

UNIVERSIDAD

ISALUD

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

“Análisis de la cobertura, gasto directo de los hogares, calidad asistencial y equidad en asignación de recursos en salud. Pehuajó 2007”

Alumno: Carlos Alberto Sinclair

Director: Dr. Martín Morgenstern

Promoción: 2005-2006

Buenos Aires Septiembre de 2011

INDICE DE CONTENIDOS

Resumen	4
Abstract	5
Palabras Clave	5
1. Introducción	6
1.1 Presentación	6
1.2 Delimitación del estudio	8
1.3 Contexto	9
1.4 Utilidad	9
1.5 Relevancia y Justificación	9
2. Planteamiento del Problema	10
2.1.1 Formulación del Problema de la Tesis	10
2.1.2 Limitaciones del método elegido	10
2.2 Objetivos: General y Específicos	11
3. Marco Teórico	12
3.1 Sistema de salud	12
3.1.1 Componentes del Sistema de Salud Argentino	12
3.2 Mercados de Salud	15
3.2.1 Introducción: La salud como bien	15
3.2.2 Estado y Mercado como determinantes de los Sistemas de Salud	16
3.2.3 Mercado de atención de la Salud	16
3.2.4 La función de producción de salud	17
3.2.5 Características del mercado de la Salud	18
3.2.6 Del paradigma de la integración vertical al enfoque contractual	19
3.2.7 Teoría de la agencia	19
3.2.8 Economía de los costos de transacción	20
3.2.9 Teoría de la elección pública	21
3.3 Financiamiento de Asistencia Sanitaria – Equidad	21
3.3.1 Razones para el Financiamiento de la Salud	21
3.3.2 Financiamiento de la atención de la salud en Argentina	22
3.3.3 El gasto público en salud	23
3.3.4 Gasto privado en salud	24
3.3.5 Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina	26
3.3.6 Distribución del gasto en salud	28
3.3.7 Equidad	28
3.3.8 El objetivo de la equidad. Teorías de Justicia	29
3.3.9 Equidad y desigualdades en salud	31
3.3.10 Categorías para definir el concepto de equidad	32
3.4 Calidad - Satisfacción en la atención	33
3.4.1 Los componentes de la calidad asistencial	33
3.5 Políticas de integración	36
3.5.1 Salud, Capital Humano y Productividad	36
3.5.2 Concepto de capital humano	36
3.5.3 La medición del capital humano	36
3.5.4 El capital humano como determinante del crecimiento económico	37
3.5.5 Beneficios económicos de las mejoras de salud	37
3.5.6 Nutrición y Productividad	37
3.5.7 Factores demográficos	38
3.5.8 La trampa de la pobreza	38
3.5.9 Capital social	38
3.6 Red de Servicios	40
3.6.1 Concepto	40

3.6.2 Niveles de construcción	40
3.6.3 Requisitos funcionales	41
3.6.3 El método de los escenarios	41
3.6.4 Construyendo escenarios alternativos	42
4. Metodología	43
4.1 Tipo de estudio - Diseño del estudio:	43
4.2 Fuentes de datos/ Herramientas de recolección utilizadas	43
4.3 Universo, muestra y unidad de análisis	43
4.4 Variables en estudio	45
5. Método del caso. Partido de Pehuajó - Desarrollo	47
5.1 Características demográficas de los Partidos de la Provincia de Buenos Aires. Indicadores demográficos y socioeconómicos	47
5.1.1 Datos demográficos: Estructura y composición demográfica	47
5.1.2 Hogares y población con necesidades básicas insatisfechas	47
Niveles de ocupación	47
5.1.3 Características educacionales	48
5.1.4 Datos de Estado y Necesidad de Salud:	49
5.1.5 Indicadores de salud - Perfil epidemiológico	49
5.1.6 Modelo de atención de la salud	50
5.1.7 Principales indicadores caracterizadores del sistema local de salud.	50
5.1.8 Indicadores de Producción	50
5.1.9 Principales indicadores caracterizadores del sistema local de salud	51
5.2 NIVEL DE COBERTURA	52
5.3 NIVELES DE SATISFACCIÓN	53
5.3.1 NIVEL DE ATENCIÓN AMBULATORIA	54
5.3.2 NIVEL DE ATENCIÓN EN INTERNACIÓN	55
5.3.3 Criterios de equidad en la priorización de atención sanitaria	56
5.4 Aspecto Económico Financiero	56
5.4.1 Gasto en Salud Provincial	56
5.4.2 Gasto en Salud en partido de Pehuajó	57
5.4.3 Componentes del gasto bolsillo según quintil de ingreso	59
5.3 Comentarios	63
6.1 Conclusiones	64
6.1.1 Desarrollar un sistema de información	64
6.1.2 Definición de la misión y la visión del sistema local	65
6.1.3 Rol de los Profesionales de la Salud	65
6.1.4 Fortalecimiento de la conducción y la gerencia	65
6.1.5 Sobre la implementación de instancias de participación comunitaria	66
6.2 A partir de la implementación de la encuesta a hogares:	66
6.2.1 Sobre la composición del gasto en salud de los hogares:	66
6.2.2 Sobre la medición de nivel de cobertura por obra social o plan de seguro privados	66
6.2.3 Sobre el nivel de satisfacción con la atención a nivel ambulatorio	66
6.2.4 Sobre el nivel de satisfacción con la atención a nivel de internación	67
7.1 Reflexiones Finales	68
8.1 Bibliografía	69
9. Anexo	72

Resumen

Con la intención de evaluar el sistema local de salud en el partido de Pehuajó, desde la perspectiva de quienes deben proveer servicios sanitarios a la población, a fin de conocer las fuentes de financiamiento y el nivel de satisfacción expresados por los usuarios por la atención sanitaria prodigada en cada efector de salud, se decide aplicar una investigación de campo mediante una encuesta de hogares.

A tal efecto se utilizan para la conformación del cuestionario definitivo dos encuestas validadas 1.- La aplicada en el Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS) por Ministerio de Salud de Chile 2005, sobre el cual se modifican las preguntas referentes al sistema de aseguramiento adaptándolas a nuestro sistema de salud. 2.- La aplicada en la Percepción de Niveles de Satisfacción en Usuarios de Sistemas de Salud, desarrollado por investigadores de Universidad ISALUD, mediante dos grupos de preguntas para educir preferencias individuales para tratar y el modo de asignar recursos. Evaluando la valoración de la atención recibida e interpretando en función de estas preferencias reveladas un potencial encuadre en términos de justicia de distribución.

Como la encuesta se utilizó para recabar datos sobre el gasto en salud de los hogares, la muestra esta conformada por hogares (y no personas). En cada uno de los mismos se entrevista a una persona, que contesta todas las preguntas de la encuesta, y es considerada también como la unidad muestral para el caso de las respuestas sobre satisfacción.

El presente trabajo de investigación desarrolla en el marco conceptual cuestiones vinculadas con el Sistema de Salud de nuestro país, los modelos emblemáticos en el resto del mundo, modalidades de financiamiento de la salud. Se considera la calidad de la atención sanitaria; políticas de integración favoreciendo el desarrollo de redes procurando mejorar la eficiencia y equidad.

A continuación se procede a analizar la situación sanitaria en el partido de Pehuajó recurriendo al método del caso. Se explica la oferta sanitaria del área en estudio comparada con valores provinciales y nacionales y se construye una matriz de gasto en salud tomando en cuenta datos emanados de la encuesta y referencias obtenidas del sector público local a partir de partidas presupuestarias, del nivel provincial y nacional de cifras emanadas de gastos consolidados por Ministerio de Economía y de gastos de seguridad social a partir de organizaciones médicas; con lo que se permite inferir el peso que tiene la contribución del gasto de bolsillo en el gasto total de salud.

Concluyendo se propone un escenario de integración de la oferta sanitaria disponible en el partido de Pehuajó, coordinando la misma y las fuentes de financiamiento a fin de obtener una asistencia más eficiente de la población bajo estudio.

Abstract

With the intention of evaluating the local health system in Pehuajó and its nearby towns, from a perspective of who must provide health care for the population, in order to know the resources of financing and the level of satisfaction provided by the users about the health service given in each case, a research in this field has been decided using surveys at home.

To that end, two valid surveys are used to build up the definite questionnaires. 1.- The one applied in the 1st National Study about Satisfaction and Cost Health, by the Health Ministry of Chile 2005, about this one, the question referred to the system of insurance are modified in order to be adapted to be adapted to our health system. 2.- The one applied in the perception of levels of satisfaction in users of the health system, developed by researchers of ISALUD University, by means of two groups of question to deduce individual preferences to treat and the way to assign resources. Evaluating the assessment of the service received and understanding related to these preferences revealed, of potential framework in terms of equal distribution.

As the research was used to collect data about health costs at homes, the results are done about homes (not people). In each of them a person is surveyed, answered all the questions and it is also considered as a sample of the answers of satisfaction.

This research develops in the conceptual framework facts related to the Health System of our country, the emblematic models of the rest of the world, modalities of health financing, the quality of sanitary service is considered, integration policies that favour the well development that foster the efficiency and equity improvements.

The sanitary situation in Pehuajó and its nearby towns is analyzed by their means, the sanitary offer of the area is explained and compared with provincial and national values, and a health budget is build up taking into account data from the survey and references obtained from the budget of the public, the level local sector, the level of the provincial and national costs from the Economy and Social Security Ministries from medical organizations from which it can be inferred the contribution of pocket money in the health service in the total health budget.

As a conclusion a scenario of integration of the sanitary offer available in Pehuajó and its nearby towns is proposed, coordinating this with the financial resources in order to get a more efficient health service to the population under the study.

Palabras Clave

<financiamiento de salud>; < gasto de bolsillo> ; <servicios de salud> ;<calidad>; < equidad>; <redes>

1. Introducción

1.1 Presentación

En el país la atención sanitaria de sus ciudadanos residentes está contemplada en el Art.42 de la Constitución Nacional reformada en 1994 "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno".

Mientras la Constitución de la Provincia de Buenos Aires "garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización"

Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, para ello el Estado en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal brinda atención a la población sin cobertura; y en Hospitales de Autogestión (HPA - actualmente denominados Hospitales de Gestión Descentralizada) a los agentes y familiares a cargo pertenecientes a la seguridad social y prepagas.

A nivel mundial se distinguen tres sistemas de salud organizados en torno a tres criterios rectores: el modo de cobertura (universal o discriminante), el modo de organización y el modo de financiamiento

a) Sistema de Seguro Nacional: La Seguridad Social nace en Alemania, en la época del Canciller Otto Von Bismarck quién creó un sistema de seguridad social con el objetivo de guardar relativa estabilidad que mantuviera a los trabajadores tranquilos. En Alemania se redactó entonces la Ley del 15 de junio de 1883, sobre seguros de enfermedad; Ley del 16 de julio de 1884 sobre accidentes de trabajo y Ley de 22 junio de 1889, sobre seguros de invalidez y vejez. Por ello conocido como "Bismarkiano" el más antiguo organizado en torno a instituciones tripartitas (empleadores, empleados y Estado) hoy sostiene universalidad de cobertura (iguales servicios para todos). Se financia con aportes sobre los salarios y el Estado cubre a desempleados y otras poblaciones en las mismas organizaciones. La financiación es centralizada cada uno aporta sobre el salario (impuestos al trabajo) pero el financiador único es el Estado quién distribuye capitas ajustadas o fijas a las instituciones que decide cada ciudadano, (es el sistema imperante en Alemania y con variantes en otros países como Israel, Bélgica, Holanda y en cierto modo Francia). Prestadores públicos y privados trabajando para las organizaciones administradoras.

b) Sistema Nacional o Regional de Salud: Después de la Segunda Guerra Mundial surgió un nuevo sistema de seguridad social; tras la posguerra se desató un crecimiento económico en la mayoría de los países, pero el origen del concepto de seguridad social con un Estado proveedor lo había originado en Inglaterra William Beveridge, resaltando sobre todo que el seguro social era reflejo de una sociedad humana que concibe a los individuos como parte de un tejido social. Sir Willam Beveridge produce su informe "Social Insurance and Allied Services Report" en 1942 con las prestaciones de salud, nace ya originalmente como sistema universal y la constitución del National Health Service británico en 1948. Se financia desde Rentas Generales y no con impuestos al trabajo. El Estado Nacional o Gobiernos Provinciales organizan estructuras únicas de Administración y Prestación con un alto componente público (este modelo se desarrolló en Reino Unido y se extendió a España, Canadá, Suecia, Finlandia y otros).

c) Sistema Mixto o Fragmentario: Diversas organizaciones públicas y privadas financian y organizan diferentes servicios para diferentes poblaciones. No existe universalidad de coberturas, algunas estructuras se financian con fondos de Rentas Generales (Nacionales, Provinciales y Municipales), otras con impuestos al trabajo (Obras Sociales) y el resto mediante el pago de bolsillo (Prepagas y seguros) Es el caso de nuestro país y EEUU.

En EEUU donde la salud se interpreta como una responsabilidad del ciudadano a hacerse cargo de las prestaciones, donde predominan las organizaciones privadas de seguros (HMO) que en forma directa o bien a través de las empresas donde se encuentran trabajando contratan con las mismas la cobertura de eventos futuros a través de una prima pactada; complementado por un sistema distributivo destinado a poblaciones específicas MEDICARE destinados a > de 65 años y MEDICAID a los extremadamente pobres, sin ofrecer ninguna solución a unos 40 millones de personas que no se incluyen en ninguna de las situaciones enunciadas. Para resolver la situación de esta gente y proponer una competitividad que desacelere el preocupante incremento del PBI destinado a salud es que su presidente Barac Obama propone una reforma en el sistema de salud americano, donde el porcentaje de gasto directo de bolsillo se estima en 65 % del gasto en salud Mientras que en países comprendidos en grupo a) y b) la contribución directa de bolsillo se estima en 8 a 10% del gasto total.

Observando la situación en el área en estudio que refleja lo observado a nivel país, nuestro sistema de salud adolece de una profunda fragmentación, que pese a reflejar en gasto total de salud porcentajes del PBI similares a países de OCDE, dista mucho en obtener comparables resultados en indicadores como grado de cobertura, mortalidad infantil e indicadores de equidad en la distribución, que obligan a reformularlo.

Teniendo en cuenta los informes de OPS sobre la situación imperante en los países de la región donde persisten escalofriantes informes de inequidad, constituyéndose en el continente más desigual del mundo, dado la regresividad observada en el gasto en salud, con fuerte impacto del "gasto de bolsillo", sobre todo en la población más desprotegida.

Por lo que este trabajo pretende responder a las siguientes preguntas:

¿En que medida contribuye a financiar el gasto total en salud, el “gasto de bolsillo” de la población en estudio?

¿Qué indicadores de satisfacción en la cobertura de salud y calidad de atención sanitaria se obtienen del presente estudio en la población en estudio?

¿Cómo califican los encuestados sus preferencias en la selección de pacientes a tratar y la asignación de recursos?.

En el espíritu del autor al investigar la bibliografía y el estado actual de la situación sanitaria desde la perspectiva de inversión en salud en el área, ha querido recoger la documentación pertinente posible de obtener a fin de convertirlas en herramientas útiles para los actores locales con poder de decisión, que permitan el diseño de un sistema de atención más eficaz para la población del partido.

- Se analizan distintas fuentes bibliográficas como aportes teóricos que conforman un soporte conceptual particular y funcional a la misión planteada.
- Se describe el escenario objeto de análisis en cuanto a su demografía, oferta sanitaria, perfil epidemiológico y comparación con nivel regional, provincial y el país.
- Se describen los resultados de la aplicación de una encuesta a hogares de población urbana de la ciudad cabecera del partido de Pehuajó, con la finalidad de cuantificar el gasto de bolsillo y su relevancia en la conformación del gasto total en salud.

1.2 Delimitación del estudio

El estudio pretende analizar la composición de las fuentes de financiamiento de la asistencia sanitaria para la población del partido de Pehuajó y la relevancia adquirida por el componente gasto de bolsillo estimado a partir de la aplicación de la encuesta en una muestra representativa de hogares del área urbana de la ciudad cabecera a fines del año 2007 y su posterior proyección a la totalidad del partido

El trabajo de campo, mediante la aplicación de la encuesta ha permitido la confección de una matriz de datos de todos los integrantes del hogar, a fin de contar con las variables: edad (establecida en tres grupos etarios: < 45; 45 a 64; 65 años y +), genero (masculino y femenino), nivel educativo alcanzado (primaria, secundaria, terciaria, universitaria), nivel de ingresos (en quintiles), condición de vivienda, nivel de actividad laboral y tipo de cobertura de salud.

El encuestado mayor de 18 años facilita dichos datos y responde sobre nivel de satisfacción con la cobertura en salud y la atención recibida en nivel ambulatorio e internación, indica los ingresos del hogar y completa una planilla con los gastos incurridos en el año por los miembros del hogar en prestaciones de salud.

1.3 Contexto

El Sistema de Salud en nuestro país se caracteriza por encuadrarse dentro de un Sistema Mixto o Fragmentario: donde conviven diferentes estructuras: las pertenecientes al Sector Público financiadas con fondos de Rentas Generales en sus tres niveles Nacional, Provincial y Municipal que en sus propios efectores dispensan atención a personas sin cobertura y aquellos que posean aseguramiento les facturan sus servicios bajo la modalidad de Hospitales de Gestión Descentralizada; las correspondientes a las Obras Sociales que obtienen su fuente de financiamiento con impuestos al trabajo; y por último las Prepagas y Seguros de Salud a partir de erogaciones directas (gasto de bolsillo).

1.4 Utilidad

La utilidad del presente trabajo apunta a:

- 1.- Proveer una matriz de análisis del sistema de salud en el área de estudio.
- 2.- Proveer antecedentes y marcos referenciales para la toma de decisiones.
- 3.- Por consiguiente, evaluar el sistema de salud en el partido, desde la óptica del financiamiento, la cobertura, oferta de servicios e indicadores de producción y satisfacción.

1.5 Relevancia y Justificación

Por tratarse de una primera experiencia exploratoria mediante la aplicación de una encuesta adaptada de dos cuestionarios validados a una muestra representativa de hogares en la ciudad de Pehuajó, con finalidad en medir la contribución de los hogares en el financiamiento de su asistencia sanitaria, la percepción del grado de cobertura, la calidad de atención y justicia en distribución de recursos.

Considerar el gasto directo de los hogares es relevante en cada uno de los Sistemas de Salud a nivel mundial: los del Seguro Nacional (Alemania), Sistemas Nacionales (Reino Unido) Mixto o Fragmentario (Argentina). dado que expresa la falla en sistemas de aseguramiento solidarios y traduciendo la regresividad observada en el gasto en salud a cargo de los hogares.

2. Planteamiento del Problema

2.1.1 Formulación del Problema de la Tesis

Al abordar el estudio del financiamiento del Sistema de Salud en el país resulta complicado la estimación del aporte directo de los ciudadanos como "gasto de bolsillo" independientemente que contribuyan al sufragar impuestos a los distintos niveles del Estado y aporte lo dispuesto por ley en materia de contribución a la Obra Social en los enrolados en sistema formal de trabajo.

De allí la iniciativa del autor ante la falta de estudios actualizados a nivel nacional de aplicar la metodología validada y utilizada por MINSAL de Chile para calcular el mismo en el contexto de la comunidad del Partido de Pehuajó que permita analizar la forma de financiamiento de la salud en dicha jurisdicción.

2.1.2 Limitaciones del método elegido

De las fuentes de información empleadas: Se consideran los gastos asumidos por el nivel de gobierno municipal en finalidad salud por la ejecución presupuestaria, con respecto a los gastos sufragados por nivel provincial y gasto de salud en Hospitales Provinciales de acuerdo a Información provista por Ministerio de Salud Provincial (Dirección Información Sistematizada); las mediciones proporcionadas por Ministerio de Economía para el año 2007 de lo que constituye el gasto consolidado en \$ corrientes a nivel del Estado Nacional, Provincial y Municipal permitiendo calcular el gasto per-capita como otra forma de calcular el gasto público redistributivo al total de la población independientemente se atienda en el sector público o privado.

En lo referente a datos sobre Seguridad Social se construye una matriz de gastos con datos provenientes de Circulo Médico local y FEMEBA (Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires) en lo concernientes a gastos por honorarios médicos y de Clínica del Oeste, Centros de Alta Complejidad locales y FECLIBA (Federación de Clínicas de Buenos Aires) en cuanto a gastos sanatoriales, al no poder contar con información directa de las propias Obras Sociales.

La búsqueda de la información a fin de responder al objetivo principal del trabajo: determinar la relevancia del gasto de bolsillo en la financiación actual de la salud. Para ello el autor incorpora en el grupo de investigación a profesionales del INDEC quienes establecen el tamaño de la muestra y el método de selección de hogares a encuestar a fin de contar con una muestra representativa de la población urbana de la ciudad de Pehuajó.

La estructura del cuestionario aplicado es adaptado de: 1) Cuestionario aplicado en el Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS) por Ministerio de Salud de Chile, 2) Cuestionario aplicado en un proyecto de investigación Percepción de Niveles de Satisfacción en Usuarios de Sistemas de Salud, realizado por investigadores de Universidad ISALUD Coordinado por Margot Romano Yalour, Rubén Torres, Daniela Alvarez y Yael Grunhut.

2.2 Objetivos: General y Específicos

Objetivo general

Analizar el sistema de salud local incluyendo variables de oferta y demanda de servicios, fuentes de financiamiento, nivel de cobertura y satisfacción de usuarios.

Objetivos específicos

- Describir variables demográficas, socioeconómicas, nivel de ocupación, (NBI), vivienda; educación alcanzado, epidemiológicos de la población objeto del estudio; así como perfil de oferta disponible de servicio de salud e indicadores de estructura, utilización y calidad.
- Describir el nivel de cobertura en servicios de salud en la población en estudio y la distribución de la misma por parte de: a) El estado en sus niveles nacional, provincial y municipal, único referente para la población sin cobertura b) Seguridad Social por medio de Obras Sociales Sindicales, Obra Social Provincial y el INSSJP c) los Seguros Privados de Salud; así como el grado de satisfacción de los afiliados para con su cobertura.
- Explorar el nivel de satisfacción de la población en relación a la calidad de la atención profesional e institucional en los efectores de salud del área en estudio y preferencia de los encuestados en la prioridad a tratar y en la asignación de los recursos-
- Explorar preferencias en priorización de atención y asignación de recursos públicos.
- Medir la contribución al gasto en salud por parte de a) Sector Público (Estado) b) Seguridad Social y c) el gasto asumido en forma directa por los integrantes de los hogares (gasto de bolsillo). Explorar los diversos componentes del gasto en salud de bolsillo según quintiles de ingreso de la población encuestada.

