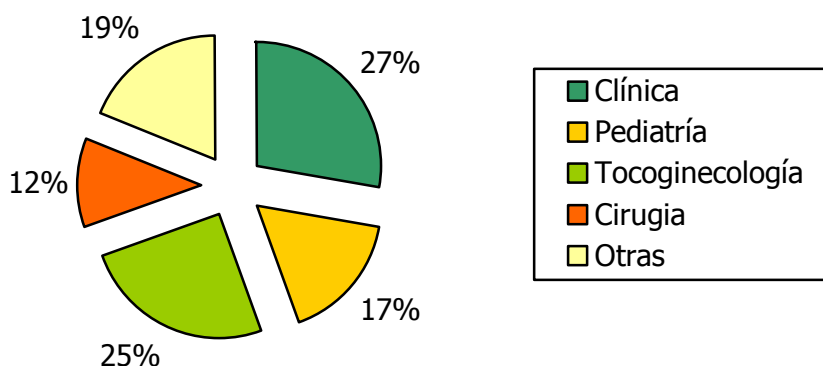
"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

El porcentaje ocupacional de los hospitales de agudos del sector público es muy bajo. Por cada cama disponible en 2002 hubo un promedio de 190 días al año sin ocupar, lo que da una idea de la magnitud de la sobreoferta de camas.

Más del 70% de los nacimientos en la provincia durante el año 2002 se realizaron en el sector público.

Porcentaje de egresos según especialidad.

Entre Ríos, 2002



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Secretaría de Salud.

5. Gasto en salud

El gasto en salud en la provincia es alto. En los últimos años sólo las obras sociales nacionales han disminuido su gasto. Los restantes sectores lo han aumentado.

Hay 3 sectores que aportan en similar proporción: el estatal, el de la seguridad social y el privado. En este último, más de la mitad del gasto corresponde a medicamentos. Del gasto provincial en salud, más de tres cuartas partes se usa en el pago del personal, que fue incrementando en los últimos años. En 2002 fue destinado a salud 10,28 % del presupuesto provincial.

El gasto total en salud en Entre Ríos en 2000 fue 616 millones de pesos. De esta cifra, 25,81 % fue financiado por impuestos, mientras que 38,63 % correspondió a la seguridad social y el resto a fuentes privadas.

En 1998 el gasto total en salud equivalía a 11,18 % del Producto Bruto Geográfico. El gasto total en salud representaba 563,86\$ por habitante por año, mientras que el PBG per cápita era de 5.044,20 \$.

El gasto privado en salud en la provincia en el mismo año fue de 221.053.361 de pesos. Más de la mitad del corresponde a medicamentos. El gasto privado en salud mensual per cápita era de 16,94\$

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

El gasto público anual en salud per cápita en 1997 fue de 155,90\$.

Composición del gasto en salud según agentes

(en millones de pesos)

Entre Ríos. 2000

Nacional	O. S. N.	Pami	Provincial	Iosper	Municipal	Privado	Total
5	98	75	126	65	28	219	616

Fuente: "El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo" de Tobar, Montiel y Falbo.

6. Oferta de servicios de salud

6.1 Recursos humanos

Médicos

Al no haber sido posible obtener el número actualizado de los profesionales matriculados en la provincia no se cuentan con datos oficiales precisos sobre la totalidad de los profesionales habilitados para ejercer el arte de curar. La dificultad en la obtención de los datos radica en el registro de los mismos en un programa que no se adapta a las necesidades actuales de información, y además a la considerable demora en la carga de las altas y bajas de los matriculados.

Al 31 de agosto de 2001 había en la provincia 3.924 médicos. Es decir 3,3 médicos por cada 1.000 habitantes. Al no haber actualización continua y permanente de los profesionales que ejercen en este momento, y pudiendo haber menor cantidad de la informada de médicos en ejercicio, se tomó en cuenta también la cantidad de profesionales inscriptos en los Círculos Médicos departamentales, agrupados en la Federación Médica, donde se realiza la facturación de éstos a las obras sociales. Los médicos asociados a la Federación Médica de Entre Ríos, actualizados a julio de 2003 eran 1960. Esta entidad, además de sus funciones gremiales, se encarga de las negociaciones con la seguridad social. Mediante convenios para la atención ambulatoria de pacientes, que canaliza a través de sus asociados y gestiona la facturación y cobro de las prestaciones. Si bien algunos contratos de la seguridad social y en mayor medida de empresas privadas de salud pueden darse a nivel individual o de otras entidades, el grueso de los convenios se lleva a cabo a través de la Federación Médica. Esta situación refleja la importancia de la entidad, dando una idea muy cercana de la cantidad de médicos que ejercen la actividad en consultorios particulares.