3. Marco Teórico

3.1 Sistema de salud

Se define como un Sistema a la totalidad de los elementos que se encuentran en interacción unos con otros o la unidad que comprende partes interdependientes, en mutua interacción, que operan de acuerdo con ciertas leyes, de tal manera que producen un efecto total o final que no es la simple suma de las partes que lo componen (Von Bertalanfy 1960)

Un sistema de salud comprende ampliamente, todos los recursos que un país o comunidad dedica a la promoción de la salud, a la prevención de las enfermedades y a la recuperación de la salud, incluyendo todas las organizaciones sanitarias y las relaciones entre ambas. Comprende además el conjunto de comportamientos y conocimientos tanto sobre la promoción de la salud, como de prevención y atención de la enfermedad, que conforman el contexto cultural del sistema.

El Sistema de Salud de una determinada Nación surge entonces como fruto de la interacción o relación entre la comunidad que tiene necesidad de salud y la respuesta de la propia sociedad en forma de conductas, políticas y organización de servicios.

La respuesta que una sociedad da a las necesidades de salud de sus integrantes es más que la suma de los servicios de atención de la salud. Implica también la forma en que se protegen las condiciones de vida y trabajo, la distribución y calidad de los alimentos y el crecimiento y desarrollo de la nueva generación.

En un sistema de salud es evidente su dependencia del ambiente político, económico y cultural, que es el suprasistema y el condicionamiento que impone a los subsistemas dependientes, como es el caso del subsistema de atención médica (Pan American Health Organization, 1994).

En general se espera que un sistema de salud provea a la población un amplio, equitativo y costo-efectivo acceso a sus servicios, los cuales cuentan con ciertas particularidades que requieren la participación del estado para resolverlas. Estas particularidades – llamadas “fallas de mercado” por los economistas – cubren un amplio espectro que se extiende desde la asimetría de información entre pacientes, médicos y aseguradores, hasta interdependencias entre el estado de salud de una persona, la de su familia y la comunidad. Las fallas de mercado proveen un argumento desde la eficiencia para desarrollar políticas de equidad, independiente de las motivaciones solidarias presentes en cualquier sociedad.

3.1.1 Componentes del Sistema de Salud Argentino

El Sistema de Salud Argentino clasificado como Mixto o Fragmentario donde diversas organizaciones públicas y privadas financian y organizan diferentes servicios para diferentes poblaciones, no existiendo universalidad de coberturas. Comienzan a organizarse de la siguiente forma:

a) *El subsector Público*: con sus orígenes en la creación del primer Hospital Público (En 1605 en Buenos

Aires, el Hospital Alto de San Pedro, también conocido como Hospital del Rey), con lento desarrollo, hasta que a mediados siglo XX duplica su capacidad de camas bajo gestión del Dr. Ramón Carrillo

b) *El subsector de Obras Sociales*: con sus orígenes en el tradicional espíritu asociacionista orientado a la protección social, presente en la Argentina desde sus orígenes (En el siglo XVII surgieron en el seno de nuestra comunidad los primeros esbozos de asociaciones de socorros mutuos, o mutualidades) y consolidado a partir de 1944 con la creación de la primera Obra Social: Dirección de Asistencia y Previsión Social para Ferroviarios.

c) *El subsector de Pre-pagos*: con sus orígenes en 1930 con la experiencia del Dr. Alejandro Schvarzer, y consolidado a partir de 1955 con la aparición de los prepagos sanatoriales.

Se observa gran heterogeneidad hacia el interior del sector, producto de la profunda fragmentación que lo caracteriza. Al mismo tiempo una gran ausencia de coordinación y articulación, lo que impide la utilización eficiente de los recursos disponibles, generando a su vez altos niveles de inequidad en la cobertura.

La interacción mediada por el sistema de salud se caracteriza por su enorme complejidad, derivada esencialmente por las múltiples relaciones de agencia que se establecen.

Asimismo, se trata de una relación de agencia particular, por cuanto los profesionales (especialmente los médicos), que son agentes tanto del usuario como del financiador, y poseen mucha más información que sus principales (usuarios y financiadores), para la toma de decisiones.

El sector salud, de este modo, fue conformándose no como un verdadero sistema donde cada una de las partes constituyentes concurren de forma armónica para el logro de los objetivos, sino como una sucesiva aposición de subsectores que rindieron al sector altamente fragmentado, desarticulado, intrincado e ineficiente

SUBSECTOR PUBLICO: Provee servicios de salud en forma gratuita por medio de una red de hospitales públicos y centros de salud, con recursos financieros que provienen del sistema impositivo.

El Subsector Público constituye la infraestructura más extendida de servicios de salud. Este ha tenido que afrontar un incremento en el volumen de atención debido, básicamente, a factores económico sociales, como ser la alta tasa de desocupación y el aumento del trabajo informal. En año 2004: Establecimientos oficiales: con internación: 1.321; sin internación: 6.679 Camas disponibles: 78.057. Fuente INDEC en base a información del Ministerio de Salud de la Nación

SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL: La seguridad social esta organizada como un sistema obligatorio que se financia con aportes de los trabajadores y de los empleadores (Díaz Muñoz, 1993) El Sistema de Seguridad Social de atención de la salud en la Argentina se encuentra fragmentado, tanto en sus fuentes de financiamiento, como en la constitución de los fondos utilizados por cada subsistema, el gerenciamiento de cada uno de ellos, y sus mecanismos de provisión de servicios.

Esta fragmentación provoca la superposición de coberturas, donde algunos beneficiarios de Obras Sociales recurren a instituciones estatales ante cortes de prestaciones o niveles deficientes de calidad, en tanto otros, dado su nivel de ingreso, optan por financiar un seguro privado adicional. Ello

genera muchas veces subsidios cruzados e ineficiencia en la asignación de recursos.

Seguridad Social comprende a las Obras Sociales Nacionales y el INSSJP, las Obras Sociales Provinciales, correspondientes a las 24 jurisdicciones, con marcos jurídicos diferentes e independientes, y otras Obras Sociales, como las de las Fuerzas Armadas, Policía, Universidades Nacionales, Poder Judicial y Congreso de la Nación.

Actualmente el sistema *OOSS nacionales* regido por la Ley 23.660, está integrado por 285 entidades de distinta naturaleza jurídica. Cubriendo un total de 11.298.314 beneficiarios en total a lo que debemos agregar 2.921.093 beneficiarios del INSSJP. Con el 10% de O.S.Sindicales y 15% de las de dirección se conforma el Fondo Solidario de Redistribución (FSR) administrado por Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), que subsidia a las entidades de menores aportes y subvenciona las prácticas de baja incidencia y alta complejidad (APE). (Rubén Torres, SSS 2004).

Contando con Establecimientos propios que representan el 1% del total y cuenta con 4.403 camas (3% del total). La seguridad social esta organizada como un sistema obligatorio que se financia con aportes de los trabajadores y de los empleadores (Díaz Muñoz, 1993)

El financiamiento de O. S. Sindicales se obtiene por medio del aporte del 6% del salario a cargo del empleador y el 3% a cargo del empleado, más los co-pagos autorizados. O. S. del Personal de Dirección cuyo perfil corresponde a asalariados no incluidos en convenios colectivos de trabajo y a grupos familiares de asociación voluntaria.

Obras Sociales Provinciales han sido creadas por leyes provinciales y dan cobertura a los empleados públicos provinciales y de municipalidades que adhieran, jubilados de las cajas provinciales (sin libertad de elección) y aportantes voluntarios. Se trata de entidades autárquicas, sin control regulatorio externo. Población bajo cobertura: 6.000.000

INSSJP el Instituto, cuyo programa principal es el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) fue creado por la Ley 19.032 (1971). Los servicios del INSSJP se fueron ampliando progresivamente, primero por medio de la extensión de la cobertura a otros beneficiarios (pensiones graciables, veteranos de guerra, madres con mas de siete hijos, discapacitados o con enfermedades crónicas, personas de mas de 7 años sin cobertura especifica, etc). Origen de los recursos aporte de los trabajadores del sector público y privado 2%, por contribuciones de empleadores 2%, de autónomos 5% y de los propios pasivos 3% del haber mínimo y 6% sobre el excedente.

SUBSECTOR PRIVADO: Las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) comprenden un dispar conjunto de entidades con una alta dispersión, tanto en precio como en nivel y calidad de cobertura.

Existen alrededor de 200 EMP, agrupadas en dos cámaras: a) Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la Republica Argentina (CIMARA) b) Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP) No más de 10 a 12 empresas líderes cuentan con el 40% de los beneficiarios del sistema.

Población: 2.700.000 de personas, que corresponden al 6% de la población total. Las EMP tienen planes de servicios diferenciales, dependiendo del monto de la prima abonada.

Medicina Prepaga se ha desarrollado desde sus comienzos sin un marco jurídico específico, que

garantice la efectiva realización de las prestaciones médico-asistenciales y su adecuada calidad. El único elemento de regulación está representado por Ley 24.754 (1997), que obliga a las entidades a cumplir lo normatizado por Resolución 274/96 del Ministerio de Salud y Acción Social (Programa Médico Obligatorio).

Rubén Torres, 2004 expresa que del conjunto de los afiliados actuales, algo más del 65% son beneficiarios de una obra social nacional a través de diversas formas contractuales. El 17 % de los beneficiarios de OSN recibe sus servicios a través de la medicina prepaga, y ellas perciben alrededor del 30% de las cotizaciones sociales del sistema. Este mecanismo les permite de ese modo mantenerse y aumentar su cartera, a la vez que gozan de los beneficios de la opción de cambios y el FSR. Sus afiliados directos constituyen el 2,5% de la población total del país, ubicada casi en su totalidad en la definición actual de clase media y alta.

Los datos referidos ameritan la necesidad de establecer mecanismos de regulación de las mismas e insertarlas dentro de una política global de salud, como responsables de la salud de sus beneficiarios, integradas a los distintos planes de prevención decididos por la autoridad sanitaria nacional y otorgando la información epidemiológica general, entendiendo que en el concepto de sistema las acciones de un sector, por más pequeño que sea, tiene inevitablemente efectos sobre los otros.

3.2 Mercados de Salud

3.2.1 Introducción: La salud como bien

Es cierto que la salud constituye un bien económico, pero es a todas luces un bien muy especial y particular en cuanto a sus características tanto en lo individual como en lo social. Estas peculiaridades son en primer lugar observables en lo que podríamos llamar la función de producción de salud, y en segundo lugar trasladan su influencia a los mercados de bienes y servicios relacionados a la misma, haciendo que la teoría convencional (neoclásica) resulte insuficiente, o directamente fracase al tratar de explicar el funcionamiento de este mercado como mecanismo de regulación de la actividad económica del área.

Entonces, dada la compleja e intangible naturaleza de la salud como bien, por otro lado ligado a la vida misma como fin último no sustituible, una aproximación reduccionista pero práctica resulta de admitir que a nivel individual las personas buscan su reparación ante la deprivación o ausencia del mismo (enfermedad) a través de los servicios sanitarios asistenciales, y su conservación o la prevención del evento de enfermedad a través de los servicios de medicina preventiva. La enfermedad a su vez implica costos, tanto directos o monetarios para pagar la atención médica, como costos de oportunidad (lucro cesante, viajes, esperas, etc.), por lo cual y entendiéndola como un riesgo financiero, las personas buscan limitar esos riesgos futuros e inciertos que amenazan su estado de salud, apuntando a preservarla, mantenerla o repararla, a través de los seguros médicos. (obras sociales, prepagas).

Por otro lado, desde la óptica social o colectiva, la salud es considerada como parte del capital social ligado al crecimiento y desarrollo de las sociedades, y en tal concepto pasa a ser considerado

como un **bien meritorio**. Y en este punto conviene aclarar que económicamente bienes tutelares, meritorios o preferentes, son aquellos bienes o servicios que, en opinión de las autoridades de una sociedad, resultan de importancia vital para el país, porque el hecho de que todos puedan alcanzarlo deriva en un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población. Luego, su acceso y consumo debe ser protegido, y un modo de lograr esto es hacer que eso no dependa de la capacidad adquisitiva individual.

Luego de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los Estados han elevado *la salud al rango de un derecho social que debiera ser universal, incorporándolo a las constituciones* y asignando los medios para hacerlo efectivo mediante la reparación y prevención de la salud a través de la adecuada atención médica.

Esto último está representado por los sistemas de salud o cobertura médica, oportunamente definidos por la OMS, como el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas los recursos del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, de la rehabilitación, de la prevención y del fomento de la salud, y es lo que básicamente pasa a ser el bien a proveer y tutelar para el conjunto de la sociedad.

3.2.2 Estado y Mercado como determinantes de los Sistemas de Salud

Las concepciones modernas de Estado y Mercado, *el primero* como organización política y jurídica de la comunidad, que procura el bien común y *el segundo*, como institución social en la que los bienes, servicios y factores productivos se intercambian libremente entre los compradores y los vendedores, configuran dos principios que expresan acabadamente dos mundos que, aunque interactúan permanentemente, en su esencia son muy diversos: el mundo de la política y el mundo de la economía.

El Estado, con los cuatro elementos que lo conforman (territorio, población, gobierno y poder), constituye el espacio estructurado (entes y órganos del Estado) que actúa como brazo operativo para la conducción del proyecto social que expresa la voluntad y valores del pueblo, mientras que *el Mercado*, es el espacio no estructurado donde se determinan los precios y donde se expresa la voluntad de los individuos, quienes, como productores y consumidores, negocian transacciones sobre la base de valores y preferencias individuales.

3.2.3 Mercado de atención de la Salud

El financiamiento de un sistema de salud representa la provisión de los medios suficientes para solventar todos los gastos originados por las acciones referidas al proceso de salud enfermedad.

El funcionamiento del mercado de la atención de la salud tiene importantes diferencias con respecto a otros mercados. Esta situación fue reconocida por el sociólogo y economista Wilfredo Pareto a comienzos del siglo XX, cuando afirmaba "El mercado de la salud es un mercado imperfecto" (Pareto, 1987). La optimalidad paretiana (Agulla, 1994) de una economía de mercado perfecto exige un equilibrio

general, donde la oferta y la demanda de cada mercadería se igualen, de manera tal que ningún individuo pueda mejorar su situación sin empeorar la del otro. Esta situación, obviamente, no ocurre en el mercado de la salud; de ahí que sea imperfecto.

No obstante lo clásico de este criterio conviene notar que, como dice Ortún Rubio, "El criterio de Pareto implica tres juicios de valor: primero, que los individuos son las unidades únicas y básicas del análisis; segundo, que cada individuo es el mejor juez de su propio bienestar y tercero, que mejorar la situación de alguien sólo es aceptable si nadie empeora."

3.2.4 La función de producción de salud

Definida como la relación entre el nivel de salud alcanzado y los "recursos" (factores de producción) empleados para conseguirlo (González López – Valcárcel, Beatriz) A diferencia de la de otros bienes y servicios, esta función de producción es de naturaleza *compleja, multifactorial y multidimensional*, aceptándose clásicamente que los resultados de salud de la población están condicionados en los países occidentales por cuatro grandes factores o determinantes:

- El primero de ellos es la **biología o la herencia**. En las principales causas de muerte la genética es responsable de aproximadamente el **27%** de los casos (Asenjo, 1993).
- El segundo condicionante de nuestra salud: **ambiente** en el cual vivimos. Es obvio que existen lugares más saludables que otros. Aunque en general las áreas más pobres son también las más insalubres e incluso ecológicamente adversas, hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto la salud de los ricos como la de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel. Los factores ambientales representan el **19%** de los casos de enfermedad (Dever, 1993).
- El tercer factor, son los **estilos de vida** que incluyen: El tabaquismo, nutrición, sedentarismo, conductas de riesgo, adicciones, prácticas laborales, etc. Posteriores análisis del tema ampliaron la discusión sobre en qué medida se trata de un problema individual y en qué medida es un problema público, valorando la real posibilidad y responsabilidad de los individuos de modificarlos, en tanto sigan inmersos en las circunstancias existenciales que los llevaron a adoptarlos.

Epidemiológicamente se ha cuantificado el peso de los estilos de vida, concluyendo que un **43%** de la veces la enfermedad y aún yendo más lejos la muerte reconoce como causa mediata a los hábitos nocivos que signaron a la persona a lo largo de la vida.

- El cuarto factor: es el **sistema sanitario**, constituido por los, hospitales, los seguros médicos, los profesionales de la salud, consultorios, laboratorios, medicamentos, etc. El mismo es responsable por el **11%** de los casos de enfermedad o muerte, y ello conduce a reflexionar la escasa incidencia que finalmente tienen los recursos formales de los servicios de salud en contraposición al monto de los recursos destinados a tal fin, que en todo Occidente consumen aproximadamente el 90% de los recursos de salud.

La función de producción de salud es multifactorial y multidimensional, y cuál es el verdadero peso relativo de los servicios de salud o dicho de otro modo, del mercado de la salud.

Quede entonces como referencia a tener en cuenta que, pese a su indudable protagonismo, el mercado de los servicios sanitarios provee sólo uno de los factores de producción de salud, y que ellos son un medio y no un fin en sí mismos. Luego, la demanda de servicios sanitarios es una demanda derivada de la de salud (Vasallo Carlos y col. Salud, Mercado y Estado- 2003).

3.2.5 Características del mercado de la Salud

El mercado de salud tiene algunas características particulares, que es necesario reconocer para comprender la complejidad de su administración y financiamiento: (Del Prete, 2000):

- En la producción de bienes de salud se producen las externalidades y fallas derivadas de la imperfección de la teoría económica. Existen: a) *Bienes Públicos*: vacunación, investigación médica básica o aplicada, saneamiento ambiental; benefician a la sociedad en conjunto, pero por los cuales los individuos no están dispuestos a pagar porque no se pueden apropiarse de ellos y b) *Bienes Meritorios*: acceso garantizado a la atención sanitaria y adecuada calidad de atención; hay servicios o bienes de los cuales los individuos se apropian, pero que la sociedad define que deben estar disponibles, independientemente de la capacidad de pago de los consumidores.
- La enfermedad es un fenómeno aleatorio y si bien la información epidemiológica puede brindar orientación al respecto, es impredecible su aparición y la efectividad del tratamiento.
- En proceso de atención de la salud existe asimetría de información entre las personas y los proveedores de servicios, lo que genera una relación desequilibrada entre las partes.
- La atención médica no responde a un modelo eficiente en la organización de la producción, dado que la ausencia de competencia en un mercado que funciona sin regulación lleva a los médicos a adoptar modalidades de trabajo alejadas de las de mayor productividad.
- La demanda de atención médica, la propia o generada por terceros, se encuentra influida por factores socio culturales, a la vez que la existencia de una cobertura médica introduce un incentivo perverso a consumir atención médica en exceso. Por otra parte el profesional médico, para complacer al paciente o por el prestigio asociado al uso de tecnología de avanzada, puede recomendar estudios o tratamientos que, desde el punto de vista de costo efectividad estarían injustificados.
- Los riesgos de enfermar difieren entre los individuos de una sociedad según su edad, el sexo, el nivel socio económico, el lugar y tipo de residencia.
- La atención de la salud tiene connotaciones distintas al de otros bienes. La tendencia social a priorizar la salud se ve reflejada en el consumo de más prestaciones de salud que las que los individuos hubieran necesitado de otro modo.

3.2.6 Del paradigma de la integración vertical al enfoque contractual

El paradigma de la integración vertical en las organizaciones de salud suele resultar ineficiente por: a) la dificultad para que una sola organización pueda incorporar todos los activos específicos existentes en el mundo moderno (tecnológicos y humanos) y mantenerlos actualizados b) resulta económica y socialmente ineficiente mantener estructuras sanitarias en competencia estéril, cuyos costos recaen directa o indirectamente sobre los ciudadanos, los que por otra parte pagan por ello un alto costo de oportunidad. Esto se observa en el ámbito donde se realiza esta investigación.

Por lo que se considera prioritario trabajar sobre la integración entre los distintos subsectores de una misma localidad, sino además la complementación de recursos de zonas aledañas, dada la existencia de activos específicos de localización. Para dar respuesta a este imperativo asociativo, la nueva economía institucional desde su perspectiva contractual, aparece como un sustento teórico validante que se complementa con la conceptualización de redes. Se concibe la organización como un conjunto de individuos con objetivos diferentes que se relacionan a través de un conjunto de contratos predominantemente incompletos, dirigidos a regular las transacciones económicas internas y externas a la organización.

Las teorías económicas contractuales no se focalizan tanto en la tecnología como en los acuerdos, reglas y normas; en definitiva en los contratos que establecen los individuos y las organizaciones para regular sus transacciones.

Las fallas de mercado ya mencionadas hacen que siempre los contratos resulten incompletos, motivo por el cual los incentivos pensados en términos de alinear objetivos individuales, grupales y organizacionales, resulten relevantes.

3.2.7 Teoría de la agencia

Asumimos que el prestador y el beneficiario poseen un desigual bagaje de conocimientos para discernir lo que este último necesita a fin de preservar o recuperar su salud, o sobrellevar una dolencia.

En principio, el beneficiario ignora las características y las alternativas de servicios y suministros disponibles para atender su caso, y no puede observar o inferir claramente muchas de las acciones del prestador que afectan el resultado final. Más aún, según Enthoven citado por (Báscolo y Sanchez de León, 2001, p. 7): la libertad de elección del prestador por parte del beneficiario no sólo no permite minimizar las imperfecciones de la información, sino que, en los casos en que esta sea la única estrategia para acercar el funcionamiento de los servicios a las reales preferencias de los consumidores, existen altas posibilidades de que estas sean moldeadas por la misma oferta.

Tal situación podrá morigerarse en alguna medida mediante la producción y difusión pública de información sobre la efectividad de los distintos tratamientos (Ortún y Del Llano, 2000). No obstante, resulta innegable que además del contenido científico que se le adjudica, la opinión profesional del médico goza

generalmente de una fuerte legitimidad social.

La comentada asimetría informativa en ventaja del prestador, así como la falta de un seguro ideal que cubra al beneficiario contra el eventual fracaso de la asistencia recibida, obliga al beneficiario a delegar en el prestador gran parte de su libertad de elección (Arrow, 1981). El prestador pasa entonces a actuar como agente (representante o delegado) de un principal en este caso, el beneficiario.

Efectuada esa delegación, el prestador puede adoptar decisiones interesándose únicamente en el bien del paciente o por el contrario- dando intervención a sus propios objetivos de beneficio. Decimos que actúa como agente perfecto en el primer supuesto y como agente imperfecto en el segundo. Más aún, cuando la utilidad del prestador tiene prioridad sobre la necesidad del paciente, calificamos su conducta como *comportamiento oportunista*.

Una situación análoga se entabla entre el prestador y el administrador, toda vez que el primero es quien toma contacto directo con el paciente, lo diagnostica e indica el curso de acción a su respecto, todo ello con cargo al administrador. Podemos concluir entonces que el prestador actúa como doble agente del beneficiario y del administrador, en forma probablemente imperfecta y eventualmente oportunista. La pérdida residual emergente del comportamiento oportunista, junto al costo administrativo incurrido para evitarla o reducirla, integran el denominado *costo de agencia*.

La teoría de la agencia supone contratos que fijan detalladamente los derechos y obligaciones de cada participante para cada contingencia.

3.2.8 Economía de los costos de transacción

Una transacción implica la modificación de derechos de propiedad a partir de un acuerdo de voluntades. Para arribar a tal entendimiento y asegurar su ejecución, deben desarrollarse tareas de acreditación, negociación y supervisión (Ortún y Del Llano, 2000), y estas usualmente generan costos.

Llamamos costos de transacción a los recargos inherentes a un mecanismo cualquiera de asignación de recursos, originados en la necesidad de coordinar y motivar a sus participantes. Implican un menoscabo de recursos accesorio a los costos de producción o prestación, y su efecto se compara en la economía al de la fricción en la física. Dando por cierto que en materia de salud se gasta mucho para comprar pocos resultados (G. González García y Tobar, 1999), *la diferencia entre lo que se gasta y lo que se compra está constituida mayormente por costos de transacción*.

En lo que a nuestro tema concierne, en el trayecto que siguen los recursos hasta el efectivo acto prestacional, cada instancia de negociación que deben transponer para asumir o transferir riesgos, para concertar aranceles o modalidades de prestación, etc. detrae de ellos cierta porción *son costos de transacción* (de no-prestación, en este caso) tributados para obtener y acotar la actuación del prestador, habida cuenta de la dificultad para justipreciarla y anticipando su comportamiento oportunista.

Siguiendo a Milgrom y Roberts pueden definirse como *los costos de hacer funcionar el sistema*. Siendo el problema de las organizaciones el coordinar decisiones y motivar el proceso de toma de decisiones en un sentido eficiente dada una dotación limitada de recurso, estos costos se dividen en

costos de coordinación (transmitir información dispersa para elaborar un plan eficiente y comunicarlo a los demás) y *costos de motivación* (asociados a la existencia de asimetrías informativas y tendientes a armonizar los intereses divergentes de los distintos agentes)

3.2.9 Teoría de la elección pública

Esta teoría incorpora la siguiente idea: no solo es necesario minimizar los costos de producción y transacción en forma conjunta para obtener mayores niveles de eficiencia y para ello diseñar sistemas de incentivos adecuados, sino además hay que considerar al ámbito de lo político y particularmente al diseño y cambio institucional. Es bien sabido en nuestro medio que ninguna reforma se hará factible sin la voluntad política de llevarla a cabo.

3.3 Financiamiento de Asistencia Sanitaria – Equidad

3.3.1 Razones para el Financiamiento de la Salud

Como expresara Carlos Vasallo en XIII Jornadas AES “La cuestión de la Salud” tiene:

Razones Filosóficas para su financiamiento desde distintas corrientes: El *igualitarismo* tiende a considerar que la salud es un derecho fundamental y todas las personas tienen que tener acceso a la misma. El *utilitarismo* por su lado tiende a pensar que en realidad los sectores que es preferible financiar es a los más productivos de la sociedad, porque esos son los que tienen mayor eficiencia y los que pueden después en alguna medida, mejorar la fuerza de trabajo, mejorar su productividad y que esto se pueda volcar en un sistema que se vaya ampliando.

Razones Políticas: los gobiernos tienen en el financiamiento un instrumento para poder controlar distintos aspectos del sector, para poder generar determinados incentivos, y gobernar este complejo sector.

Razones de Mercado: que son fundamentalmente los mercados fallados. En los países de bajos ingresos: el 1 % de la población gasta entre 20 y 25 % del gasto en salud; en tanto el 10% de la población de más altos ingresos gasta el 60% de ese gasto en salud. El financiamiento está en consecuencia, concentrado en una pequeña porción de la población.

Razones de tipo Macroambiental: que tienen que ver con los cambios que se han ido realizando.

- Cambios Económicos: la importancia de lograr el equilibrio fiscal.
- Cambios Demográficos: reducción de natalidad, incremento del envejecimiento.
- Cambios Epidemiológicos: aumento de enfermedades crónicas.

Razones Culturales: el nivel de educación de la población, las expectativas, los valores y en particular la ruptura de la familia como soporte.

Esta función de los sistemas de salud se refiere a la recaudación y distribución de los recursos para el funcionamiento del sistema. Esto es: quién paga, qué paga, cómo se recolectan los recursos económicos y cómo se aplican o distribuyen. Qué recursos percibe el sistema y qué servicios compra con esos recursos.

El Financiamiento de la Salud básicamente depende de algunos factores: el país donde está ubicado el sistema, el nivel de ingresos de la población, las características sociales y culturales, la infraestructura y la educación.

Recomendaciones de la OMS para mejorar el financiamiento del sistema de salud:

- 1- Reducir las ocasiones en que las personas se vean obligadas a hacer grandes desembolsos de sus bolsillos en el punto de servicio
- 2- Aumentar el rendimiento de las cuentas de las instituciones responsables de gestionar seguros y de la provisión.
- 3- Mejorar la distribución entre ricos y pobres, sanos y enfermos, de las cuotas abonadas.
- 4- Recaudar recursos mediante mecanismos administrativos eficientes.

3.3.2 Financiamiento de la atención de la salud en Argentina

Los bienes y servicios salud tienen tres fuentes principales de financiamiento, que varían de un país a otro conforme a la estructura de cada sistema de salud, impuestos generales y específicos, contribuciones a la seguridad social recaudadas mediante impuestos sobre la nómina, otros impuestos o cotizaciones y desembolsos realizados por los hogares que comprenden pagos directos y pagos por conceptos de primas de seguros privados.

Las encuestas de ingresos y gastos de los hogares permiten cuantificar y analizar lo que los hogares gastan en salud.

Los gastos en salud de los hogares proporcionan pistas interesantes sobre la prestación de servicios de salud y sobre la necesidad de avanzar en la equidad de su financiamiento y suministro.

Lo que importa para un sistema de salud es lo que se gasta solidariamente, es decir con carácter redistributivo, no reviste ese carácter el gasto de bolsillo. El desafío de una reforma al sistema de salud estaría dado por que el esfuerzo de la población lleve a convertir que la mayor parte del gasto reviste el carácter redistributivo.

TABLA 1 GASTO EN SALUD POR SECTOR COMO % DEL PBI

GASTO EN SALUD – ARGENTINA – AÑO 2004	
Agente	Como % del PBI
SECTOR PUBLICO	1,99
Ministerio Salud de Nación	0,29
Ministerios Salud Provinciales	1,40
Secretarías Salud Municipios	0,29
SEGURIDAD SOCIAL	2,94
Obras Sociales Nacionales	1,37

INSSJP	0,81
Obras Sociales Provinciales	0,77
CON IMPACTO REDISTRIBUTIVO	4,93

Fuente Oficina CEPAL Cetrángolo O, Jornadas AES 2004

Esa misma fuente revela que no tiene efecto redistributivo un 4,25 % del PBI (Seguros voluntarios: 1,30, Hogares 2,67, Empresas y otros: 0,27)

La posibilidad de redistribución no es uniforme a toda la población, ya que estará influida por la característica del poder de financiamiento de cada provincia y de cada municipio.

La distribución del gasto en salud por subsectores se refleja en la siguiente tabla.

TABLA 2 GASTO TOTAL EN SALUD POR SECTOR

GASTO TOTAL EN SALUD - ARGENTINA		
Agente	En millones de \$	Como %
SECTOR PUBLICO	5.560	23
Ministerio Salud de Nación	805	3,5
Ministerios Salud Provinciales	3.913	16
Secretarias Salud Municipios	842	3,5
SEGURIDAD SOCIAL	8.243	34
Obras Sociales Nacionales	3.861	16
INSSJP	2.270	9
Obras Sociales Provinciales	2.112	9
HOGARES	10.390	43
Primas Seguros Privados	3.117	13
Deembolsos directos	7.273	30
TOTAL	24.193	100

Fuente: Tobar F. El gasto en salud en Argentina y su método de cálculo. ISALUD, Buenos Aires, 2.000

3.3.3 El gasto público en salud

Las provincias ejecutan más de dos tercios del gasto público en salud, usando para ello principalmente recursos de coparticipación federal, que representan la mayor fuente de recursos. Dicha coparticipación federal no considera variables relacionadas con las necesidades de salud de la población o el desempeño del sector y no existe destinación específica para los recursos de salud. Cada provincia tiene la potestad de definir que porcentaje de su presupuesto (y de los recursos coparticipados) gastará en salud. En consecuencia el gasto en salud varía entre las distintas provincias, desde menos del 8% hasta el 28% del gasto provincial total.

Gasto Provincial en Salud (equivalente a 3.900 millones en el 2001)

- 88% Servicios de salud: incluyendo salarios, insumos, infraestructura, equipamiento y mantenimiento.
- 10% a acciones de política, coordinación y regulación
- 2% en programas de salud pública.
- La oferta de servicios – más que la demanda de los mismos- parece ser el mayor determinante del gasto público en salud.

Gasto Nacional en Salud (462 millones en el 2001)

- 66% Servicios de salud: incluyendo salarios, insumos, infraestructura, equipamiento y mantenimiento.
- 20 % a acciones de política, coordinación y regulación
- 14 % en programas de salud pública.
- El gasto nacional en programas prioritarios, que complementa las acciones provinciales, si bien representa un monto menor, está mejor focalizado.

Fuente: Califano Jorge E. El financiamiento del Sistema de Salud Argentino Buenos Aires 2007

3.3.4 Gasto privado en salud

Los desembolsos que las familias destinan a salud, bien pueden reflejar la disponibilidad de los recursos y servicios públicos, con lo cual indirectamente puede determinarse el grado de equidad en el acceso a los servicios de salud.

El gasto de los hogares en servicios de salud como porcentaje total del gasto de consumo doméstico representa los costos de atención de salud solventados por las familias mediante gastos directos – **denominados también gastos de bolsillo**- o indirectos, que se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados (OPS 2007).

Se estima que los pagos directos del propio bolsillo son una de las formas menos eficientes y menos justas de financiamiento en salud y pueden acarrear el empobrecimiento de las familias.

Los gastos de bolsillo en salud abarcan los desembolsos directos de los hogares en rubros relacionados con la salud, tales como hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos.

La *carga del gasto de bolsillo* expresa la magnitud de tales gastos respecto de la capacidad de pago del hogar .Esta se define como el ingreso total del hogar menos sus gastos de subsistencia.

Incurren en *gastos catastróficos*: cuando la magnitud de la carga de gastos de bolsillo supera un límite determinado de la capacidad de gasto de las familias, por lo general, el límite se establece en el 40% de la capacidad de pago y esta clase de gastos puede "empobrecer" a las familias. Los gastos catastróficos no necesariamente se relacionan con enfermedades de alto costo, su incidencia relativa no solo se relaciona con el estado de salud sino también con las características del aseguramiento.

Es preciso agregar que el carácter de lo que es catastrófico depende no solamente del monto del desembolso sino del tiempo durante el cual debe incurrirse en ellos o de su carácter puntual o reiterado.

Se advierte que el gasto catastrófico se asocia más bien con gastos de salud elevados que con escasa capacidad de pago. Asimismo se relaciona con gastos de hospitalización y medicamentos, más que con consultas generales y profesionales. Los gastos en medicamentos representan una elevada proporción del gasto de bolsillo en salud en todos los países.

Tradicionalmente en los estudios se ha pasado por alto un aspecto medular, a saber, *qué indica la ausencia de gasto de bolsillo en salud*. En Argentina lo hace el más del 50% de los hogares (62,7% de los hogares sin cobertura tiene gastos cero; mientras que en los hogares con cobertura completa es del 45,3%. Una elevada proporción que no declara gasto de bolsillo en salud se concentra en los primeros quintiles de ingresos.

Esto se explica por dos razones: por un lado, en todos los países la población de menores recursos tiene cierta cobertura de servicios sociales de salud, que usualmente no exigen co-pagos, o bien acceso atención primaria sin costo. Por el otro, es posible que los hogares de menores recursos enfrenten serios problemas para pagar servicios de salud, por mucho que los requieran, ya que la "pobreza" es también relativamente alta entre los hogares que no declaran gastos de salud.

Variables explicativas de la diversa incidencia de los gastos de bolsillo en salud:

1.- *edad del jefe de hogar*: los hogares cuyos jefes son mayores de 65 años tienen una elevada carga por concepto de gastos de bolsillo en salud. 2.- su *nivel educativo* 3.- la *cobertura* de salud del hogar 4.- el *área geográfica*, la carga es superior en hogares de zonas rurales. 5.- el *nivel de ingreso*, la carga del gasto de bolsillo se reduce con el nivel de ingresos. 6.- la *condición de actividad del jefe de hogar*, si este es desocupado la carga es claramente superior. 7.- presencia de *niños menores de 5 años*, en el país la carga es menor por la existencia de planes materno-infantiles. 8.- presencia de adultos mayores las *personas mayores de 65 años* generan más gastos de bolsillo en salud. 9.- existencia de eventos hospitalarios: *internaciones*

Se observa mayor capacidad de realizar desembolsos de los grupos poblacionales con mayor ingreso.

El gasto de bolsillo en salud, como porcentaje del ingreso 2005 (22% en quintil I a 9% en quintil V) dicha pendiente negativa muestra la inequidad en la asignación de recursos al interior del sistema de salud

La encuesta de Utilización y Gasto en Salud 2005 indica un incremento más significativo del ingreso y de gasto de bolsillo en 1º quintil, comienza a crecer la participación de seguros privados y se reduce la erogación en medicamentos respecto a encuestas anteriores (Programa Remediar, programas locales de acceso a medicamentos, gastos en medicamentos específicos) los cuales disminuirían el umbral de gastos de las familias en este rubro.

Se verificó que los gastos de bolsillo de los afiliados a planes de medicina prepaga son relativamente crecientes entre quintiles.

Como consecuencia de la fragmentación institucional y de los desequilibrios en el financiamiento del sector salud argentino, una carga importante del financiamiento recae en las contribuciones de bolsillo de la población. Esto incluye el gasto que los hogares realizan en medicamentos y en servicios de salud (pago por servicios privados o de medicina prepaga), pero excluye los aportes para los sistemas de seguridad social.

Para comprender la significación y regresividad del mismo es necesario considerar la distribución del ingreso de hogares, en nuestro país observamos como se a incrementado la brecha de los ingresos entre el decil 1 es el de menores ingresos y el decil 10 es de mayores ingresos.

Veremos como esta desigual distribución de la riqueza tiene su correlato en una mayor incidencia del gasto de bolsillo en los presupuestos de los sectores más pobres.

3.3.5 Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina

El sistema de financiamiento y atención de la salud en Argentina es extremadamente fragmentado desde el punto de vista geográfico (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, innumerables fondos de seguridad social y prepagas).

El país cuenta con instituciones de aseguramiento social propias de cada jurisdicción (obras sociales provinciales) y transversales entre provincias (obras sociales nacionales).

La dimensión geográfica es consecuencia de las características políticas del federalismo argentino, y de la descentralización para la asignación y gestión de recursos en el sistema de salud. Los Ministerios de Salud de cada una de las 24 jurisdicciones sean responsables de la política sanitaria de su jurisdicción y del presupuesto público para sustentarla, con limitada injerencia de la autoridad nacional. A su vez, al interior del sistema de seguridad social, las obras sociales nacionales también presentan elevados niveles de heterogeneidad.

A nivel agregado, la presencia de múltiples fondos reduce la capacidad de hacer financieramente sostenible el sistema sanitario en su conjunto.

Así, la descentralización provincial y la atomización del sistema de seguridad social generan una brecha de equidad entre jurisdicciones y sistemas de aseguramiento social. Esta situación repercute en el gasto de bolsillo de las familias, que deben cubrir aquello que estos fondos no logran proveer, y por supuesto, pone en evidencia la existencia de un sistema de salud ineficiente e inequitativo.

Otra consecuencia no deseada de la segmentación del modelo sanitario argentino es el diferencial de absorción de gasto de cada subsistema, independientemente de lo recursos que cada uno de estos posean. El sistema público diversifica su atención entre la población que aporato a su obra social, cuyo reintegro difícilmente recupera, y aquella que no tiene cobertura alguna. Ello repercute en la población de menores recursos y en la calidad de los servicios.

La Argentina en contexto

Se encuentra ubicada entre las naciones de mayor ingreso, cuenta con 7.550 dólares per capita corregidos por paridad de poder adquisitivo.(Banco Mundial, 2007)

A pesar de ello y del significativo crecimiento económico de los últimos años, los indicadores de mortalidad en menores de cinco años distan de ser los mejores. Esto sugiere una falla en la estructura de prestación de los servicios de salud, lo cual va más allá de la capacidad de gasto y se apoya en los mecanismos de utilización, financiamiento y gestión de esos recursos.

Argentina posee un sistema de salud segmentado, lo que implica la inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria o compulsiva de los aportantes y sus familias. Un esquema de aseguramiento social diseñado para toda la población permitiría reducir los desembolsos individuales, otorgando el derecho a toda persona de acceder a un paquete de servicios relativamente homogéneo.

Dentro de esta perspectiva, en los últimos años se ha desarrollado el concepto de "Risk Pooling" en los sistemas de salud, en función de las estructuras de segmentación, intentando evaluar la capacidad que poseen esos mecanismos de aseguramiento para ofrecer cobertura ante la eventualidad de una enfermedad, ya sea través de estrategias de prevención, promoción y financiamiento.

La importancia de utilizar encuestas de hogares para el análisis de los mecanismos de cobertura y financiamiento de los sistemas de salud reside en que las mismas permiten identificar mecanismos de absorción y transferencia de riesgo entre subsistemas, especialmente en los casos en que la falta de un modelo único de salud permita generar un pool de riesgo a nivel nacional.

La capacidad con la que cuentan los distintos grupos de población para acceder a tratamientos en el área sanitaria descansa en su capacidad financiera y de gestión de esos fondos para brindar servicios; y en la posibilidad del sistema público de proveer cuidados sanitarios a aquellas personas que no cuentan con mecanismos de aseguramiento alternativo.

El sistema público otorga cobertura al 63% de la población más desprotegida y a solo 16% de los más ricos.

Se observa que individuos que aportan a un fondo, pero finalmente demandan servicios de salud en otro subsistema. El 60% de la población atendida en el sector público cuenta con un mecanismo de cobertura formal.

Los resultados muestran una relación positiva y significativa entre "contar con aseguramiento" y tener un nivel de educación secundaria completa, terciaria y universitaria. A mayor nivel de ingreso mayor es la incidencia del aseguramiento.

La presencia de enfermedades crónicas y catastróficas, la edad y el sexo femenino llevan a aumentar la probabilidad de aumentar el gasto en salud, tanto en términos absolutos como en porcentajes del ingreso.

La relación entre educación y gasto resulta significativa y creciente con el nivel de educación, mientras que el gasto de bolsillo muestra una relación también positiva y creciente respecto de los niveles de ingreso.

La pertenencia a sistemas de aseguramiento aumenta el gasto de bolsillo, tanto en términos monetarios como en porcentajes del ingreso, siendo los coeficientes positivos y significativos en ambos tipos de cobertura (obra social y prepaga). Ello supone algún mecanismo de inducción de gasto por parte de la oferta ante la presencia de cobertura formal, y especialmente en prepagas.

3.3.6 Distribución del gasto en salud

En promedio, el gasto en salud representa el 6,8% del gasto total de los hogares argentinos, con variaciones entre quintiles y entre provincias (4% en Santa Cruz y 11% CABA) Los hogares en las regiones más ricas gastan más en servicios de salud, como porcentaje de su gasto en consumo, que los hogares de regiones más pobres. Los hogares en las regiones con mayores necesidades en salud (medidas en NBI y TMI) tienen un gasto mayor en salud como porcentaje de su gasto en consumo, que los hogares de otras regiones.

Un análisis por quintiles de ingresos muestra que en todas las regiones, los hogares destinan un mayor porcentaje de su consumo al rubro salud, a medida que bajan sus ingresos (Banco Mundial, 2003)

El gasto privado en salud como porcentaje del ingreso es regresivo. En todas las regiones, excepto en la Patagonia, los hogares más pobres gastan más en salud – como porcentaje de su ingreso – que los más ricos. (en promedio Q1: 9,4% de su ingreso y Q5 solo el 5,2%) El gasto en servicios de salud sube a medida que suben los ingresos- Dado que la mayoría del gasto privado se va en medicamentos el impacto final es que el gasto privado es regresivo- Estas tendencias reflejan lo inelástica que resulta la demanda de medicamentos y las limitaciones del sistema de salud en ofrecer protección financiera efectiva a los ciudadanos más pobres.

3.3.7 Equidad

Le Grand (1982) distingue cuatro definiciones de equidad en el consumo: a) *equidad del gasto público*, b) *equidad en el uso* – individuos con la misma necesidad deben consumir la misma cantidad, c) *equidad en el costo* – *ceteris paribus* los consumidores deben enfrentarse al mismo precio para el mismo servicio, y d) *equidad en los resultados*.

La equidad en la utilización implica que dos individuos con igual condición, deben acceder al mismo tratamiento. Sin embargo, estos individuos no siempre coinciden en sus cantidades demandadas.

Por otra parte, la equidad en el resultado implica obtener igual respuesta frente a la misma necesidad. Sin embargo, existe un conjunto amplio de variables que influyen en dicho resultado y alejan a éste de la igualdad mencionada.

A partir de ello es posible considerar el concepto *equidad de oportunidades*, es decir, cuando cualquier individuo recibe tanta cantidad de servicios de salud como la disponible por cualquier otra persona bajo la misma condición, sin importar otras características del individuo, inclusive el nivel de ingreso.

En la práctica, el alcance de la equidad en el acceso no resulta evidente, existiendo límites para que cierto grupo de la población haga efectiva su demanda potencial. En general, dichos límites operan sobre la población de menores ingresos.

3.3.8 El objetivo de la equidad. Teorías de Justicia

Diferentes teorías de justicia pueden ser evaluadas como instrumentos axiológicos que proponen elementos de guía en el establecimiento de prioridades en la distribución de bienes y servicios. Estas teorías proponen distintos modos de enfrentar los problemas respecto a: qué tipos de bienes y servicios deben ser provistos a las personas; cómo distribuirlos con justicia y cómo seleccionar (priorizar) aquellos más importantes cuando los recursos para todos y cada uno de ellos no son alcanzables.

De ese modo el sanitarista, administrador o economista en cada caso, con sustento en la eficacia técnica competente, puede analizar, evaluar y quizás recomendar alternativas de eficiencia y optimización en la asignación de los siempre escasos y limitados recursos sociales. (Morgenstern, ISALUD 2010)

Utilitarismo: “Una distribución justa es aquella que provee el mayor bien para que el mayor número de personas” (John Stuart Mill, 1863) y la combinación igualadora de Jeremy Bentham (1780), donde la utilidad de cada persona cuenta por uno y la de nadie vale más de uno. No sólo se debe considerar la utilidad de actos aislados, sino las reglas de conducta que de adoptarse y adherirse a ellas, maximizan la utilidad en el agregado.