De acuerdo a los datos suministrados por la Dirección de Recursos Humanos de la Provincia, había 1.417 médicos agentes de la Secretaría de Salud de la Provincia actualizado a junio de 2003. Los médicos del sector provincial están designados en un 70 % en hospitales, 13 % en centros de atención primaria y los restantes corresponden a la administración central o no se informa. Sesenta por ciento de los médicos de los centros de atención primaria provinciales tienen especialidades relacionadas con la Atención Primaria de la Salud.

Número de médicos y su proporción en relación a la población según fuentes seleccionadas.

Provincia de Entre Ríos.

Fuente	Fecha de actualización	Categoría	Médicos	Habitantes por médico	Médicos/mil habitantes.
Secretaría de Recursos Humanos de la Provincia	Junio de 2003	Agentes de la Provincia	1417	817	1,22
Federación Médica de Entre Ríos	Julio de 2003	Asociados a Femer	1960	593	1,70
Secretaría de Salud de la Provincia	Agosto de 2001	Matriculados en la S. de Salud	3924	295	3,38

Elaboración propia en base a datos provistos por las fuentes mencionadas en el cuadro.

Es de resaltar la inadecuada distribución de médicos, por no decir de especialistas en la provincia. La mayoría de los recursos del sector salud se concentran en Paraná y su área de influencia, mientras que en el noreste de la provincia se observa la menor cantidad de recursos humanos, tanto en cantidad como en proporción en relación a la población. En la ciudad de Paraná hay más de 5 médicos cada 1000 habitantes, considerando a los agentes de la provincia y a los profesionales asociados a la Federación Médica. En el departamento Feliciano hay más de 2400 habitantes por médico agente de la provincia, y más de 3600 habitantes por cada médico asociado a FEMER.

Por otra parte existen especialidades que están superpobladas, así como algunas que se encuentran prácticamente desiertas. De acuerdo a datos de la Secretaría de Recursos Humanos de la Provincia, no hay suficientes especialistas en pediatría, tocoginecología y clínica de especialidad reconocida. En Feliciano y en Islas del Ibicuy no hay pediatras, y en este último departamento tampoco hay tocoginecólogos.

Enfermeras

Al 31 de agosto de 2001 había en la provincia 1.970 enfermeras y 3.216 auxiliares de enfermería, con un total de ambas categorías de 5.186. Es decir 1,7 enfermera por cada 1.000 habitantes, 2,9 auxiliar de enfermería por cada 1.000 habitantes, 4,6 enfermera o auxiliar de enfermería por cada 1.000 habitantes.

De acuerdo a los datos provistos por la Secretaría de Recursos Humanos de la Provincia, en junio de 2003 había 448 enfermeras agentes de la provincia con título universitario o terciario. La cantidad de enfermeras con título agentes de la provincia no alcanza a 1 cada 2 médicos, habiendo más de 2500 habitantes por enfermera. No se pudo obtener información actualizada en cuanto a la cantidad de enfermeras empíricas o totales agentes de la provincia, ni de enfermeras matriculadas. De todas maneras queda claro que el recurso de enfermería se encuentra en cantidades muy por debajo de las deseables.

Otros profesionales y técnicos

Al igual que lo que sucede con los médicos y las enfermeras, la mayor cantidad de otros profesionales y técnicos se concentra en el centro de la costa del Paraná. En especial se observa una gran concentración de asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas y farmacéuticos. También se observa una mayor proporción de los mismos en relación a la población de la región, que se corresponde con una disminución relativa de estos recursos humanos en el resto de la Provincia.

En relación a los técnicos, no hay suficiente cantidad, especialmente en determinadas materias y en algunas zonas. Por ejemplo hay necesidad de técnicos de laboratorio, en hemoterapia, estadística, administración y sistemas en la costa del Uruguay.

Número de Habitantes por médico y por enfermera con título universitario o terciario dependientes del Gobierno de la Provincia de Entre Ríos según departamento

Junio de 2003

DEPARTAMENTO	HABITANTES POR MÉDICO	HABITANTES POR ENFERMERA CON TÍTULO UNIVERSITARIO O Terciario
COLON	1.352	3.515
CONCORDIA	864	3.347
DIAMANTE	1.131	1.633
FEDERACIÓN	1.020	4.631
FEDERAL	895	1.670
FELICIANO	2.431	14.584
GUALEGUAY	908	6.018
GUALEGUAYCHU	852	3.620
ISLAS DEL IBICUY	1.437	1.916
LA PAZ	1.323	3.482
NOGOYA	1.387	2.988
PARANA	548	1.582
SAN SALVADOR	2.015	3.224
TALA	1.438	2.589
URUGUAY	771	1.742
VICTORIA	1.218	3.100
VILLAGUAY	1.030	2.690

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por la Secretaría de Recursos Humanos del Gobierno de la Provincia de Entre Ríos y al Censo nacional de población y Viviendas 2001.