En los esfuerzos para maximizar la utilidad para el mayor número de personas, un sanitarista utilizará como vemos, prevenir o curar las enfermedades que afectan al mayor número de personas comunes. Priorizará programas que generen un mayor impacto en la salud de la población en el agregado, en lugar de terapias para unos pocos.

El utilitarismo es en general, el sustento axiológico de los instrumentos de medición y por ende de priorización de tratamientos y personas, seleccionando políticas y terapias que generan una mayor ganancia global en cantidad y calidad de años de vida.

Igualitarismo: Bajo la corriente socialdemócrata/marxista el principal reto es diseñar mecanismos de distribución que combinen la máxima “de cada quién según su capacidad, a cada quién según su necesidad” con dosis de responsabilidad individual para no anular el incentivo al propio esfuerzo. Sus exponentes: Amartya Sen (Premio Nobel de Economía, 1998) la finalidad debe ser igualar determinadas capacidades básicas, para que los individuos puedan desarrollar sus planes de vida y John Roemer (Universidad de California) las políticas públicas deben buscar garantizar igualdad de oportunidades en ciertos resultados, como ingresos o salud.

Los propulsores del igualitarismo en el contexto sanitario, deben determinar anticipadamente y con claridad que tipo de igualdad consideran más importante, es decir establecer reglas según las cuales se deben tratar igual a las personas – si es en el acceso a los mismos beneficios, bienes y servicios – o si el intento igualador debe referir a los resultados efectivamente obtenidos por la atención. Este discernimiento se constituye en un problema no menor, especialmente si sostenemos y mantenemos como válida una matriz compleja de causalidad de mortalidad, por la cual probablemente para igualar resultados sanitarios, es necesario poner énfasis en distintos componentes de esta matriz causal para distintas poblaciones.

Debemos atender con herramientas distintas, ofreciendo bienes aún distintos a los sanitarios (educación, alimentos, ocupación, salubridad, ambiental, seguridad, etc.) para intentar igualar específicamente resultados sanitarios. La forma de este principio de justicia requiere entonces que el bienestar neto de cada persona, deba ser lo más igualitario posible o al menos igual hasta un nivel mínimo considerado justo en términos de igualación de resultados.

Un enfoque fundamentalmente socialista, resumiría su posición igualitaria en términos de “a cada uno según sus necesidades y cada uno según sus posibilidades”, idea a la cual podría suscribir el común de ciudadanos benevolentes de Hume.

Libertarianismo: En esencia los libertarios, argumentan que los adultos competentes no deben ser forzados por el estado a hacer nada, salvo que esta intervención prevenga de algún modo un daño a terceras partes (lo que en economía se reconoce como “externalidades” o que implique dar beneficios a adultos no competentes o quienes puedan depender de ellos.

El defensor más reconocido de esta posición Robert Nozick (1974), se asumía como un seguidor de las ideas de Jonh Locke, argumentando que los Estados no deben utilizar medidas coercitivas para tomar o redistribuir riquezas de acuerdo a patrones de distribución que examinan resultados (como el utilitarismo y el igualitarismo) y que los adultos deben ser libres de organizar estructuras sociales de justicia, sin tomar en cuenta la solidaridad ni la compasión. La posición libertaria argumenta que la gente no está legalmente obligada a ser caritativa aunque acepta y comparte que dichos actos son alabables y deben ser de algún modo estimulados por medio de organizaciones de beneficencia, religiosas y ONG’s

Contractualismo: El impulsor mas reconocido de estas ideas John Rawls (1971), sostenía que el único medio para formar sociedades estables y justas, es por medio de la construcción de consensos (de ahí la idea de contrato) que ameritan el apoyo de gente racional con buena fe e informada.

El argumento central de esta posición, es que una distribución social de bienes es justa cuando personas imparciales acuerdan los mecanismos utilizados para ella.

Rawls argumenta en su *Teoría de la Justicia* que si los individuos tuviesen que escoger principios de justicia tras un “velo de ignorancia” que les impide ver cuál sería su propia posición en la sociedad, no buscarían maximizar la utilidad o el bienestar total, sino que intentarían protegerse contra la peor de

las eventualidades propugnando que la riqueza se distribuyera de forma que se minimizara la peor de las alternativas que pueden ocurrir (regla del "maximin"). Es decir tratando de minimizar el "malestar" de los más desfavorecidos.

El bienestar de una sociedad no mejora mientras no mejore el bienestar del más desfavorecido de sus miembros.

La existencia de desigualdades es justificable o permisible si dichas desigualdades son necesarias para mejorar la situación de los que están peor, es decir, si redundan en un mutuo beneficio (principio de la diferencia) ; en otro caso, no serian permisibles.

El cumplimiento de tres principios fundamentales, es considerado pilar de una sociedad justa en el enfoque Rawlsiano:

- Cada persona debe tener igual derecho al más extenso sistema de libertades básicas, compatibles con un sistema similar compatible para todos.
- Cualquier puesto o posición social, deben estar abiertos a todos bajo una condición de igualdad de oportunidades – con habilidades y capacidades similares – las personas deben tener igualdad de acceso a ellas
- Las instituciones sociales y económicas, deben ser estructuradas de modo de brindar un beneficio máximo para aquellas personas que en peor situación están

Es posible en todo esto importantes coincidencias con la posición liberal original de Adam Smith, pero marcadas diferencias con el neoliberalismo libertario de *laissez faire*.

Los principios contractualistas son ordenados jerárquicamente de mayor a menor, de modo que, si existiera en algún caso un conflicto específico entre ellos, deberán prevalecer el o los anteriores.

El problema más destacable es que todos y cada uno de estos enfoques, resaltan al menos algún criterio deseable. Aún el libertario, interpretable como menos solidario socialmente, reconoce el problema de externalidades y transmite algunos valores individuales y sociales respecto a la responsabilidad social de los actos individuales (el *moral hazard* o riesgo moral de las intervenciones públicas).

En síntesis, todos poseen ciertos componentes comunes y contrapuestos, que en su propio beneficio, cada sociedad debe intentar resolver o quizás combinar satisfactoriamente, de modo de maximizar los beneficios obtenibles para todos y cada uno de los ciudadanos.

3.3.9 Equidad y desigualdades en salud

Un reporte de la OMS define a la equidad de la siguiente manera: "La equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse" (Whitehead, M 1991).

Las relaciones entre equidad e igualdad llevan a una rica discusión conceptual. Algunos autores señalan que detrás del concepto de equidad está el de injusticia, mientras que detrás de las

desigualdades hay una fuerte connotación moral y política (Kart, E et al. 1993). Para estos autores hay tres posibles situaciones en la relación equidad y desigualdad:

- a) *desigualdad con inequidad*: servicios públicos más accesibles para grupos más privilegiados
- b) *inequidad sin desigualdad aparente*: buena oferta de servicios pero sin afectar a los grupos más desfavorecidos
- c) *desigualdad aparente sin inequidad*: los recursos son asignados de manera desigual a fin de compensar a los grupos más desfavorecidos

Equidad significa, en relación a las condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; en relación a los servicios de salud, recibir la atención en función de la necesidad (equidad de acceso y de uso) y de contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera) OPS 1998.

Los criterios para definir equidad en salud son variados, no obstante existen propuestas que los operacionalizan y en relación a la atención proponen: *igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención para todos*" (Whitehead, M, 1991)

Desde un punto de vista positivo, el concepto de desigualdades en salud y sanidad hace referencia a la mayor o menor concentración de la salud y la utilización de servicios sanitarios en unos determinados grupos de población definidos según la edad, el sexo, la renta, la educación, etc. Se trata, por tanto, de una constatación estadística y no de un juicio moral (normativo) sobre lo que se considera justo o injusto, que es a lo que remite el concepto de equidad.

La distinción más clara entre desigualdad e inequidad aparece definida por Margaret Whitehead, quién expresara: *son inequitativas las desigualdades que son evitables, innecesarias e injustas*. Aquí "innecesarias" se puede entender en los términos de Rawls, o sea, desigualdades que no sirven para mejorar la posición de los más desfavorecidos.

3.3.10 Categorías para definir el concepto de equidad

Leighton y Maceira en su trabajo de investigación reconocen cuatro categorías:

- *Equidad en la situación de salud*, es decir la situación inicial en la que está una población objetivo sobre la que queremos focalizar políticas de salud.
- *Equidad en el acceso*, la cercanía, la posibilidad de acceder al servicio de salud.
- *Equidad en la utilización de servicios*, o sea la efectiva utilización de los servicios de salud.
- *Equidad y financiamiento*, referida a si el financiamiento de los servicios de salud es equitativo o no lo es, es más regresivo o es más progresivo.

El enfoque en las brechas: la idea es tratar de tener un esquema rápido donde podamos Identificar aspectos de demanda y de oferta en salud

Se analiza la *demanda potencial* que asociaríamos conceptualmente dentro de la terminología que utilizamos, a las necesidades básicas insatisfechas.

La *demanda revelada* es realmente la demanda de aquellas personas que concurren a solicitar el servicio y ahí se da una de las primeras brechas caracterizada por la relación existente entre la población que presenta necesidades de salud y la población que concurre a atenderse. Es decir que la *demanda no revelada* sería un déficit y nos estaría dando señales sobre la situación de salud de la población.

Luego los otros dos niveles son *demanda revelada* y *oferta de servicios* en términos de consultas e internaciones ofrecidas. Esta relación conforma la segunda brecha. Como indicador de esta brecha surge las listas de espera, es decir tenemos tanta gente que concurre, el sistema de salud no la puede satisfacer en el tiempo en que se produce la necesidad.

Después tenemos la relación entre *oferta de servicios* y *los insumos utilizados*. Aquí es donde tradicionalmente se caracteriza como una relación de insumo producto. En el análisis de equidad se identificaron 3 situaciones y se las correlacionó con el análisis de las brechas.

1.- Demanda potencial/demanda revelada contribuye a la descripción de la situación inicial de salud y al análisis de la equidad de esa situación de salud.

2.- Demanda revelada/oferta de servicios, contribuye a brindar información acerca de la equidad en el acceso.

3.- Oferta de servicios/insumos nos está brindando datos acerca de la equidad en la utilización.

(Schweiger Arturo El análisis de la equidad desde la economía de la salud AES 2000).

3.4 Calidad - Satisfacción en la atención

Cuando intentamos definir la calidad dentro de un contexto sanitario, desde un principio somos conscientes del gran número de posibles y legítimas definiciones que podemos plantear, en función del enfoque considerado (acto asistencial concreto, asistencia sanitaria recibida por un área de salud, población, etc.) y de los sujetos implicados (pacientes, profesionales y administración).

Esto explica que difícilmente encontremos en la literatura un concepto único de calidad, como señalan Klein et al. (citado por Vuori,1996, p. 37): "nunca existirá un único criterio de conjunto con el cual medir la calidad de la atención al paciente".

Éste y otros muchos autores han centrado su atención en el análisis de su contenido; de esta forma, la calidad se concibe como un fenómeno multifacético, que incluye componentes susceptibles de ser medidos y capaces de ser definidos.

3.4.1 Los componentes de la calidad asistencial

A pesar de la abundante literatura existente al respecto, los problemas inherentes a la identificación de los atributos de la calidad y a la medida de esa calidad en el ámbito de los servicios continúan siendo un reto para administrativos y académicos en el sector sanitario (Minjoon, Peterson y Zsidisin, 1998, pp. 81-82).

Un punto de partida adecuado para examinar la cuestión que nos ocupa es, sin duda, el trabajo de Avedis Donabedian, una de las figuras más destacadas en cuanto a aportaciones a la cuestión de la calidad en el mundo sanitario. Para dicho autor, son tres los componentes de la asistencia sanitaria que, relacionados, conforman el conjunto de atributos determinantes de la calidad asistencial de un acto médico concreto: los aspectos técnicos-científicos, la relación interpersonal, y otros elementos del entorno (Donabedian, 1989, p.103).

Por lo que respecta al primero de estos elementos, podemos destacar que *la actuación científico-técnica* se compone de los aspectos relacionados con el correcto diagnóstico y tratamiento, y depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuada, así como de la destreza en ejecutar dichas estrategias.

El segundo elemento, *la relación interpersonal*, tiene una importancia máxima en la evaluación de la calidad asistencial, debido a dos razones fundamentales:

a) Por un lado, es el vehículo para llevar a cabo una asistencia técnica correcta. A través del intercambio interpersonal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y, además, hace saber a su médico sus preferencias, lo que permite que éste seleccione los métodos de asistencia más adecuados.

El médico, por su parte, proporciona información a su paciente acerca de la naturaleza, grado de gravedad, origen y tratamiento de la enfermedad, y lo motiva para que desarrolle una activa colaboración en la asistencia. Por ejemplo, si la forma de tratar el médico a su paciente es tal que transmite a éste último desconfianza, indignación y apatía y, como consecuencia, el paciente decide prescindir de los servicios de ese médico o no completar el tratamiento prescrito, ¿de qué habrá servido una buena asistencia técnica?

b) Por otro lado, la relación interpersonal recoge gran parte de los factores determinantes de un buen servicio desde el punto de vista de los pacientes. La discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, el tacto en el trato, la responsabilidad, la confianza, la empatía y la sensibilidad son, entre otros, los resultados favorables que derivan de una buena relación interpersonal entre médico y paciente.

Este segundo elemento clave para la valoración del servicio sanitario implica, dentro del personal sanitario, a todo aquel que interactúe de alguna forma con el paciente (médicos, enfermeras, recepcionistas, camilleros, etc.), y con respecto al paciente, no sólo a éste, sino también a sus familiares.

El tercer elemento citado por Donabedian (1989, p. 103) hace referencia *al entorno*, al que también se refiere con el término *amenidades*, en el que se incluyen elementos como el grado de confort logrado, los servicios de hotelería proporcionados, el sistema de información, la situación de intimidad en la que se atiende al paciente, etc.

En términos similares al modelo diseñado por Donabedian (1989), Brook y Williams (1975; citados por Varo, 1994, p. 39) proponen la siguiente ecuación para determinar la calidad asistencial:

Calidad de la asistencia = Atención técnica (a) + Arte de la atención (b) + (a x b) + Error (e)

En la igualdad anterior, la calidad técnica hace referencia a los aspectos relacionados con los procesos diagnósticos y terapéuticos (calidad científico-técnica), mientras que el arte de la atención incluye tanto el componente social o relación interpersonal como el relativo al entorno o ambiente; por lo que respecta al producto (a x b), el autor ha pretendido recoger con él los efectos sinérgicos que se presentan cuando ambos componentes actúan de forma conjunta.

Abordar el concepto de calidad asistencial implica necesariamente considerar las expectativas y necesidades de los tres grupos implicados en la asistencia. Estos grupos quedan definidos del modo siguiente:

Los *pacientes o usuarios* del servicio sanitario son los que solicitan la atención. Ellos quieren ser atendidos para su mejora funcional u orgánica, para que se les alivie el dolor o la molestia o para transmitir al profesional sanitario una preocupación sobre su salud.

Los *profesionales* son los que proporcionan la atención. Necesitan disponer de recursos para poder desempeñar sus funciones y para poder atender a los usuarios. Dichos recursos abarcan tanto el material y el correcto estado de las instalaciones como la organización, el espacio y el tiempo necesario para la toma de decisiones. Estos profesionales necesitan, a su vez libertad, para actuar ante el problema de salud y para desarrollar sus actividades.

La *Administración* es la encargada de proporcionar esos recursos necesarios y, además, promueve un uso adecuado y eficiente de los mismos; el objetivo final es lograr la satisfacción tanto del usuario como del profesional.

Tradicionalmente, *los profesionales* sanitarios han fundamentado la calidad en los aspectos científicos y técnicos (Esteban y Fernández, 1988, p.166). Tres son los aspectos de la calidad en los que se han centrado principalmente (Phillips, Carson y Roe, 1998, p. 36): *cualificación* (conocimientos y habilidades de los médicos), *procedimientos terapéuticos adecuados* y *efectividad del tratamiento*.

Por otro lado, *los pacientes o usuarios* del sistema sanitario, sin renunciar al componente técnico de la calidad, señalan que en el concepto de calidad asistencial deben incluirse aspectos como la comunicación médico-paciente, la facilidad para lograr en un corto espacio de tiempo la atención solicitada, instalaciones adecuadas y cómodas, personal amable y dispuesto a ayudarle, etc. Esto es, destacan el componente funcional de la calidad al mismo tiempo que exigen competencia técnica.

Por su parte, *los órganos administrativos* aportan una perspectiva comunitaria relativa a la calidad de la asistencia sanitaria recibida por toda una población en su conjunto e incorporan al concepto de calidad nuevas dimensiones como la eficacia, la eficiencia y otros aspectos sociales y económicos, dado que, de un lado, los recursos disponibles son inevitablemente limitados y, por tanto, habrán de utilizarse de la forma más racional, y de otro, porque principios como los de equidad y universalidad definen la esencia de nuestro sistema sanitario.

A modo de conclusión, podemos afirmar que el concepto de calidad asistencial responde a la interacción de un conjunto de dimensiones fundamentales de distinta naturaleza: científico-técnicas, interpersonales, ambientales, sociales y económicas.

3.5 Políticas de integración

En nuestro país se requiere establecer una política global, integrando a todos los subsectores en un Modelo Solidario de Salud. Se trata como afirman González García y Tobar, de incorporar un sistema de salud económicamente factible, socialmente aceptable y sanitariamente eficaz, que resulte un instrumento útil al servicio de la construcción de un país saludable.

3.5.1 Salud, Capital Humano y Productividad

Además de aspectos puramente sociales, la inversión en salud podría justificarse por razones económicas. *El World Development Report 1993: Investing in Health*, identifica cuatro canales principales a través de los cuales un mejor estado de salud contribuye al crecimiento económico: a) Reduciendo pérdidas productivas causadas por la enfermedad de los trabajadores, b) Permitiendo el uso de recursos naturales que serían casi inaccesibles a causa de la enfermedad c) Incrementando la participación escolar de los niños d) Favoreciendo su capacidad de aprendizaje, liberando recursos, tanto públicos como privados, que de otra forma serían utilizados para el tratamiento de enfermedades (Banco Mundial, 1993).

3.5.2 Concepto de capital humano

La acumulación de capital humano ha sido frecuentemente considerada como un importante factor para la existencia de crecimiento y desarrollo de una economía. Gary Becker lo define como "Conjunto de las capacidades productivas que un individuo adquiere por la acumulación de conocimientos"

Además, este capital estaría relacionado de forma amplia con los incrementos de la producción nacional siendo, probablemente, la explicación de la diferencia entre las muy distintas tasas de crecimiento de los países (Schultz, 1961)

Los niveles de educación como los niveles de salud de la población son elementos fundamentales de la dotación de capital humano de una sociedad.

3.5.3 La medición del capital humano

La medición del stock de los recursos acumulados en forma de capital humano no es sencilla. Así para medir las mejoras en los niveles educativos de la población se usan dos indicadores: los años medios de estudio y los porcentajes de población que ha alcanzado un nivel educativo determinado.

Cuando se trata de medir mejoras en salud, distinguimos dos tipos de indicadores: *los que se refieren a aspectos individuales* a) objetivos: la talla, el peso, índice de masa corporal b) subjetivos: abarcarían limitaciones tanto físicas como funcionales o la valoración del propio individuo de su estado

de salud o *los que se basan en datos de nivel agregado* (tasa de mortalidad, la esperanza de vida, años potenciales de vida perdidos (APVP), años de vida ajustados por discapacidad (AVAI)

3.5.4 El capital humano como determinante del crecimiento económico

Son numerosos los estudios que ofrecen evidencia empírica de la relación positiva entre crecimiento y capital humano. (Barro, 1991) Romer (1990). Todos ellos han profundizado en el análisis de los mecanismos a través de los cuales el capital humano favorece el crecimiento económico y puede explicar las diferencias de desarrollo entre países. Se observa una relación directa entre capital humano y el incremento de la producción de bienes y servicios.

Así, ante un aumento del stock de capital humano se produciría un incremento de la tasa de crecimiento de PBI de un país mayor que el originado por otros factores de producción (Mankiw, Romer y Weil, 1992).. El capital humano es también importante como elemento de atracción de inversión, fundamentalmente en cuanto a la estrategia de localización de inversión internacional directa (Zhang y Markusen 1997; Navarro y Velásquez, 1999) El desplazamiento de mano de obra calificada hacia países con más recursos de capital humano, potenciando su crecimiento económico.

3.5.5 Beneficios económicos de las mejoras de salud

El papel de la salud como importante componente del capital humano puede captarse a través de varios aspectos de las mejoras en los niveles de salud de las poblaciones que se relacionan entre sí y afectan de manera positiva al desarrollo económico.

Valor económico de la salud La mejor salud de los individuos además de favorecer el nivel de bienestar de forma amplia, tiene importantes repercusiones económicas que deben ser consideradas.

La pérdida de salud se mide mediante el coste generado a los individuos u hogares debido a la pérdida de productividad. La idea que los individuos más sanos son más productivos ha sido generalmente analizada desde un punto de vista macroeconómico a través de la relación entre estado de salud y nivel salarial (Schultz y Tansel, 1997) (Rivera y Currais, 2005) (Schultz, 2005) Estos estudios confirman la idea que la salud es una forma de capital que influencia los niveles salariales individuales, a través de la capacidad de generar un ingreso sostenido a lo largo del tiempo. Esta relación entre nivel de salud y productividad parece ser más fuerte a medida que disminuye el nivel de renta individual.

Los efectos de la enfermedad, por tanto, son severos y reducen los ingresos individuales, la renta de la sociedad en conjunto y las perspectivas de desarrollo económico, con especial consideración de los elevados costes económicos de enfermedades prevenibles.

3.5.6 Nutrición y Productividad

La alimentación es uno de los determinantes del estado de salud, tanto por lo que se refiere a su cantidad como a su calidad. La mala salud y la pérdida de potencial humanos debido a malnutrición son enormes y pueden tener numerosas consecuencias.

Las repercusiones sobre la capacidad cognoscitiva también son graves y podemos sintetizar sus consecuencias en tres aspectos fundamentales:

- Los niños mal nutridos reciben menos escolarización
- Se retrasa la edad de participación escolar
- Afectaría la capacidad de aprendizaje, a través de una disminución de la capacidad de atención y concentración del niño y de su habilidad intelectual.

3.5.7 Factores demográficos

Podemos destacar varios aspectos positivos del aumento de esperanza de vida sobre la renta de los individuos. La prolongación de la vida activaría cada vez en mayor medida los factores asociados a la formación de capital humano al mejorar la dotación de capacidades intelectuales y técnicas de las personas.

3.5.8 La trampa de la pobreza

La mala salud favorece un bajo crecimiento económico y a su vez, la pobreza contribuye a la mala salud (Case et al, 2002). La evidencia disponible muestra que los efectos adversos de la enfermedad son mayores para los pobres. Los pobres mueren más jóvenes y sufren más discapacidades. Un quinto de la población mundial vive con menos de un dólar por día. La salud, es por tanto, un importante determinante a la hora de intentar romper la trampa de la pobreza

3.5.9 Capital social

Kliksberg reconoce cuatro formas básicas de capital; el *natural* (recursos naturales con los que cuenta un país o región), el *construido* (generado por el ser humano, infraestructura, bienes de capital, comercial, financiero), el *capital humano* (determinado por los grados de nutrición, salud y educación de la población) y el *capital social*.

Así, para Francis Fukuyama el capital social, definido como normas y valores compartidos que promuevan la confianza y la cooperación social, constituye una forma utilitaria de ponderar la relevancia del factor cultural en el proceso de desarrollo, partiendo de la premisa de que no todas las culturas son proclives a fomentar el crecimiento económico. *Sólo las culturas en las que prevalece un alto activo de capital social están presentes en las sociedades desarrolladas*, mientras que en América Latina, en donde la reserva o stock de capital social es de los más bajos del mundo, prevalece una cultura del subdesarrollo y del realismo mágico que actúa como pesado lastre para la superación de la región frente al reto de la revolución tecnológica y la globalización

Mejorar el perfil de la población de un país es un fin en sí mismo, como resaltaba Sen. Al mismo tiempo, constituye una vía fundamental para alcanzar productividad, progreso tecnológico y competitividad en los escenarios económicos del nuevo milenio.

Como plantea B. Kliksberg, el papel del capital humano en la producción es decisivo y condición necesaria para el desarrollo de capital social. En estructuras productivas, cada vez más basadas en

conocimiento, como las presentes y prospectivas, los niveles de calificación promedio de una sociedad van a ser determinantes en sus posibilidades de generar, absorber y difundir tecnologías avanzadas. La educación hace una diferencia crucial según las mediciones disponibles, tanto para la vida de las personas, el desenvolvimiento de las familias, la productividad de las empresas, y los resultados económicos macro de un país.

A fin de estimular una solución a la baja capacidad asociativa se propone el desarrollo del: Capital Social, al provocar la instalación de un "circulo virtuoso" como a dado en llamarlo"(Bernardo Kliskberg)

La primera definición de lo que hoy se denomina *capital social* como: "esas sustancias tangibles: denominadas buena voluntad, compañerismo, simpatía y relaciones sociales entre los individuos y las familias que integran una unidad social...

En términos de L. Enrique García, el capital social es concebido como "el conjunto de normas de confianza, valores, actitudes y redes entre personas e instituciones en una sociedad, que define el grado de asociatividad entre los diferentes actores sociales y facilita acciones colectivas y de cooperación".

A nivel macroeconómico, la reserva de capital social es fundamental para hacer más transparente y eficiente la administración pública y la provisión de bienes y servicios públicos, además de aumentar su credibilidad y la predictibilidad de las políticas públicas.. Esta sinergia entre actores se manifiesta en el uso eficiente de recursos comunitarios y acciones colectivas que tienen un impacto positivo sobre el desempeño económico de las sociedades.

A nivel microeconómico, por ejemplo, los lazos interpersonales y de confianza pueden reducir de manera significativa los costos de transacción y hace viables formas de organización y producción.

En definitiva, la tarea de construcción del capital social radica, al decir de Portela Maseda y Gómez, en alterar la percepción del individuo de una situación dada, de forma que las apreciaciones de que dicha situación es un "juego de suma cero" (lo que uno gana otro lo pierde) cambien hacia consideraciones de "juego de suma positiva" (todos pueden salir ganando). El capital social es también complementario con las otras formas de capital puesto que por sí solo no es suficiente para el desarrollo.

No obstante, y para finalizar este apartado, resultan sumamente válidas las palabras de Albert Hirschman (Princeton) quien manifestó: "A diferencia de las otras formas de capital que se consumen con su uso, es la única forma de capital que cuanto más se usa más crece."

El capital social, en tanto *crece en la medida que se acrecienta la capacidad de los actores de asociarse, aparece directamente vinculado con la formación de redes*, ya que los elementos que lo constituyen operan dando fortaleza al entramado social interno de una comunidad. El capital social es pues el motor para la conformación de redes en salud y obviamente en otras áreas de interés común.

3.6 Red de Servicios

3.6.1 Concepto

En sentido amplio, denominamos red de servicios a la organización resultante de combinar y coordinar prestadores ubicados en distintos emplazamientos o dotados de diferentes capacidades, con el objeto de brindar una atención comprometida. Para la Real Academia, combinar es unir cosas formando un compuesto, en tanto que coordinar significa ordenar metódicamente. Por su parte, el compromiso de atención se descompone en un conjunto de obligaciones de hacer y de dar.

La integración en red es una modalidad organizativa que procura sinergia y complementación en las ofertas prestacionales con miras a optimizar el funcionamiento conjunto, respondiendo a la complejidad o amplitud territorial del servicio, o a la necesidad de coexistencia o ajuste de esas ofertas. Siguiendo a Báscolo y Sánchez de León (2001), puede entenderse a la red como un modelo híbrido de coordinación de procesos productivos, con algunos aspectos de estructura jerárquica y otros de mercado. Por un lado se establecen normas de subordinación funcional que separan la concepción y la ejecución de ciertas actividades, y por otro se conciertan internamente mecanismos contractuales que se basan más en precios e incentivos que en controles administrativos. No tratándose de modelos uniformes, el predominio de unos u otros elementos acerca el resultado final a un modelo jerárquico o a uno de mercado.

Para Rovere (1998, p. 30) la red es fundamentalmente un concepto vincular que no homogeneiza; por el contrario, "asume la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas".

3.6.2 Niveles de construcción

Rovere (1998) identifica cinco etapas o niveles en el proceso de construcción de una red, cada una con acciones y valores característicos que van sosteniendo a las etapas siguientes:

- **Reconocimiento:** cada participante admite la existencia de los otros, pero limitándose a su mera *aceptación*.
- **Conocimiento:** cada el participante intenta saber quiénes son los otros y cómo entienden su entorno, guiado por el *interés*.
- **Colaboración** (de co-laborar o trabajar juntos): se producen episodios de ayuda espontánea con cierta expectativa de *reciprocidad*.
- **Cooperación** (de co-operar o actuar juntos): se comparten actividades en forma organizada para enfrentar un problema común, basados en la *solidaridad*.
- **Asociación:** la existencia de objetivos y proyectos comunes permiten establecer acuerdos destinados a compartir recursos, vinculados por la mutua *confianza*.

El autor señala que podría pensarse en un sexto nivel representado por la fusión; sin embargo, por un lado ésta rara vez desemboca de un proceso espontáneo y, por otro, la lógica de las redes se funda en la *autonomía* de las partes.

3.6.3 Requisitos funcionales

Específicamente con relación a los servicios sanitarios, para Marracino y otros (1992) una red debería presentar las siguientes características básicas:

- Incluir los niveles de cobertura comprometidas, atendiéndolos integralmente.
- Garantizar accesibilidad y evitar derivaciones innecesarias, sobrestación, rechazos y otras ineficiencias.
- Incluir prestadores en magnitud suficiente para atender la demanda estimada, pero evitando el exceso de oferta.
- Garantizar un costo adecuado a través de servicios eficientes.
- Estar conducida y administrada adecuadamente.

Por su parte, Otero (2001) destaca la necesidad de criterios y vínculos jurídicos de *complementariedad* y de *referencia-contrarreferencia*, así como la conducción por una *gerencia operativa única*.

3.6.3 El método de los escenarios

Planificar escenarios estimula el pensamiento estratégico y ayuda a derribar barreras que impiden el crecimiento. Reconocida a principios de los "70" por iniciativa de Royal Dutch/Shell la técnica de imaginar posibles escenarios es de suma utilidad para los gerentes por cuanto desafía el pensamiento lineal, les permite dejar de lado la improvisación del corto plazo y encarar una verdadera planificación estratégica para enfrentar un futuro en el cual las reglas de la competencia serán otras.

La OMS y UNICEF proclamaron en 1978 la estrategia de "Salud para todos". A niveles regionales los estados miembros fijaron metas cuantitativas de salud y definieron estrategias generales para alcanzarlas. En este contexto, se necesitó contar con métodos más integrales de planificación de la salud y planificación de atención de la salud. Se introdujeron en el proceso de planificación la epidemiología, la demografía, las estadísticas y el modelo matemático. La descripción de un "futurible" y de la trayectoria asociada a él constituye un escenario. No existe un solo método para construir escenarios, pero pareciera haber consenso en atribuir el calificativo "método de los escenarios" a un análisis que comprende cierto número de etapas bien precisas

" Un escenario es un retrato significativo y detallado de un plausible mundo futuro, suficientemente gráfico, en el que los planificadores pueden claramente ver y aprehender los problemas, desafíos y oportunidades que tales cosas y sus circunstancias pueden presentar" Los escenarios describen eventos y tendencias y como ellas pueden evolucionar. Los escenarios son descripciones narrativas del futuro cuyo foco presta especial atención sobre los procesos causales y los puntos para la toma de decisiones (Kahn 1967)

3.6.4 Construyendo escenarios alternativos

Michel Godet comienza el proceso de desarrollo de escenarios, con la construcción de una imagen básica de la situación presente del sistema. La imagen básica es construida mediante el delineamiento del sistema que se está estudiando, incluyendo un completo listado de variables que deben ser tenidas en consideración. Este paso es seguido por una investigación acerca de los principales determinantes del sistema y sus parámetros, a menudo utilizando análisis estructural.

Los mejores escenarios reflejan diferentes giros posibles de eventos y variables que modelan la dinámica del sistema bajo estudio. El proceso de construcción de escenarios no pone el foco en el descubrimiento del "más probable" pronóstico, sino más bien en la identificación del orden de secuencias factibles. Usándolos para imponer políticas es el único camino para que sean útiles.

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio - Diseño del estudio:

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal. En este tipo de estudio se indaga sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento una vez conformada la población en estudio, y porque sólo se hace una medición en el tiempo a cada sujeto de estudio. El número de eventos así como la proporción de sujetos con la exposición están determinados por la frecuencia con que ocurren estos en la población elegible y, por lo tanto quedan fuera del control del investigador.

Este estudio centra su interés en encontrar formulas alternativas y superadoras, que aporten a mejorar la integración efectiva de los recursos que el Sector de Salud dispone en un área geográfica determinada.

4.2 Fuentes de datos/ Herramientas de recolección utilizadas

El tipo de fuentes fueron de dos tipos. *Documentales o de tipo secundario* buscando revisar conceptos teóricos y analizar modelos vigentes en la actualidad. *Vivencial o participante, o de tipo primarias*, basadas en la aplicación de un cuestionario adaptado de los aplicados por MINSAL en Chile y grupo de investigadores de ISALUD, para verificar variables y elaborar la propuesta alternativa y su plan de implementación progresivo. Datos cualitativos y cuantitativos.

4.3 Universo, muestra y unidad de análisis

Población:

Población Blanco: Personas de ambos sexos mayores de 18 años del país

Población Accesible: Personas de ambos sexos y > 18 años residentes urbanos de la ciudad cabecera del partido de Pehuajó.

Muestra: Como la encuesta se utiliza para recabar datos de gasto privado en salud de los hogares, la muestra esta conformada como hogares (y no personas) en cada uno de los mismos se entrevista a una sola persona > de 18 años, que contestó todas las preguntas de la encuesta y que será la que se considere como unidad de análisis muestral a fin de cumplir con el objetivo del presente estudio.

Selección de la muestra

Para lograr una muestra representativa de la población que permita medir "el nivel de satisfacción" de la misma respecto de su cobertura de salud, se ha utilizado la fórmula general de cálculo del tamaño de muestra conocida la población total, fórmula que permite calcular el tamaño adecuado de muestra bajo parámetros estadísticos de acuerdo a los valores de las variables seleccionadas.

Fórmula utilizada: $n_0 = t^2 p (1-p) / e^2$ **y luego** $n = n_0 / (1+ (n_0 / N))$

Donde:

n= tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

La población sobre la cual se ha realizado el estudio corresponde al número total de habitantes de la ciudad de Pehuajó, referenciada según el Censo Nacional de Población y Viviendas 2001, realizado por el INDEC.

Valor de t

Representa el número de desviaciones estándar con respecto a la media para un nivel de confianza determinado. El presente estudio considera una confiabilidad de estudio del 95%. -De acuerdo a este nivel de confianza el valor de t ser igual a 1.96 de acuerdo a la probabilidad determinada en la curva normal.

Valor de p

Representa la proporción determinada en el relevamiento, para la cual en el caso de no tener estudios preliminares se utiliza 0.5, valor que proporciona una muestra mayor y por tanto menor probabilidad de error.

Valor del e

E representa el error permisible que consideremos para el estudio, en este caso se considera como aceptable hasta un 5%. De esta manera el cálculo del tamaño de la muestra necesaria para obtener una muestra significativa de la población y poder obtener un estudio con un 95% de confianza y un posible error porcentual máximo de +/- 5% es

$$n_0 = (1.96)^2 \cdot 0.5 (1-0.5)/(0.05)^2 = 384 \quad \text{y luego} \quad n = 384 / (1 + (384 / 29669)) = 380$$

Este cálculo nos indica la cantidad de casos que deberá contemplar la muestra para obtener la calidad estipulada (380 casos como mínimo)

Debido a la imposibilidad de contar con un listado de los hogares de la ciudad, se decidió que el muestreo fuera llevado a cabo por los encuestadores en campo mediante una selección realizada por Muestreo Sistemático. Para ello se seleccionó al azar el número de orden de una vivienda de acuerdo al recorrido indicado para recorrer las manzanas de la ciudad, que constituyó el arranque aleatorio del método, y se calculó el paso necesario para obtener las viviendas restantes.(Como se necesitaban como mínimo 380 hogares se pidió encuestar 1/23 hogares, contando finalmente la muestra con 415 casos).

Cabe aclarar que dado el tamaño de la ciudad de Pehuajó se tuvo la posibilidad de seleccionar hogares en toda la ciudad, cubriéndolas uniformemente. La distribución de la selección de las mismas está relacionada a la densidad de población que se evaluó según los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 por Radio, manteniendo la precaución de cubrir todos los barrios de la ciudad.

Al individualizar al entrevistado por grupo de edad (debía ser > de 18 años), genero, nivel educativo alcanzado y quintil de ingreso al cual pertenece, permite rescatar opiniones diversas en cuanto a nivel de satisfacción de la atención prodigada tanto en ambulatorio como en internación, distribución del nivel de cobertura y nivel de acceso a prestaciones de salud, preferencia a tratar y modo en que

deben asignarse los recursos por cada subgrupo poblacional.

4.4 Variables en estudio

Se agrupan las variables a estudiar correspondientes al proceso asistencial según las mismas operen desde la oferta o la demanda

Desde la perspectiva de la oferta se ha querido medir a las instituciones tanto públicas como privadas en lo que respecta a su estructura física, confort, hotelería, equipamiento y accesibilidad.

A los profesionales en su capacidad científico-técnica y relación interpersonal con sus pacientes, tanto en la esfera pública como privada.

Al personal administrativo, técnico y enfermería de las instituciones locales de salud

Desde la perspectiva de la demanda las opiniones de los encuestados pueden ser categorizadas en subgrupos que permiten clasificar en cada variable (edad, género, nivel alcanzado de educación, de ingresos, condición de actividad, situación de cobertura en salud) situaciones particulares observables en los mismos.

Por último aquellas que nos permiten inferir como se distribuye el gasto de bolsillo en la población en estudio, e inferir la condición de regresividad o progresividad del mismo.

La aplicación del cuestionario en la muestra representativa de población urbana de Pehuajó, que puede observarse en Anexo 1 nos permite el análisis de las variables, como puede observarse en la siguiente tabla, agrupadas según su característica de actuar desde la oferta o la demanda.

TABLA Nº 4 VARIABLES DE OFERTA Y DEMANDA

CUADRO DE VARIABLES	
DE LA DEMANDA	DE LA OFERTA
EDAD	SECTOR PÚBLICO:
< DE 45 AÑOS	HOSPITAL MUNICIPAL
DE 45 A 64 AÑOS	ATENCIÓN EN GUARDIA
65 AÑOS y +	ATENCIÓN EN CONSULTORIOS
GENERO	ATENCIÓN EN INTERNACIÓN
MASCULINO	UNIDADES SANITARIAS
FEMENINO	SALAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
NIVEL DE EDUCACIÓN	PROFESIONALES:
PRIMARIA COMPLETA e INCOMPLETA	ACTUACIÓN CIENTIFICO-TÉCNICA
SECUNDARIA	RELACIÓN INTERPERSONAL
TERCIARIA	PERSONAL TECNICO y ENFERMERÍA
UNIVERSITARIA	PERSONAL ADMINISTRATIVO
NIVEL DE INGRESOS	ESTRUCTURA: CONFORT - HOTELERÍA

POR QUINTIL : I - II - III - IV - V	EQUIPAMIENTO
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	DEMORA EN TURNOS
POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA	COSTO DE LA ATENCIÓN
POBLACIÓN NO ACTIVA	SECTOR PRIVADO
DESOCUPADOS	CLÍNICA DEL OESTE
NIVEL DE COBERTURA	ATENCIÓN EN GUARDIA
IOMA	ATENCIÓN EN INTERNACIÓN
INSSJP	CONSULTORIOS PRIVADOS
OBRAS SOCIALES SINDICALES	SERVICIOS DE EMERGENCIAS
SEGUROS PRIVADOS DE SALUD (PREPAGAS)	PROFESIONALES:
SIN COBERTURA	ACTUACIÓN CIENTIFICO-TÉCNICA
GASTOS EN SALUD DE LOS HOGARES	RELACIÓN INTERPERSONAL
MEDICAMENTOS	PERSONAL TÉCNICO y ENFERMERÍA
CONSULTAS	PERSONAL ADMINISTRATIVO
PROTESIS (ORTOPEDICAS, LENTES)	ESTRUCTURA: CONFORT - HOTELERÍA
ATENCIÓN FUERA DE PEHUAJÓ	EQUIPAMIENTO
PRIMAS SEGUROS PRIVADOS	DEMORA EN TURNOS
SERVICIOS DE EMERGENCIAS	COSTO DE LA ATENCIÓN

5. Método del caso. Partido de Pehuajó - Desarrollo

5.1 Características demográficas de los Partidos de la Provincia de Buenos Aires. Indicadores demográficos y socioeconómicos

La Provincia de Buenos Aires está conformada por 134 Partidos, cada uno comprende un área de gobierno local o Municipio. Su dinámica demográfica presenta un alto grado de heterogeneidad, encontrándose partidos con una alta densidad poblacional, estructura por edades envejecida y tendencia al decrecimiento, otros también muy poblados pero con estructuras de edades jóvenes y alto potencial de crecimiento, mientras que muchos están menos densamente poblados y tienen estructuras etarias envejecidas.

5.1.1 Datos demográficos: Estructura y composición demográfica

El partido de Pehuajó cuenta con 38.400 habitantes (INDEC, 2.001), es la que se utilizó para este estudio; en forma teórica aplicando el Método de los Incrementos Relativos la proyección al año 2007 estima la misma en 39.360 habitantes.

La constitución demográfica de la población del partido de acuerdo a proyección año 2007: de 0 a 14 años: 23,54 %; 15 a 64 años: 62,47 % y 65 y > años: 13,98 % con un envejecimiento relativo de su población con respecto al censo de 1991 y 2001.

No se cuenta con datos actualizados por partido de Tasa Media Anual de Crecimiento, es interesante evaluar con datos provenientes del INDEC mediciones y proyecciones de ritmo de movilidad de la población, se rescata el fenómeno de expulsión de población rural dado por modificaciones en la explotación agropecuaria e introducción de nuevas tecnologías y formas de explotación con un giro de la explotación ganadera a la sojización de la economía regional.

La encuesta aplicada indica que la proporción por género es de: Masculino: 47,3% Femenino: 52,7%. El número de integrantes del hogar por quintil de ingreso: I: 4,38 II: 3,56 III: 2,99 IV: 2,56 V: 2,24.

5.1.2 Hogares y población con necesidades básicas insatisfechas

Niveles de ocupación

Se considera población con NBI aquella en la que está presente al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

- Habita viviendas con más de tres personas por cuarto (hacinamiento crítico)
- Habita en una vivienda de tipo inconveniente (vivienda precaria u otro tipo)
- Habita en viviendas que no tiene retrete o tiene retrete sin descarga de agua
- Forma parte de hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela
- Forma parte de hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (solo asistió dos años o menos al nivel primario)

Se muestra a continuación la información provista por el último censo de población, donde se puede apreciar la situación local comparada a la provincial y nacional

TABLA Nº 5 HOGARES Y POBLACIÓN CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

Hogares y Población: total y con NBI. Año 2001						
Región	Hogares			Población		
	Total	Con NBI	%	Total	Con NBI	%
Total país	10.075.814	1.442.934	14,3	35.927.409	6.343.589	17,7
Buenos Aires	3.921.455	508.671	13	13.708.902	2.161.064	15,8
Total Región II	78.309	6.985	8,9	246.119	23.433	9,5
Pehuajó	12.383	1.188	9,6	38.400	3.998	10,4

La medición de la pobreza mediante el método de la **línea de pobreza** consiste en establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si estos tienen capacidad de satisfacer -por medio de la compra de bienes y servicios- un conjunto de necesidades tanto alimentarias como no alimentarias (entre ellas vestimenta, transporte, salud, vivienda, educación, etc.) consideradas esenciales.

El concepto de **línea de indigencia**, se concentra solamente en las necesidades alimentarias. Procura establecer si los hogares cuentan con ingresos suficientes como para cubrir una canasta básica de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas. De esta manera, los hogares que no superan ese nivel son considerados indigentes. Estos hogares constituyen un subgrupo dentro del conjunto de los hogares situados debajo de la línea de pobreza.

Los datos provenientes de la encuesta aplicada nos determina que Población Económicamente Activa representa el 49,2% (Ocupados: 89,% Desocupados: 10,1%) y Población Económicamente No activa: 50,8%

El nivel de desocupados es inversamente proporcional al nivel de ingresos en tanto se refiera al jefe del hogar como al resto de sus integrantes.

5.1.3 Características educacionales

Nivel educacional: Tasa de Escolarización (2001) era de: 66,2 % levemente inferior a la provincial: 67,7 %, si la desglosamos en grupos etarios: a) en nivel pre-escolar y primaria es del 95% b) en secundario 58% y c) terciario y/o universitario 18%. Concurriendo establecimientos públicos el 85,7 %. De la misma se desprende la necesidad de lograr mejorar el porcentaje de los que completan el nivel secundario y acceso a niveles superiores con el fin de que la oferta laboral tenga mejor calificación.

De la encuesta se infiere que el 62,5% refieren estudios Primarios (completo e incompleto); 25,6% Secundario: 8,9% Terciario: 3% Universitario. Siendo el nivel de educación del jefe de hogar inversamente proporcional al incremento en nivel de ingresos.