6.2 Capacidad instalada.

En todo el ámbito de la Provincia existe un sector público y uno privado actuando en forma independiente. El sector publico recurre al sector privado para las prestaciones que

*"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas.
Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."*

no esta en condiciones de brindar. No existe un marco regulatorio por lo que hay en algunas jurisdicciones exceso de factores con superposición de los mismos.

En el sector público la Provincia cuenta con 64 Hospitales y 256 Centros de Salud, de los cuales 71 son municipales, pertenecientes a 22 comunas, y el resto provinciales, la mayoría ubicados en centros urbanos de menos de 5000 habitantes. Sólo hay 3 municipios que cuentan con instituciones propias destinadas a la internación geriátrica.

Hay 4 regiones sanitarias cada una con un hospital de referencia de nivel VI de complejidad. En Paraná se encuentra también el Hospital materno infantil de referencia. Los hospitales provinciales de mayor complejidad se encuentran en las ciudades más importantes.

El sector privado nuclea 53 establecimientos distribuidos fundamentalmente en Paraná y su área de influencia. Las clínicas y sanatorios de más alta categorización y complejidad se concentran en Paraná y Villa Libertador General San Martín, aunque se cuenta con establecimientos de alta complejidad en Concepción del Uruguay, Concordia, Gualaguaychú, Gualaguay, Colón, Villaguay, Diamante y Crespo. En los departamentos Feliciano, Islas del Ibicuy y San Salvador no se cuenta con establecimientos privados con internación.

Cabe aclarar que algunas prácticas no se realizan en la provincia y deben derivarse fuera de ella: Prestaciones para gran quemado, cámara hiperbárica, trasplantes y fertilización asistida.

Las camas hospitalarias totales son 6002. Representa 5,2 camas cada 1.000 habitantes, de las cuales 3,8 son públicas y 1,4 privadas.

El sector público presenta una marcada sobreoferta de camas. Cuenta actualmente con 4170 camas, de las cuales una cuarta parte corresponde a internaciones crónicas, dividiéndose en partes iguales entre establecimientos psiquiátricos y geriátricos.

El sector público tiene escasa tecnología de alta complejidad, que ha sido desarrollada mayormente por el sector privado. Hay sobreoferta de tecnología, y se carece de marco regulatorio sobre el tema.

6.3 Organización de los prestadores

Las instituciones representativas dentro del sector son la Federación Médica (FeMER), la Asociación de Clínicas (ACLER) y el Colegio de Bioquímicos. Estas tres entidades conforman el Instituto de Prestaciones y Servicios de Entre Ríos (IPSER), que maneja el convenio de Pami y de la mayor parte de las obras sociales. Por su parte, la FeMER tiene el prepago de mayor número de beneficiarios de la provincia (CirMe Salud), y ACLER tiene otro denominado Con Salud. Otras entidades son el Colegio de Farmacéuticos, el Colegio de Odontólogos y otros.

6.4 Funcionamiento de los sectores prestadores de servicios

Los prestadores no están articulados en una red de servicios. No hay efectiva coordinación entre los sectores municipales ni provincial, como tampoco del sector público con el privado.

En general en la administración provincial no se trabaja sobre costos. Se desconoce la cantidad de directivos capacitados en gestión. De acuerdo a la información provista por la Secretaría de Recursos Humanos de la Provincia, hasta junio de 2003 sólo 4 de los agentes del sector provincial, excluyendo el personal jerárquico, presentaron especialidad

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

en administración de servicios de salud o diplomatura en salud pública. Los sistemas de información no están muy desarrollados ni interrelacionados. Los programas generalmente no están en red y no se adaptan a las actuales necesidades de información. Los convenios son pocos. Los métodos de contratación son los correspondientes a la administración pública provincial.