5.1.4 Datos de Estado y Necesidad de Salud:

Natalidad

La tasa de natalidad del año 2007 se ha ubicado en el mismo valor del año anterior 17.7 o/oo, en la provincia y 17,4 o/oo en Pehuajó.

Mortalidad Infantil

En la *mortalidad neonatal* prevalece la influencia de factores vinculados con las condiciones congénitas como con la atención de la salud (salud de la madre, control del embarazo, atención del parto y del niño durante los primeros días de vida) La mortalidad neonatal se considera más difícil de reducir en su componente congénito y para ello se requieren esfuerzos importantes por parte de los sistemas de salud institucionalizados de mayor nivel de complejidad.

En la *mortalidad postneonatal* tiene mayor impacto las condiciones ambientales y socio-económicas sobre la salud del niño. La mortalidad postneonatal se podría reducir significativamente mediante la aplicación de buenas medidas de salud junto con el logro de mejoras socioeconómicas.

En el año 2007 se ha registrado un aumento en la tasa de mortalidad infantil en la provincia de un punto se ubicó en 13,5 o/oo cuando en el año anterior era de 12.5 o/oo.

En el año 2007, en Región Sanitaria II la tasa de mortalidad infantil fue de 13,8% con un componente neonatal de 8,2% y post-neonatal de 5,6%.

Varios municipios están por encima del indicador regional, si bien se trata en general de poblaciones con bajo número de nacimientos donde cada muerte tiene un fuerte impacto sobre la tasa.

En la Región II las causales de Mortalidad Infantil: Congénitas 36%, Respiratorias 21%, Perinatales 16%, Muerte Súbita 11% y Sepsis 5%.

La mortalidad infantil según criterios de reducibilidad demuestra que tanto el 52,9% de las defunciones neonatales como el 57,1% de las post-neonatales podrían haberse reducido mediante acciones eficaces y oportunas de prevención, diagnóstico y/o tratamiento.

Mortalidad Materna

La mortalidad materna muestra en el año 2007 cifras similares respecto al año anterior, con 96 casos y una tasa de 3.6 o/ooo. No registrándose casos en Pehuajó en el año.

El aborto sigue teniendo un peso relativo menor a los históricos con un 24 %. El resto de las causas obstétricas directas asciende a 4%, con trastornos hipertensivos en primer lugar, las complicaciones del trabajo y del parto y los trastornos puerperales.

5.1.5 Indicadores de salud - Perfil epidemiológico

La mortalidad general es del 10,3 o/oo, acorde al envejecimiento poblacional. Con respecto a los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), entre 1 y 64 es de 15,42 años e incluyendo a los menores de 1 año es de 22,3 años, ambos son menores que la referencia provincial. En la Región Sanitaria II las principales causas de muerte son tumorales 22,7% y las cardiovasculares 19,9%

La Expectativa de Vida en la Región II es de 75,42 años en ambos sexos, siendo de 71,99 en los varones y 79,12 en las mujeres.

5.1.6 Modelo de atención de la salud

El modelo de atención de la salud (el cómo), se refiere al equilibrio presente en el sistema, entre los dos paradigmas:

- 1) Paradigma Hospitalocéntrico
- 2) Paradigma de Atención Primaria de la Salud (APS)

El paradigma hospitalocéntrico hace referencia al modelo de atención curativo, hospitalario, medicalizado y sobrespecializado, que deja fuera a quienes no pueden concurrir al hospital. Sus principales problemas, además de la falta de enfoque integral de la salud, son la equidad y la accesibilidad.

El paradigma de APS, constituye esencialmente una estrategia de salud pública para acercar allí donde las personas viven, elementos sustantivos del proceso continuo del cuidado de la salud, tanto de promoción y prevención, como de atención y rehabilitación, procurando la resolución de los problemas de salud en el nivel más apropiado. Cuatro elementos caracterizan a la APS: atención inicial, continua, comprensiva y coordinada.

5.1.7 Principales indicadores caracterizadores del sistema local de salud.

Perfil de la oferta disponible

En la Región II el subsector público en su conjunto cuenta con 5,9 camas cada 1000 habitantes, siendo la oferta más elevada dentro de la provincia; considerando las camas agudas el indicador es 3,3.

Red de primer nivel de atención

Unidades Sanitarias en todas las localidades del partido, 6 Salas de CAPS en barrios de Pehuajó y en los consultorios de médicos clínicos y generalistas.

Servicios de Emergencias Médicas: se cuenta con tres empresas privadas.

5.1.8 Indicadores de Producción

A continuación se muestra los datos provenientes de la atención en establecimientos de la red pública de atención en jurisdicción de la provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria II y el Partido de Pehuajó:

TABLA Nº 6 INDICADORES DE PRODUCCIÓN EN SECTOR PÚBLICO POR ÁREA

RENDIMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE DEPENDENCIA PROVINCIAL NACIONAL Y MUNICIPAL - PROVINCIA BUENOS AIRES - AÑO 2007				
Jurisdicción	CONSULTAS			Paramedicas
	Odontológicas	Médicas	Totales	
Prov. Buenos Aires	4.269.440	42.488.356	46.757.796	4.671.794
Región II	83.348	1.033.358	1.116.706	127.854
Pehuajó	5.180	67.122	73.302	5.750
Jurisdicción	Interconsultas	EGRESOS	Días Cama Disponibles	Media Camas-Días
Prov. Buenos Aires	582.202	820.094	9.929.094	27.279
Región II	3.219	31.762	560.006	1.534
Pehuajó		3.682	26.711	
Jurisdicción	Pacientes Días	Porcentaje Ocupacional	Giro Cama	Días de Estada
Prov. Buenos Aires	7.402.592	74,6	30,1	6.974.693
Región II	362.231	64,7	20,6	312.082
Pehuajó		56,9	35,4	
Jurisdicción	Media Días Estada	Defunciones	Tasa Mortalidad Hospitalaria	
Prov. Buenos Aires	8,5	39.792	3,6	
Región II	9,9	1.150	3,6	
Pehuajó	5,8	186	5,0	

Fuente Dirección Información Sistematizada M.S.P. Año 2007

5.1.9 Principales indicadores caracterizadores del sistema local de salud

De la multiplicidad de indicadores existentes para caracterizar la oferta de servicios, se consideraron los que figuran en la siguiente tabla intentando lograr una síntesis, apelando además a emplear la información más fidedigna que pudo conseguirse, pese a lo cual algunos de los guarismos surgen de estimaciones

TABLA Nº 7 INDICADORES DE OFERTA – UTILIZACIÓN Y CALIDAD POR ÁREA

Tipo de indicador	Indicador	Provincia de Buenos Aires	Argentina	Pehuajó	Std
Estructura	Establecimientos C / intern c / 10.000 hab,	0,95	0,93	1,1	S / std
	Camas / 10.000 hab	43,3	43,7	45	S / std
	Médicos / 10.000 hab	46,3	31,3	43	16,6
	Enfermeras/ 10.000 hab	28,7	25,1	31	33 cada / 100 camas
	enfermeras / médicos	0,63	0,8	0,7	3
Utilización	Consultas / habitante/ Año	S/D	S/D	5,9	OMS: 4,0
	Egresos / año cada 1.000 habitantes	S/D	S/D	121	90
Calidad	Mortalidad infantil / Neonatal	13,0 / 8,5	14,3 / 9,7	9,6 / 8,0	12,2 / 8,4
	Tasa de natalidad	16,9	18,2	16,3	13,2
	Tasa de cesáreas (público / privado)	S/D	S/D	29 % / 56%	8 a 20%
	Mortalidad general	S/D	7,6	3,9	2,4

Fuente: Elaboración propia – Pehuajó Año 2007

Problemas: Sobreoferta de camas, déficit enfermería, alta tasa cesáreas

5.2 NIVEL DE COBERTURA

La muestra de la población encuestada de los 415 hogares corresponde a 624 varones y 694 mujeres que responden contar con la siguiente distribución de cobertura en salud: Obra Social Provincial (IOMA) 31,2%, Obras Sociales Nacionales:23,3%, INSSJP:11,6%, Seguros Privados: 8,5%, Sin Cobertura: 25,4%. El 3% responde tener doble cobertura.

Si lo analizamos por nivel de ingreso del hogar en quintil I: el 75% no cuenta con cobertura mientras en el quintil V: solo 5% sin cobertura lo que refleja una significativa inequidad en acceso al aseguramiento en salud. Al mismo tiempo se observa una relación directamente proporcional entre aumento nivel de ingresos y adquisición de seguros privados.

Servicios de Emergencias. Con cobertura: 44,5 %. Se puede generalizar que un tercio del 40% de la población de menores ingresos cuenta con estos servicios.

El 56,2% responden conocer el aporte realizado para su aseguramiento en salud, calificando dicho aporte como Bajo:12,4% Adecuado: 55 % Alto: 32,6 %.

Se procedió a consultar sobre la conformidad de la accesibilidad brindada por su cobertura en los siguientes niveles de atención: a) *en las consultas*: es calificado como Bajo: 25,1 % b) *en odontología, salud mental y kinesiología*: opina que es Bajo: 46,4 % . c) *en las internaciones*: opinan que es Bajo: 22,1 %.

Consultados sobre la posibilidad de elegir profesional o institución están satisfechos: 81,5%, la percepción más negativa la presentan los beneficiarios del PAMI: 25,5%

Al expresarse sobre el nivel *global de satisfacción con el sistema de aseguramiento en salud*. Responden que están Satisfechos: 63,8% Se comprueba una relación lineal directamente proporcional en cuanto a satisfacción a medida que aumenta el nivel de ingresos.

Se observa una relación lineal inversamente proporcional entre grado de satisfacción con el sistema y mayor edad del encuestado

La percepción más negativa la presentan los beneficiarios del PAMI 43%, luego los pertenecientes a O. S. Sindicales (29,7%) y al IOMA (21,4%). Mientras los sin cobertura expresan su insatisfacción en 31,3% La mejor calificación la conforma el grupo de seguros privados con un 94,6% de satisfacción.

A fin de medir la repercusión en el área en estudio de la utilización de la opción de cambio en su aseguramiento entre Obras Sociales y/o seguros privados; en la muestra la utilizaron sólo el 3,1%.

Se comprueba una relación lineal directamente proporcional a partir del quintil III (2,5%) al V (7,6%) ya que los componentes del 40% de menores ingresos no utilizó la opción de cambio; se constata uso de la opción en hogares donde el encuestado posee estudios secundarios o terciarios; se observa una relación inversa entre uso de opción y aumento de edad del encuestado, comprobándose mayor uso de la opción en hogares donde el encuestado es joven

El grupo que utilizó la opción se mostró satisfecho el 84,6%.

5.3 NIVELES DE SATISFACCIÓN

Si se analiza la definición de Organización Mundial de la Salud (OMS) de calidad de la asistencia sanitaria: "*...asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la **máxima satisfacción del paciente con el proceso***" se puede separar en ella dos elementos multifactoriales de la calidad que analizaba Donabedian (1966):

- Componente técnico o calidad intrínseca
- Componente interpersonal o calidad percibida

El interés de éste estudio se centra en el componente interpersonal o calidad percibida, que queda definido como una evaluación subjetiva del paciente y su entorno personal sobre la calidad de los servicios sanitarios recibidos.

5.3.1 NIVEL DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Al ser consultados sobre el lugar habitual al que acuden para resolver una consulta médica, nos indica que *cuatro de cada diez se realizan en servicios de emergencia y/o la guardia*. Esto refleja un preocupante indicador sanitario si la puerta de entrada al sistema es por los médicos de guardia, privilegiando la población la comodidad de efectuar consultas en el momento que lo dispongan, y en muchos casos sorteando los costos emergentes de co-pagos, o bien por considerar justo utilizar su aseguramiento en servicios de emergencias, sin tener en cuenta el valor que brinda un sistema de atención personalizada basado en postulados de APS: atención inicial, continua, comprensiva y coordinada.

El 84,3 % refiere que en general se cubrieron sus expectativas. Calificando mejor el nivel de conocimientos de los profesionales que atienden en sector privado.

A fin de determinar la actitud de los profesionales durante la consulta (relación interpersonal de Donabedian) se explora en forma cualitativa la misma.

a) *El profesional lo escucha atentamente?* En general 2/3 esta satisfecho. La peor calificación es determinada por los pertenecientes al 1º quintil de ingresos.

b) *El profesional le explica claramente sobre su problema de salud?* Está satisfecho en sector público: 55,9% y sector privado: 78,4%, solo el 25 % entre los del 1º quintil.

c) *El profesional le ofrece diversas alternativas de diagnóstico y tratamiento para su problema de salud?* Satisfacción en el sector público: 29% y sector privado: 56,7%, mientras que solo el 25 % entre los del 1º quintil.

d) *El profesional le permite participar en la toma de decisiones con referencia a su problema de salud?* Satisfacción en el sector público: 19,1% y en sector privado: 45,7%.

Como se puede apreciar a medida que progresamos en nivel de mayor integración de la relación médico-paciente se profundiza la brecha de insatisfacción manifestado por los grupos más desprotegidos y obligados a atenderse en efectores públicos.

Este nivel de percepción en un caso como el que está siendo evaluado, donde la mayoría de los profesionales se desempeñan tanto en efectores del sector público como privado, obliga a cuestionarse si efectivamente existe una dualidad de procedimientos según donde se atienda o bien otros factores coadyuvan a originar estos resultados.

La apreciación sobre el confort y limpieza del centro de atención. En general esta satisfecho el 63,4 %. En cuanto al lugar donde se realizan las consultas se califica muy críticamente a los del sector público.

La opinión sobre el equipamiento profesional, muestran satisfacción el 35,5% de los atendidos en

efectores públicos en contraposición con el 75% de los atendidos en el sector privado.

Consultados sobre el personal en centros ambulatorios: a) la calificación del personal administrativo. En general esta satisfecho el 64,3 %. b) la calificación del personal técnico y de enfermería. En general esta satisfecho el 78,3 %.

Con respecto a la demora en otorgamiento de los turnos de atención. En lo referente al sitio de atención califican en forma preocupante quienes se atienden en sector público 17,6 % en contraposición con sector privado 59,4 %

Y al ser consultados sobre demora en ser atendidos una vez en el lugar de atención califican en forma preocupante quienes se atienden en sector público 19,4 % de satisfacción en contraposición con el sector privado 56,5 %. Cuando se les solicita calificar el costo de la atención ambulatoria. En general esta satisfecho el 62,5 %.

5.3.2 NIVEL DE ATENCIÓN EN INTERNACIÓN

Consultados sobre el lugar habitual al que acuden para ser internados, nos indica que el 51,3 % lo hace en Clínica del Oeste, 47 % en el Hospital y 1,7 % en otra Institución. El 86,5% refiere que en general se cubrieron sus expectativas.

Al opinar sobre el nivel de conocimientos del profesional: Satisfecho el 85,5 %.

De igual manera se trató de medir la calidad en la relación interpersonal en la atención durante la internación.

a) El profesional lo escucha atentamente? En general 62,3 % esta satisfecho. La peor calificación es determinada por los pertenecientes a los niveles inferiores de ingresos.

b) El profesional le explica claramente sobre su problema de salud? En general el 64,4 % esta satisfecho.

c) El profesional le ofrece diversas alternativas de diagnóstico y tratamiento para su problema de salud? En general esta satisfecho el 48, %.

d) El profesional le permite participar en la toma de decisiones con referencia a su problema de salud? En general esta satisfecho el 42,2 %, Tienen mayor participación en las decisiones aquellos pertenecientes al grupo universitario, no obstante no les preocupa a los quintiles de menor ingreso. En lo referente al sitio de atención califican mejor los profesionales del sector privado en todas las consultas.

En cuanto a la percepción del confort y limpieza de la institución donde se produce la internación. En general esta satisfecho el 55 En cuanto al lugar de internación en este tema se califica muy críticamente al del sector público, esta apreciación refirma la necesidad de inversión en hotelería en los efectores tanto público como privado.

La opinión vertida sobre el equipamiento profesional En general esta satisfecho el 69,%. En lo referente al sitio de atención califican mejor el equipamiento ofrecido por el oferente privado.

Consultados sobre el personal en centros de internación

a) la calificación del personal administrativo En general esta satisfecho el 37% en el sector privado y el 53,7 en el sector público.

b) la calificación del personal técnico y de enfermería: satisfacción en el sector privado 67,5 % mientras en el sector público lo está el 80, %.

Al medir la demora en otorgamiento de los turnos de cirugías programadas. La mayor crítica emerge de los integrantes del 1º quintil de ingresos. En lo referente al sitio de internación la satisfacción alcanzada por el sector privado 79,1 % en contraposición con sector público 60,4 %. La explicación podrá estar dada en la gestión de la lista de espera.

La conformidad sobre: a) Posibilidad de recibir visitas y comunicarse con los familiares: en general esta satisfecho el 88, % La mayor crítica emerge de los integrantes del 1º quintil de ingresos, de menor nivel educativo y mayor edad. En lo referente al sitio de internación la satisfacción alcanzada por el sector privado 90,7 % en contraposición con sector público 83 % b) Posibilidad de presenciar el parto de su hijo/a En general esta satisfecho el 73, % La mayor crítica emerge de los integrantes de quintiles de menores ingresos, de menor nivel educativo y menor edad. En lo referente al sitio de internación no se observan diferencias significativas

Consultados sobre la calificación del costo de la atención: en general esta satisfecho el 62,8 %. Destacan como elevados los costos los quintiles de mayores ingresos.

5.3.3 Criterios de equidad en la priorización de atención sanitaria

Los criterios de equidad en la priorización de cuidados y atención sanitaria en términos de eventuales preferencias sociales parra resolver conflictos intergeneracionales, fueron abordados por dos conjuntos de preguntas.

Los objetivos planteados en estas cuestiones, implicaron no sólo decidir las preferencias sociales, sino también corroborar su cercanía o no, a alguna de las teorías de justicia de distribución señaladas anteriormente y los criterios reales de equidad emergentes y prevalentes en nuestra sociedad.

5.4 Aspecto Económico Financiero

5.4.1 Gasto en Salud Provincial

En el año 2007 el gasto público Provincial más el Municipal en salud por habitante sin cobertura de obra social, plan médico prepago o mutual fue estimado en \$ 915.

El 18% de ese gasto fue realizado directamente por los hospitales provinciales (\$ 164) mientras el 82% restante correspondió a gasto ejecutado por los gobiernos municipales (\$ 750)

El gasto público provincial corresponde al gasto de los hospitales provinciales distribuidos entre los municipios según el partido de residencia de los egresos.

La coparticipación municipal del régimen de salud cubrió el 117% del gasto finalidad salud municipal por habitante sin obra social, mutual o plan prepago (\$ 877). Es decir la coparticipación financia un 17% adicional al gasto finalidad salud municipal

5.4.2 Gasto en Salud en partido de Pehuajó

Para la construcción de matriz de gasto en salud en el partido de Pehuajó se recurre a distintas fuentes de información:

- a) **Sector Público:** Gasto en Finalidad Salud Ejecutado por Municipalidad de Pehuajó Año 2007 y gasto de salud en Hospitales Provinciales de acuerdo a Información provista por Ministerio de Salud Provincial (Dirección Información Sistematizada); aporte MSN en programas.
- b) **Sector Seguridad Social:** Con información suministrada por Agremiaciones Profesionales locales y sus entidades madres: FEMEBA (honorarios profesionales y aparatología propia) y FECLIBA (gastos sanatoriales: contratos capitados, modulados y por prestaciones);
- c) **Sector Privado:** proporcionado por la aplicación de Encuesta a Hogares en población urbana de ciudad homóloga cabecera del partido a fin de estimar gasto directo de bolsillo

En la siguiente tabla se resume las diversas fuentes de financiamiento que confluyen en cada Sector del Sistema de Salud para sufragar los gastos estimados en Salud por la población del Partido de Pehuajó.

TABLA N° 8 MATRIZ DE GASTO TOTAL EN SALUD EN PEHUAJÓ

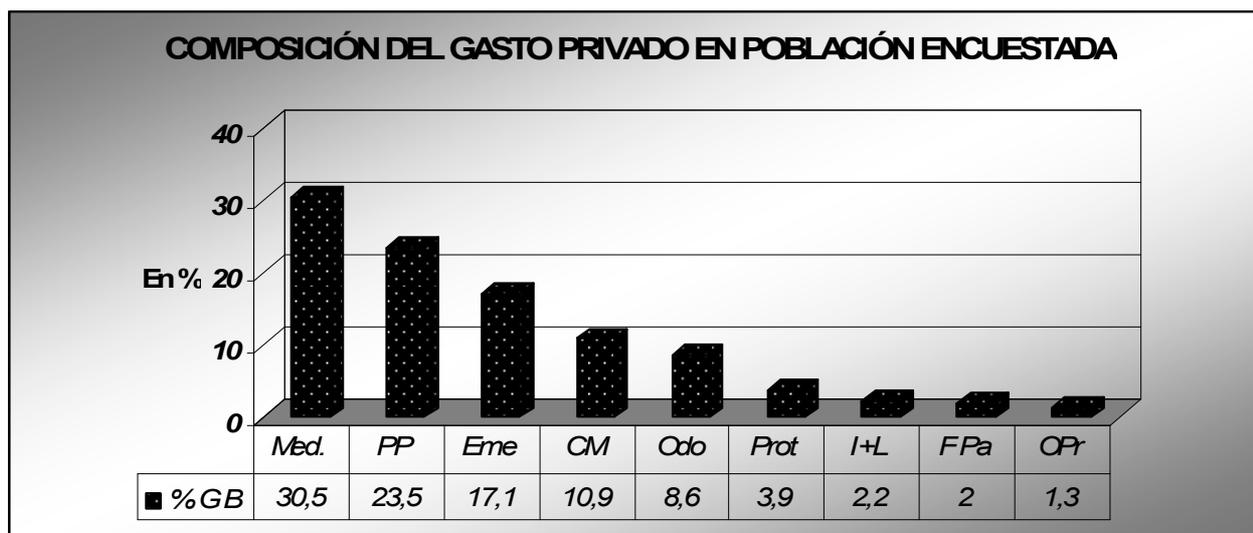
GASTOS EN SALUD EN PARTIDO DE PEHUAJO -AÑO 2007		
SECTOR PÚBLICO	Gasto en \$	En %
Atención Primaria	2.453.471	16,5
Hospitales	9.435.327,90	63,6
Total Nivel Municipal	11.888.471,90	80,1
Nivel Provincial	2.139.983,10	14,4
Nivel Nacional	813.473,00	5,5
TOTAL SECTOR PÚBLICO	14.841.928	25
SECTOR SEGURIDAD SOCIAL		
Consultas médicas	5.665.677,66	31,1
Medicamentos+ insumos	3.092.193,50	17,1
Laboratorio, imágenes y odontología	5.086.389,30	27,9
Kinesiología	976.926,30	5,3
Gastos en Internaciones	3.380.791,65.	18,6
TOTAL SEGURIDAD SOCIAL	18.201.978,41	30,7
SECTOR PRIVADO		
RESULTADO ENCUESTA DE HOGARES		
Consultas médicas	2.860.204,45	10,9
Medicamentos+ insumos	7.981.574,54	30,5
Laboratorio, imágenes y odontología	2.826.892,69	10,8
Otros Profesionales	338.857,50	1,3
Anteojos, audífonos y ortopédicos	1.017.744,68	3,9
Gastos fuera partido	538.154,60	2
Prepagas	6.168.588,76	23,5
Servicios de Emergencias	4.482.933,64	17,1
TOTAL	26.214.950,86	44,3
GASTO TOTAL EN SALUD	59.258.857,27	100

Fuente: elaboración propia encuesta de hogares de Pehuajó año 2007.

Considerando el gasto total en salud para el partido estimado para el año 2007, el mismo representaría \$ 1.543 por cada habitante/año. El aporte directo de las personas como gasto de bolsillo es de \$ 682,70 en el hipotético caso que el aporte fuese uniforme.

La grafica siguiente muestra los principales componentes del gasto privado de los hogares, sin considerar el aporte obligatorio a una obra social si la tuviesen sus integrantes, ni lo erogado como impuestos.

GRAFICO N° 1 GASTO PRIVADO SU COMPOSICIÓN – ENCUESTA DE HOGARES



Fuente: elaboración propia encuesta de hogares de Pehuajó año 2007.

El 70% está representado por adquisición de medicamentos y aseguramiento: Prepagas y Servicios de Emergencias.

A continuación en la tabla se puede observar el resultado de los gastos de bolsillo expresados en la encuesta de hogares llevada a cabo en la ciudad de Pehuajó, y el correspondiente análisis estadístico efectuado sobre cada tópico en la muestra general.

TABLA N° 9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE COMPONENTES DEL GASTO DE BOLSILLO

COMPOSICIÓN DEL GASTO PRIVADO DE SALUD - ANÁLISIS ESTADÍSTICO				
TÓPICO	ESTIMACIÓN	DESMIO	CV	%
Medicamentos	7981574,545	646176,1257	8,095847782	30,5
Prepagas	6168588,765	1121739,619	18,18470417	23,5
Emergencias	4482933,644	214691,3331	4,789081216	17,1
Consultas Médicas	2860204,453	337477,9653	11,79908537	10,9
Odontología	4253444,13	1698621,574	39,93520362	8,6
Protesis	1017744,678	149078,4235	14,64791973	3,9
Imágenes+Laboratorio	575087,616	55495,36569	20,62608826	2,2
Gastos fuera del partido	703246,9812	197739,923	28,11813322	2
Otros profesionales	338857,5048	106400,9033	31,39989577	1,3

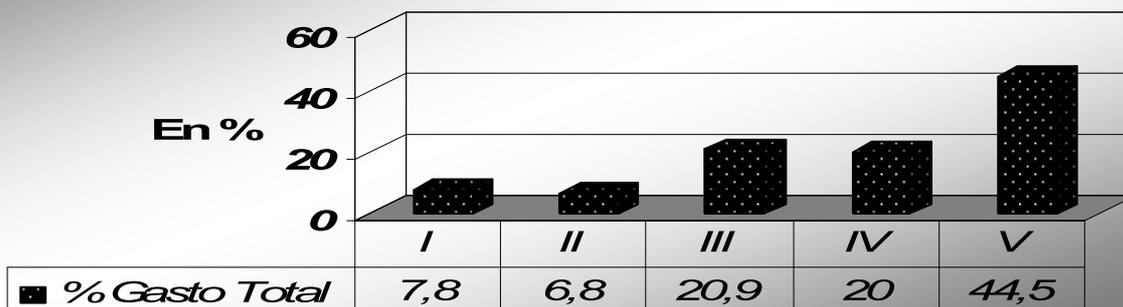
Fuente: elaboración propia encuesta de hogares de Pehuajó año 2007.

5.4.3 Componentes del gasto bolsillo según quintil de ingreso

El aporte por cada quintil al gasto total privado se grafica a continuación:

GRAFICO N° 2 DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PRIVADO POR QUINTIL DE INGRESO

Contribución Porcentual en Gasto de Borsillo por Quintiles

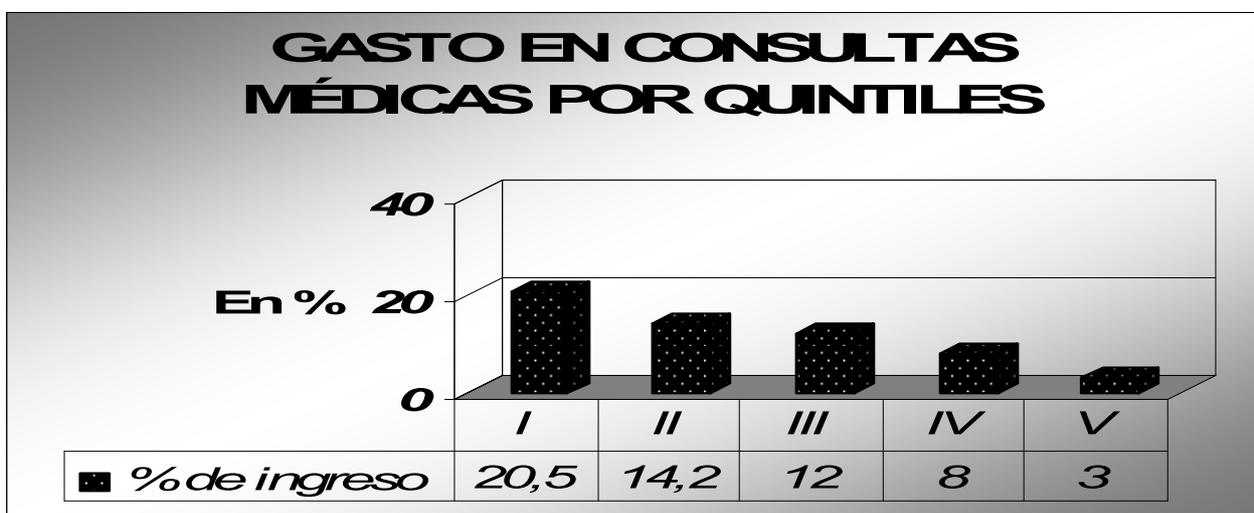


Fuente: elaboración propia encuesta hogares Pehuajó año 2007.

Se puede apreciar la relación de la contribución porcentual dineraria por nivel de ingresos donde el 40% de la población de menores ingresos aporta el 15% y el 20% de mayores ingresos dispone para su atención el 44.5% del gasto privado total, permitiéndole alcanzar a determinadas prestaciones y grado de aseguramiento que le está vedado a los más postergados.

A continuación se ofrece resultados en los siguientes tópicos considerados:

GRAFICO Nº 3 DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BORSILLO POR QUINTIL EN CONSULTAS



Fuente: elaboración propia encuesta hogares Pehuajó año 2007.

Así podemos observar como la proporción del gasto de bolsillo en consultas médicas decrece al aumentar el nivel de ingresos.

Es interesante ver como repercute en la población estudiada la erogación en rubro medicamentos, donde por decisión de las autoridades, además de la instrumentación de programas federales y provinciales de provisión de medicamentos (REMEDIAR, Planes focalizados para diversas patologías) se dispone de acuerdo a un vademécum genéricos que cubren la mayor proporción de patologías en su

tratamiento ambulatorio, de allí el menor impacto en población del quintil I que por carecer el 75% de cobertura se atiende en centros públicos. A partir del quintil II se observa francamente la regresión del gasto en este tópico.

GRAFICO Nº 4 DISTRIBUCIÓN POR QUINTIL DEL GASTO EN MEDICAMENTOS



Fuente: elaboración propia encuesta hogares Pehuajó año 2007.

Se pueden contrastar estos hallazgos con datos reflejados por la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (2003), desarrollada por el Ministerio de Salud, brinda información por quintil de ingreso sobre patrones de consumo e ingreso. A partir del análisis de la misma se desprende la relación entre el nivel de ingreso de los hogares y su gasto en salud, desagregado en erogaciones por servicios y medicamentos

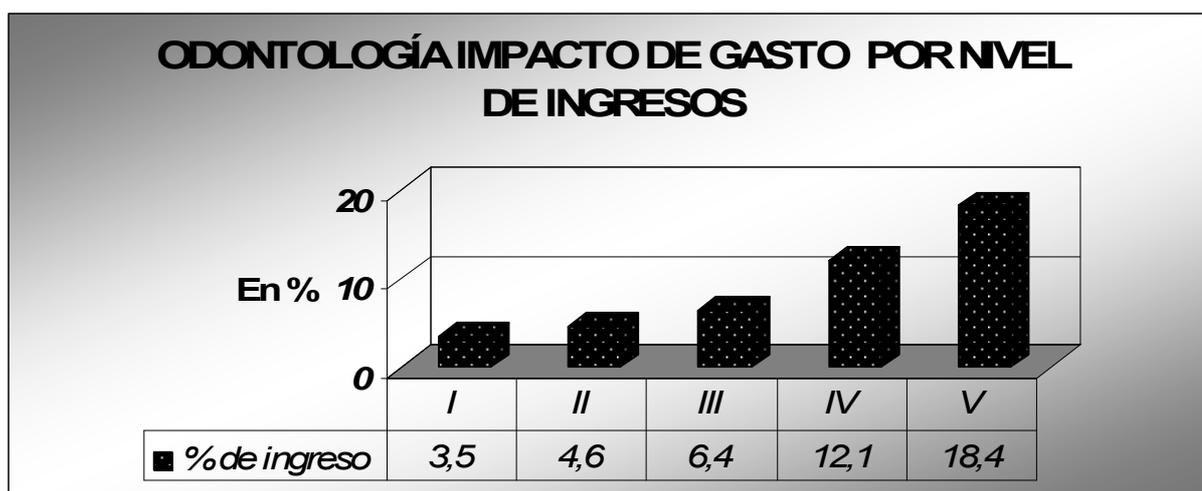
Establece la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto en salud, como % del ingreso: a menor nivel de ingreso, mayor es la proporción dedicada a gasto de bolsillo en salud.

Asimismo, se observa una mayor participación de las erogaciones en medicamentos sobre el ingreso de los individuos pertenecientes a los primeros quintiles: el primer quintil destina el 11.3 por ciento, en comparación con el quinto quintil que destina sólo el 3.3 por ciento. Esta misma relación se identifica con el gasto total en salud, cuya pendiente se encuentra definida por el gasto en medicamentos, sugiriendo la importancia de éste último sobre las erogaciones totales.

Los resultados hallados muestran un importante efecto regresivo del gasto en medicamentos sobre la población, implicando un mayor esfuerzo financiero por parte de los individuos de menores recursos.

Este contexto justifica la presencia de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de acceso a medicamentos por parte de la población perteneciente a los primeros quintiles de ingreso

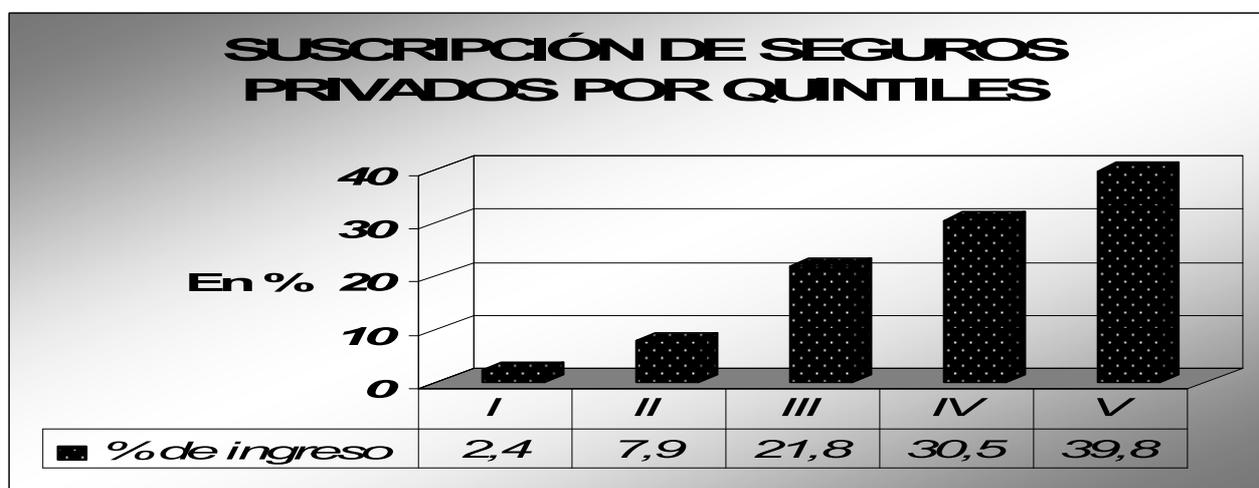
GRAFICO Nº 5 DISTRIBUCIÓN POR QUINTIL DEL GASTO EN ODONTOLOGÍA



Fuente: elaboración propia encuesta hogares Pehuajó año 2007.

Al consultar sobre nivel de coberturas se encontró alta nivel de disconformidad en todos los segmentos en lo que respecta a Odontología, en el grafico se puede observar una relación directamente proporcional de contribución monetaria a medida que aumenta el nivel de ingresos y en proporciones que superan otros tópicos estudiados. Quedando relegados a los pertenecientes a altos ingresos el acceso a los últimos adelantos en esta disciplina, algo similar se observa en lo que concierne a problemas de salud mental (Psiquiatras y Psicólogos)

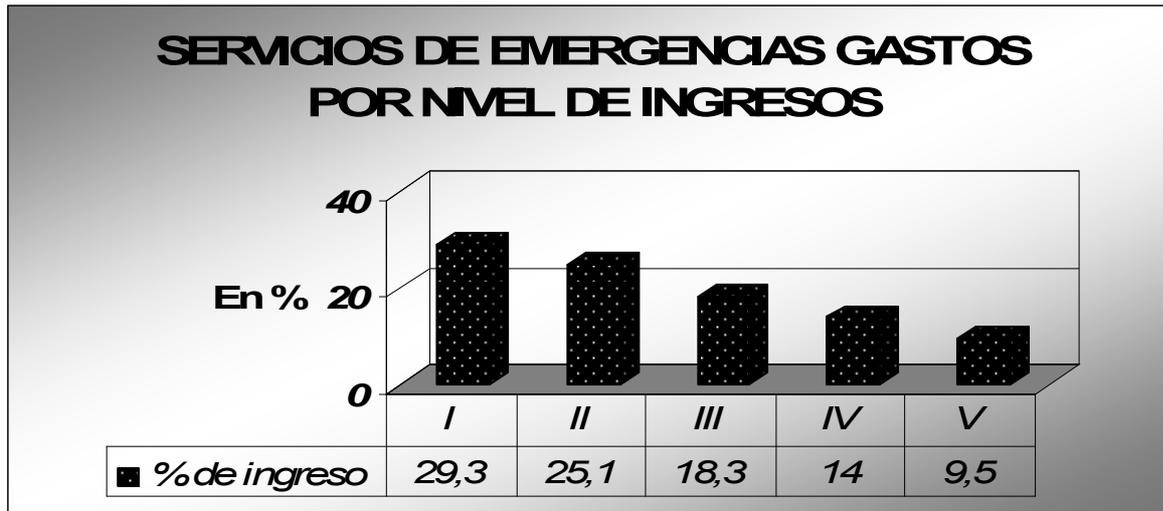
GRAFICO Nº 6 DISTRIBUCIÓN POR QUINTIL DEL GASTO EN PRIMAS DE SEGURO



Fuente: elaboración propia encuesta hogares Pehuajó año 2007.

En la muestra poblacional estudiada al analizar la suscripción de seguros privados de salud es muy limitada en los quintiles de bajos ingresos, tal vez en algunos casos producto de la desregulación de obras sociales y la triangulación con prepagas mediante un adicional, se convierte en un importe de gravitación en la franja poblacional de mayores ingresos, que por su condición adhieren a esta forma de aseguramiento.

GRAFICO Nº 7 DISTRIBUCIÓN POR QUINTIL EN SERVICIOS DE EMERGENCIAS



Fuente: elaboración propia encuesta hogares Pehuajó año 2007.

Un caso particular se observa en la población estudiada respecto a la suscripción de cobertura por Servicios de Emergencias Médicas que han anexado la cobertura en servicio de sepelio y provisión de nichos que impacta en forma regresiva en los de menores ingresos, licuando los beneficios de la política de provisión gratuita de medicamentos en efectores del sector público.

Si analizamos la gravitación por nivel de ingreso observamos situaciones similares a las descritas en países en vías de desarrollo donde los hogares pertenecientes a quintiles de inferiores ingresos utilizan mayor proporción de sus ingresos en el gasto en salud que los de mayores ingresos y destinando la mayor parte a adquisición de medicamentos y consultas de atención primaria, apareciendo como factor distorsivo a nivel local lo insumido en servicios de emergencias.

5.3 Comentarios

Surge la necesidad de reformular un nuevo escenario *de cambio o de integración efectiva de los subsectores*

El cambio planteado estará signado por un leve crecimiento de la oferta pero adaptado a la necesidad real de la demanda, con el tránsito ordenado de los actores hacia nuevos roles, distribuidos en forma armónica, con una tendencia a la mejora continua de la calidad donde se verifique una circulación criteriosa y previsible de pacientes dentro de un sistema local integrado de salud.

6.1 Conclusiones

El trabajo de investigación permite la construcción de una matriz que identifica la contribución de cada sector en el gasto global en salud en el ámbito del partido de Pehuajó, mediante el cual se establece la contribución del gasto directo de bolsillo de la población.

El mismo representa el 44,3% del total del gasto. La encuesta permite cuantificar el peso relativo de los componentes del gasto en cada estrato social según su nivel de ingresos para la muestra representativa de la población blanco.

De su lectura surgen interesantes argumentos para la reformulación estratégica de la oferta de servicios evitando la duplicación de esfuerzos al interior del sector privado y la conveniencia de la articulación complementaria con efectores públicos.

Las exteriorizaciones en pro del escenario de integración son generalizables, pero se diluyen en propuestas que no se acompañan de la integración de un grupo focalizado de trabajo interinstitucional que coordine las acciones.

Se enfatiza la necesidad de trabajar en la dirección de conseguir formular:

6.1.1 Desarrollar un sistema de información

Desarrollar un sistema de información que resulte un insumo de alta aplicabilidad para la toma de decisiones. En la búsqueda de la información se debe propender a recoger datos referidos al perfil epidemiológico a fin de conocer la población bajo cobertura y programar la oferta que satisfaga la demanda real.

Cualificar el rendimiento de los servicios hospitalarios y los centros de atención primaria y contar con información de costos para lograr el financiamiento adecuado .Se debe poder responder con claridad los cuestionamientos siguientes: que le pasa a la gente?; que ofrece el sistema local para resolver esas demandas?; con que recursos cuenta y como los utiliza?

El uso de los datos se ve fortalecido en la medida que se diseñen de acuerdo a lo propuesto por Avedis Donabedian: indicadores de estructura, proceso y resultados

El análisis local de la información al permitir poner en común el diagnóstico, aparece como el primer paso de aproximación hacia un escenario de integración de los subsectores y del sistema local de salud con la comunidad y sus representantes.

Este proceso requiere de un liderazgo democrático, con vocación coordinadora y buen diálogo para poder convocar a los responsables locales

6.1.2 Definición de la misión y la visión del sistema local

Como resultado del análisis anterior la conducción local, junto con los actores más relevantes, definirán el *propósito o misión* de cada efector local y también la *visión o imagen objetivo* a la que tender con el accionar de cada establecimiento.

La corporización de la visión queda expuesta en la definición del perfil y rol de cada institución, al no estar claramente delineadas las mismas actualmente, mucho es lo que deben trabajar los respectivos líderes en esta dirección.

6.1.3 Rol de los Profesionales de la Salud

Es indudable la importancia que los mismos revisten en organizaciones de servicios sanitarios, por ello se debe instrumentar cambios tendientes a conseguir que los profesionales se involucren positivamente en dicho proceso

Aquellos que se desempeñan en el sector público vienen reclamando la elaboración de un marco legal que sobre la base de la Ley Provincial de Carrera Profesional Hospitalaria (no reconocida por las autoridades municipales) se formule una Ordenanza Municipal consensuada con las autoridades municipales, que contemple la instrumentación de un Sistema Local de Salud. Adaptado a las necesidades de trabajo profesional que surgen al instaurar el mismo, planificando la atención de la población sin cobertura (25% según datos de la encuesta, coincidentes con las cifras oficiales que manejan las autoridades locales) en los diversos niveles de atención, contemplando la designación de un médico generalista (ex - residentes) con población a cargo entre 500 a 1000 adscriptos al sistema para la atención primaria en los centros municipales creados a tal fin, y el desarrollo del 2º nivel en el hospital local, con una conveniente contratación de servicios del sector privado (estudios diagnósticos que no se lleven a cabo en la institución) y el manejo de incentivos.

En el sector privado es necesario propender a desarrollar una estrategia tendiente a recuperar su tradicional cartera de clientes, mediante la profesionalización en la gestión, recreando una empresa sin fines de lucro que logre modelar el accionar profesional inspirados en la misión y visión de la organización, enfocados en el desarrollo de programas de calidad de atención, establecimiento de guías de buena práctica clínica, que permita el fortalecimiento institucional.

En su conjunto instrumentar medidas tendientes a la educación continua, y formación profesional, incentivando la recertificación en especialidades.

6.1.4 Fortalecimiento de la conducción y la gerencia

Mediante la capacitación de los directivos imprescindibles para llevar adelante la planificación, la implementación, el monitoreo y la evaluación del accionar de los efectores.

Dentro de las capacidades a ser incorporadas se incluyen las vinculadas con epidemiología aplicada a servicios de salud, desarrollo de sistemas de información gerencial, liderazgo y gestión de

recursos humanos, conformación y sostenimiento de redes de salud. Esto es prioritario y necesario tanto en el sector público como en el privado.

Plantearse una organización con una dinámica distinta en el sentido de resultar proactiva y con conductas anticipatorias, implica además, que esas capacidades no queden concentradas sólo en la cúpula directriz, es preciso que integrantes de distinto nivel de responsabilidad se impregnen de esta metodología de cambio y actúen como agentes multiplicadores

6.1.5 Sobre la implementación de instancias de participación comunitaria

Este aspecto está directamente vinculado con el concepto de *capital social* y su importancia al desarrollar los progresivos pasos de integración, apostando a desarrollar crecientes grados de confianza entre los actores sociales, que posibiliten este pretendido proceso de mayor participación social en salud.

6.2 A partir de la implementación de la encuesta a hogares:

6.2.1 Sobre la composición del gasto en salud de los hogares:

En la población objeto de estudio se logra estimar el peso relativo del gasto directo de bolsillo en la composición del gasto total en salud 44,3% que exterioriza la falencia de nuestro sistema de salud en asegurar asistencia sanitaria universal e igualitaria.