De acuerdo a datos suministrados por la Secretaría de Salud y por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación se observa que durante 2002 los hospitales regionales y el hospital materno infantil de referencia de la provincia tuvieron diferentes dificultades en cuanto a la producción, así como a la facturación y cobro de prestaciones como instituciones de gestión descentralizada. En algunos hospitales la producción, en relación a la población regional asignada, fue marcadamente inferior a los estándares. En algunas instituciones hay mayor dificultad en el cobro de prestaciones, asociado probablemente a incorrecta facturación, y en otros, comparativamente, hay una baja facturación en relación a la producción, probablemente asociada a dificultades en la detección de los beneficiarios. El porcentaje de cobro sobre lo facturado por cada uno de estos hospitales a las obras sociales nacionales durante 2002 va desde 4% a 63 %. La Secretaría de Salud no era informada por los hospitales del monto y estado de sus facturaciones y cobros, sólo manejaba la información derivada de la centralización de la facturación y cobro de prestaciones a Iosper por parte de los establecimientos no descentralizados. Hasta fines de 2003 no había convenios vigentes entre la Secretaría de Salud y las instituciones privadas encargadas de administrar las prestaciones de Pami en Entre Ríos para el cobro de las prácticas realizadas en el sector público.

En los establecimientos provinciales se cuenta con las partidas para al compra de medicamentos. Se desarrolla también el Programa Nacional Remediar, para la provisión de medicamentos en centros de atención primaria tanto provinciales como municipales. En los últimos años, algunos hospitales de gestión descentralizada desarrollaron laboratorios para la producción de medicamentos genéricos. Hay actualmente un proyecto en desarrollo para la producción provincial de medicamentos para abastecimiento del sector público que está a punto de inaugurarse en la ciudad de Federal. De todos modos se desconoce el porcentaje de consultas del sector público que son acompañadas de la provisión de medicamentos, el tipo y la procedencia de los mismos, factores a tener en cuenta en el desarrollo de una política de medicamentos.

En la Secretaría de Salud Provincial se cuenta con planes y programas nacionales con desarrollo dispar, y algunas pocas iniciativas locales. Las áreas de política de salud con más acciones hasta fines de 2003 eran tuberculosis, vigilancia epidemiológica, inmunizaciones. Los valores imperantes eran prevenir enfermedades transmisibles y comenzó a trabajarse sobre la provisión de medicamentos y el diagnóstico de la situación epidemiológica y de los establecimientos públicos de salud, aunque sin encarar una agenda de políticas sanitarias. A pesar de ello, no se han definido metas ni objetivos concretos ni mensurables.

En general no se ha observado una fluida interrelación entre la provincia y los municipios. Para articular una red de servicios es fundamental contar con un sistema de emergencias coordinado y articulado entre los subsectores. A su vez los roles de cada uno deben estar determinados, y se debe contar con un adecuado sistema de referencias, contrarreferencias y traslados. También es necesario un adecuado sistema de información que centralice los datos y que estos estén disponibles para la consulta de cada integrante de la red de servicios. Hasta fines de 2003 no había articulación formal en las derivaciones tanto programadas como de emergencia entre los sectores públicos ni

"Seguro Provincial de Salud como herramienta en la estrategia para mejorar la equidad, la eficacia y la sustentabilidad del sistema de salud en las Provincias Argentinas. Desarrollo de una propuesta en Entre Ríos."

privados. No se han informado sistemas de referencia y contrarreferencia. Tampoco se cuenta con el sistema de información necesario.

Se desconoce magnitud y el tipo de derivaciones. No se obtuvieron datos formales al respecto. No se obtuvieron datos de la compra de servicios. Se desconoce qué prestaciones se compran, en qué cantidad y a qué precio, así como si hay algún convenio en vigencia.

No hay datos del origen geográfico, derivaciones, financiador de seguridad social o privada que cubre al paciente que se atiende, por lo que no se puede determinar el flujo de pacientes entre sectores públicos y privado, y entre establecimientos de diferentes regiones geográficas dentro de la provincia, como tampoco ha sido posible calcular la capacidad funcional de cada uno de ellos.

En lugar de tres segmentos que funcionen como caminos paralelos, sería indispensable que el sistema se articule como una red, redireccionando el flujo de la demanda hacia los efectores del sistema, de manera tal que se optimicen los recursos existentes, a través de mecanismos tendientes a lograr mejores y más equitativos resultados sanitarios en beneficio de todos los entrerrianos. Aquí se presenta la información básica y el análisis de los datos expuestos con el fin posibilitar el diseño de políticas tendientes a producir un proceso de integración y articulación de los sectores públicos y privado a través de la regulación correspondiente, fortaleciendo las funciones de coordinación y rectoría del gobierno provincial en materia de salud. Ese proceso redundará en la mayor eficiencia del sistema, reducción del gasto, evitando superposiciones, optimización del uso de los recursos y adecuada planificación para determinar las inversiones necesarias de acuerdo a las necesidades de la población y a los recursos del sistema, y al mismo tiempo producirá mejor acceso de la población a los servicios de salud, políticas adaptadas a las necesidades de los habitantes y mayor participación de la comunidad.