Si analizamos la gravitación por nivel de ingreso observamos situaciones similares a las descritas en países en vías de desarrollo donde los hogares pertenecientes a quintiles de inferiores ingresos utilizan mayor proporción de sus ingresos en el gasto en salud que los de mayores ingresos y destinando la mayor parte a adquisición de medicamentos y consultas de atención primaria, apareciendo como factor distorsivo a nivel local lo destinado a ser cubierto por servicios de emergencias.

6.2.2 Sobre la medición de nivel de cobertura por obra social o plan de seguro privados

Se observa que 3/4 partes de la población estudiada cuenta con cobertura en servicios de salud, que es superior a la informada por INDEC 2001. Lo importante es que el 75% de los integrantes del Q1 no cuentan con cobertura en contraposición del 5% en Q5 que marca la inequidad del sistema.

Consultados sobre satisfacción con los servicios prestados 2/3 están satisfechos, la mayor insatisfacción proviene de beneficiarios del PAMI y obras sindicales nacionales.

6.2.3 Sobre el nivel de satisfacción con la atención a nivel ambulatorio

El primer indicador preocupante es la modalidad adoptada por la población estudiada que expresa que ante la necesidad de consultar a un profesional cuatro de cada diez consultas las realizan en servicios de emergencias cuya oferta es excesiva (siete médicos de guardia activa en emergencias para una población de treinta mil habitantes en la ciudad cabecera del partido), dicha demanda de mano

de obra profesional no siempre es cubierta con idoneidad por lo que se compromete la calidad del servicio y además conspira en lograr los elementos que caracterizan a la APS: atención inicial, continua, comprensiva y coordinada.

La medición de la relación interpersonal con el profesional actuante nos permite inferir que los pertenecientes a hogares de mayor nivel educativo e ingresos son los que exigen que la misma contemple niveles superiores de participación de los pacientes en decidir sobre estrategias de estudios diagnóstico y tratamiento.

Es interesante como los profesionales que en la mayoría de los casos se desempeñan tanto a nivel público como privado recogen mejores calificaciones en sector privado.

Es preocupante la pobre calificación en todos los aspectos que reciben los centros de atención primaria y consultorios del hospital, que deberá movilizar a los responsables de dirigir la salud pública de mejorar la atención en dichos niveles de atención.

6.2.4 Sobre el nivel de satisfacción con la atención a nivel de internación

Sobre la preferencia a donde acudir ante la necesidad de internarse se observa una leve preferencia de hacerlo en la institución privada. Disconformidad con la hotelería en ambas instituciones, que amerita a los directivos procurar mejorar la misma.

Con respecto a los profesionales las opiniones son similares a la atención ambulatoria.

Buenas calificaciones del personal de enfermería a nivel público e insatisfacción con demoras en turnos quirúrgicos en el hospital.

6.2.5 Sobre criterios de equidad en la priorización de atención sanitaria

Predomina una mayoritaria visión igualitaria respecto a la atención sanitaria profesional tanto en cantidad como calidad. Cuando se debe opinar sobre situaciones hipotéticas en las que es preciso priorizar entre individuos o en una elección respecto a quién tratar primero, resulta más difícil tal determinación optando en la mitad de los casos por una resolución basada en el azar.

En cuanto a la asignación de recursos públicos, la mayoría de la población no define sus preferencias por programas focalizados por características patológicas o patologías, sino por la distribución igualitaria entre todos los objetivos sin asegurar el cumplimiento de cada uno de los objetivos posibles.

7.1 Reflexiones Finales

En lo que respecta al resultado obtenido de la conformación del gasto total de salud para la población residente en el partido de Pehuajó en el año 2007, el componente "gasto de bolsillo" adquiere una relevancia particular en comparación con lo aportado por el Estado y la Seguridad Social.

El presente estudio permite analizar como se conforma dicho gasto por quintil de ingreso de los hogares que **reafirma la inequidad y la regresividad** resultante observada.

Al comparar lo observado la contribución directa de las personas en nuestro caso prácticamente el 45% se acerca más al 65% de EEUU donde el estado solo actúa protegiendo a los mayores y a los extremadamente pobres; que al 8 a 10% de los países europeos que han ido hacia sistemas universalistas con financiación por rentas generales.

Por lo que se debe comenzar a replantear la fuentes de financiamiento de los sistemas de seguridad social y previsional del país, ya que la globalización a llevado a la informalidad y precarización laboral y por consiguiente a desfinanciar a los sistemas sustentados en el trabajo formal.

Con respecto a la provisión de servicios de salud, a lo largo de este trabajo fue posible arribar a algunas conclusiones respecto de la conformación de redes en salud, las que se presentan como aspectos a tener en cuenta al intentar recrear un modelo de atención de mayor integración que el actual:

Las redes se construyen a partir de la diversidad existente, dejando de lado posturas rígidas y mostrando aptitud al dialogo. Es preciso que estén claros los valores y objetivos de las mismas

Para construir redes en salud hay tiempos y etapas, es importante respetar los procesos madurativos que permitirán ir elevando el grado de asociatividad.

También resulta importante rescatar el capital social comunitario, apelando a la historia común de los actores, transformando o intentando transformar sus conflictos y competencias por relaciones de cooperación y ayuda mutua, al reconocer una amenaza exterior más relevante que las pujas internas.

Los resultados emergentes del presente estudio obligan a reformular un sistema de atención que actúe sobre la inequidad evidenciada por el impacto que en nuestro sistema de salud representa el gasto de bolsillo y la disparidad de condiciones de accesibilidad a prestaciones determinado por su condición económica.

8.1 Bibliografía

- Acuña Carlos , Chudnovsky Mariana El Sistema de Salud en Argentina Doc 60, marzo 2002.
- *Alesso Fernando. Redes de cobertura Médico asistencial. Isalud.*
- Alvarez Manuel. Los procesos de reforma y la contención de costos. Innovaciones en la gestión de servicios de salud VII Jornada Internacionales de Economía de Salud 1998
- Arrow Kenneth J. 1981 "La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas" Información Comercial Española Nº 574 47-63. Junio.
- Bascolo Ernesto; Sanchez de León, Adolfo "La medición del producto sanitario y la gestión de redes" Revista Gestión en Salud Nº2 6-18, Noviembre 2001
- Báscolo Ernesto Los aportes de la economía de la salud al debate de los derechos de la salud Centro de estudios de Estado y Sociedad Seminario V Septiembre 2003..
- Benthmam Jeremy. "Introducción a los principios de moral y legislación" Padre del Utilitarismo.1.789.
- Bortman Marcelo, Verdejo G., Sotelo J.M. Situación de la equidad en salud Argentina 1999.
- Beltramino Susana La atención médica en la Argentina CEDES Seminario IV Nov.2005.
- Califano Jorge "El financiamiento del sistema de salud argentino" Salud y Economía 2007. q
- Calonge Samuel, Rodríguez Marisol Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad. Papeles de economía española nº 76 1998.
- Cetrángolo Oscar, Devoto F. Organización de la salud n Argentina y Equidad. "Reigonal consultation on Policy Tools: Equito in Population Health" . Toronto Julio 2002
- Cetrangolo Oscar "Financiamiento y asignación de recursos para la atención de la salud" AES abril 2004 Pilar- Buenos Aires.
- Colina Jorge, Giordano Osvaldo. Rodriguez del Pozo Pablo. El Sistema de Salud en la Argentina, diagnósticos y propuestas Premio Fulvio S. Pagani 2004 Editorial Comunicarte Cordoba 2004.
- Corella José M. La gestión de servicios de salud Ed. Diaz de Santos 1996
- Cuervo J.I Varela J. Belenes R Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Ed. Vicens Vives 1994
- De la Puente Catalina , Tarragona S. Gasto en salud en la Argentina. ISALUD 2006.
- De la Puente Catalina Morfología del mercado de medicamentos ISALUD 2006
- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. OPS
- Dever Alan G.E. " Epidemiología y administración de servicios de Salud" OPS, Maryland, E.U.A., 1991
- Diaz Carlos A. El pequeño gestión ilustrado. Servicios de salud Ed. ISALUD 2005

- Diaz – Muñoz y col. 1994 "Sistemas de Salud en procesos de reforma" OPS Buenos Aires.
- Donabedian, Avedis 1993. "Definición de la calidad de la atención médica" Buenos Aires.
- Godet Michel. "De la anticipación a la acción" capítulo 1 "El Método de los escenarios", páginas 39 a 72.
- González García Ginés, Tobar Federico Más Salud por el mismo dinero La reforma del sistema de salud en Argentina. Ediciones ISALUD 1999.
- González García Ginés. Salud para los Argentinos. Economía política y reforma del sistema de salud en Argentina. Ediciones ISALUD
- González López – Valcarcel Beatriz. Universidad Las Palmas. Gran Canaria.
- Kroeger, Axel y Luna, Rolando. "Atención primaria de la salud. Principios y métodos. 2º edición OPS .Mexico 1992.
- Levcovich Mónica La integración público-privada VIII Jornadas Internacionales de Economía de la salud. El debate público-privado en las políticas de salud. Bs. As. 1999.
- Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud Washington D.C. Marzo 1998.
- Lozano Jaime. Economía institucional y ciencia económica. Revista de economía institucional Nº 1 noviembre 1999
- Maceira Daniel Cobertura, Riesgo y Prevención. Rol del Estado en Salud: Argentina CEDES Nº 43/2008
- Maceira Daniel Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino CEDES Seminario VII octubre 2002.
- Maceira Daniel Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros el caso de Argentina. CEDES Seminario VI 2004.
- Manoukian Daniel E. Construcción de redes en salud. ISALUD.
- Martínez Martín Félix León Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad / inequidad en salud. Revisión conceptual Bogotá Septiembre de 2006.
- Milgrom, Paul y Roberts John. Economía, organización y gestión de la empresa" Capítulo 2 organización económica y eficiencia. Editorial Ariel Economía, Bs.As.1990.
- Morgenstern Martín y col. Criterios de equidad sanitaria y valor estadístico de la vida humana. ISALUD Vol 5 número 21 abril 2010
- OPS "Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS, La administración estratégica", 1992
- OPS Resolución 15)
- Ortun Rubio Vicente; Del Llano Seriaris Juan 2000 " Estado y Mercado en Sanidad" Gestión Sanitaria Innovaciones y desafíos: 3 – 16 Barcelona, Ed. Masson.
- Paganini José María La Salud y la Equidad Panamá Octubre 2000.
- Pareto Wilfredo 1938. "teoría del Optimo".
- Pineault Raynald, Daveluy Carole. La Planificación Sanitaria 1.990 Ed. Masson S.A.

- Rawls John. "Teoría de la Justicia" 1971 4º edición Mexico Fondo de cultura económica.
- Roemer Milton 1980. "Perspectiva mundial de los servicios de salud" Siglo XXI editores Mexico.
- Rovere Mario El trabajo conjunto de las organizaciones sociales: la consolidación de vínculos entre pares. X jornada Argentina del sector social.
- Rovere Mario Gestión estratégica de las organizaciones de ciencia y tecnología en salud. Centro de Estudios y Sociedad. Seminario III Junio 2002
- Rovere Mario. REDES Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad Instituto de la Salud "Dr. Juan Lazarte" Rosario 1998.
- Schweiger Arturo. Sistemas de información gerencial y control de gestión del sector salud. ISALUD 2006.
- Sen Amartya 1997 "Bienestar Justicia Mercado" Paidós. Barcelona
- Spadafora Santiago Rol del estado en los sistemas de salud con modelos de seguros múltiples en competencia. ISALUD.
- Tamargo Maria del Carmen El trabajo asociado para la inclusión social: construyendo puentes desde la evaluación. X jornada Argentina del Sector Social. Bs.As. Agosto 2004
- Tobar Federico. 2000. " El gasto en salud en Argentina y su método" ISALUD
- Tobar Federico Economía de la reforma de los Seguros de salud en Argentina ISALUD 2001
- Tobar Federico Herramientas para el análisis del Sector Salud
- Tobar Federico Pobreza e Indicadores de Salud Buenos Aires 2001.
- Torres Rubén Mitos y realidades de las obras sociales en la Argentina. ISALUD 2004.
- Varo, Jaime 1994 "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios". Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid. Ed. Diaz Santos
- Vasallo Carlos Políticas de salud y financiamiento de la salud. XIII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Ediciones ISALUD
- Von Bertalanffy Ludwig 1960. "Teoría general de los Sistemas"
- Vuori H V "El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología" Ed. Masson .Bacelona 1988.
- Whitehead M. 1991 "Los conceptos y principios de equidad en la salud" Centro de documentación e información. Programa de desarrollo de políticas de salud. Diciembre OMS.

9. Anexo

SALUD: GASTO Y SATISFACCIÓN
HOSPITAL Dr. JUAN C. ARAMBURU

día		mes		año	

fracción		radio		manzana		encuestador		encuesta	

Las informaciones PERSONALES Y DEL HOGAR que se suministran en esta Encuesta realizada por el Hospital ARAMBURU (considerada de interés provincial y Municipal), serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados, exclusivamente en compilaciones de conjunto, de modo que no puedan individualizarse los hogares y/o personas a quienes se refieren.

1. Composición del Hogar. Miembros que lo componen

1.01. Anote los nombres (de pila o apodo) y la relación de parentesco con el / la jefe(a) del hogar, tratando de seguir el siguiente orden: Jefe(a), cónyuge, hijo(a) / hijastro(a), yerno / nuera, nieto(a), padre / madre / suegro(a), otros familiares, otros no familiares, servicio doméstico y sus familiares.

	Relación o parentesco con el Jefe o Jefa de Hogar	Nombre (opcional)	Sexo	Edad (años cumplidos)	Máximo nivel educativo alcanzado (completo)	Nivel educativo en curso	Condición de Actividad Económica (ocupado, desocupado, no activo)
1	JEFE / JEFA						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

1.02. Si el jefe de Hogar tiene:

<i>Primaria incompleta marque con "X"</i>	
No cursó o no completó el 3 ^{er} Grado	Completó el 3 ^{er} grado o más

1.03. Datos del entrevistado:

Edad	Sexo	
	Maculino	Femenino

2. Características de la Vivienda

1.02. LEA LAS PREGUNTAS Y LAS ALTERNATIVAS QUE AQUI SE DESAGREGAN, ANOTE LO QUE RESPONDE EL ENTREVISTADO, ES SU DECLARACIÓN LO QUE SE CONSIDERA VÁLIDO, Y SÓLO REPREGUNTE EN CASO QUE NO ENTIENDA LO DICHO POR EL MISMO

2.01. Este hogar vive en...	"x"
casa	
rancho	
casilla	
departamento	
otro	
.....	

2.02. ¿Cuál es el material predominante de los pisos?	"x"
cerámica, baldosa, mosaico,	
mármol, madera o alfombrado	
cemento o ladrillo fijo	
tierra o ladrillo suelto	
otro	
.....	

2.03. ¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores?	"x"
ladrillo, piedra, bloque u hormigón	
adobe	
madera	
chapa de metal o fibrocemento	
chorizo, cartón, palma, paja sola o material de desecho	
otro	
.....	

2.04. ¿Las paredes exteriores tienen revoque / revestimiento externo? (incluye ladrillo a la vista)	
Si	No

2.05. ¿Cuál es el material predominante de la cubierta exterior del techo?	"x"
cubierta asfáltica o membrana	
baldosa o losa (sin cubierta)	
pizarra o teja	
chapa de metal (sin cubierta)	
chapa de fibrocemento o plástico	
chapa de cartón	
caña, tabla o paja con barro, paja sola	
otro	
.....	

2.06. ¿Tiene agua...	"x"
por cañería dentro de la vivienda?	
fuera de la vivienda pero dentro del terreno?	
fuera del terreno?	

2.07. ¿Y en total cuántas habitaciones o piezas tiene este hogar? (sin contar baño/s y cocina/s)	nº
cantidad total de habitaciones o piezas	

2.08. La vivienda que ocupa este hogar, ¿es...	"x"
propia?	
alquilada?	
prestada?	
cedida por trabajo?	
Otra situación	

OBSERVACIONES:

3. SISTEMA PREVISIONAL: PUBLICO, OBRAS SOCIALES Y PRIVADO (PREPAGAS)

3.01. ¿Qué previsión de salud tienen los miembros del hogar?. Marque con "x" las/s que corresponda/n"

Las filas (renglones) numeradas corresponden a los miembros del hogar tal como fueron declarados en el cuadro 1.01. *RECUERDE ES IMPORTANTE respetar el ORDEN declarado en el cuadro de miembros del hogar 1.01.. Cada uno puede tener marca en MÁS de una columna, en caso que corresponda*

Nº de miembro del hogar	Obra Social, Mutual o Servicio de Emergencia							
	1. Obra Social Provincial : IOMA (empleados públicos provinciales y municipales)	2. INSSJP (PAMI)	3. Obras sociales Sindicales Nacionales : OSECAC, OSPRERA, UOCRA, etc.	4. Adherido a Pre-pagas: Medicus, Omint, Medife, Sistema de salud Pehuajó-Famyl, OSDE	5. Adherido a un sistema de Emergencias Médicas y / o Alta complejidad	6. Carné hospitalario	7. Ninguno	8. No Sabe / No Responde
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

SISTEMA PREVISIONAL: Sector Público (hospitales y salas APS) Obras Sociales y Prepagas.

Marque con "x" lo que corresponda

3.02. ¿Conoce Ud. aproximadamente cuánto es el monto que paga a su obra social y prepaga por la previsión de salud de los miembros del hogar?

Si No

3.03. ¿Considera Ud. Que el monto que paga a su obra social y prepaga por su previsión de salud es:

Muy baja Baja Adecuado Alta Muy alta

3.04. ¿Considera Ud. que la parte que cubre su obra social, prepaga y sector público por atenciones ambulatorias como consultas o exámenes, es:

Muy baja	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Adecuada	<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Muy alta	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------	----------	--------------------------

3.05. ¿Considera Ud. que la parte que cubre su obra social, prepaga y sector público por atenciones de odontología, salud mental o de kinesioterapia, es:

Muy baja	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Adecuada	<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Muy alta	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------	----------	--------------------------

3.06. ¿Considera Ud. que la parte que cubre su obra social, prepaga y sector público para internaciones u hospitalizaciones, es:

Muy baja	<input type="checkbox"/>	Baja	<input type="checkbox"/>	Adecuada	<input type="checkbox"/>	Alta	<input type="checkbox"/>	Muy alta	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------	----------	--------------------------

3.07. ¿Qué tan satisfecho está Ud. con la posibilidad de elegir el establecimiento o profesional que lo atienda en su obra social, prepaga y sector público ?

Muy satisfecho	<input type="checkbox"/>	Satisfecho	<input type="checkbox"/>	Insatisfecho	<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------	------------------	--------------------------

3.08. ¿En el último año Ud. Ha cambiado de plan de salud?

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/>
Pasará a 3.09		Pasará a 3.10		Pasará a 3.10	

3.09. ¿Esta Ud. satisfecho con este cambio de plan?

Muy satisfecho	<input type="checkbox"/>	Satisfecho	<input type="checkbox"/>	Insatisfecho	<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------	------------------	--------------------------

3.10. En general, considerando todos los aspectos, ¿qué tan satisfecho está Ud. con la atención brindada por su obra social, prepaga o por el sector público?

Muy satisfecho	<input type="checkbox"/>	Satisfecho	<input type="checkbox"/>	Insatisfecho	<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------	------------------	--------------------------

4. PRESTADORES DE ATENCIONES DE SALUD

4.01. Durante los últimos 12 meses, ¿Ud. o alguno de los integrantes del hogar, recibió atención de salud médica o dental ambulatoria, no hospitalizada, producto de un problema de salud?. Marque con "x" lo que corresponda.

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

4.02. En caso de haber efectuado consultas ambulatorias, donde acuden habitualmente los miembros del hogar. La respuesta puede ser múltiple, en ese caso indique orden de prioridades (ejemplo: 1: sala de APS 2: consultorio de hospital 3: guardia del hospital)

Lugar donde acude a la consulta ambulatoria	Habitualidad "x"	Nº orden de preferencia del encuestado
En Consultorio de salitas de atención Primaria		
En Servicio de Emergencias (Cooperativa, Addes, Servimed)		
En Clínica del Oeste: Guardia		
En Hospital Público: guardia		
En Hospital público: consultorios externos		
En Consultorios privados de los profesionales		
En Otro lugar de atención (en domicilio)		

4.03. De acuerdo a la expectativa de los miembros del hogar (respecto a la consulta con el médico), el resultado de la misma en cuanto a calidad de atención ¿respondió a lo esperado?. Marque con "x" lo que corresponda.

Si	
Pasar a Item 5	

No	
Pasar a preg. 4.04.	

4.04. Si NO CUBRIÓ SU EXPECTATIVA, enumere cuál de los siguientes aspectos no lo satisfizo u agregue otro no contemplado

Expectativa No satisfecha	"x"
Nivel de conocimientos del profesional	
Efectividad del tratamiento indicado	
El profesional lo/a escucha, le permite consultar sobre su problema de salud	
El profesional le informa con claridad sobre su problema de salud	
El profesional le informa sobre otras alternativas de diagnóstico y tratamiento	
El profesional le permite participar en las decisiones	
El lugar de atención cuenta con confort y tecnología apropiada	
El trato del personal administrativo, técnicos o enfermería es el apropiado	
El tiempo de demora para obtención de los turnos, es el deseable	
Celeridad y/o puntualidad para la atención al concurrir al lugar para la consulta o estudio	
El costo de la atención (consultas, estudios) es el esperable	

5. ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN (INTERNACIÓN)

5.01. Durante los últimos 3 años, ¿Ud. o alguno de los integrantes del hogar, estuvo hospitalizado, pasando al menos una noche en un hospital o clínica?. Marque con "x" lo que corresponda.

Si	
Pasar a Item 5.02	

No	
Pasar a Item 6	

5.02. En caso de haber sido internado Ud. o alguno de los miembros del hogar, donde acuden habitualmente los miembros del hogar. La respuesta puede ser múltiple, en ese caso indique orden de prioridades

Lugar de internación	Marque con "x" lugar donde se interno	Nº orden de preferencia del encuestado
Clínica del Oeste		
Hospital Municipal "Dr. Juan C. Aramburu"		
Otra institución:		

5.03. De acuerdo a la expectativa de los miembros del hogar al ingresar a la institución donde se efectuó la internación, el resultado en cuanto a calidad de atención ¿respondió a lo esperado? Marque con "x" lo que corresponda.

Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

5.04. Si NO CUBRIÓ SUS EXPECTATIVAS, enumere cual de los siguientes aspectos no lo satisfizo (u agregue otro no contemplado)

Expectativas	"x"
Nivel de conocimientos de los profesionales	
Efectividad del tratamiento indicado	
El profesional lo/a escucha, le permite consultar sobre su problema de salud	
El profesional le informa con claridad sobre su problema de salud	
Le informa sobre otras alternativas de diagnóstico y tratamiento	
Le permite participar en las decisiones	
El lugar de atención cuenta con confort y tecnología (equipamiento) apropiado	
Trato del personal administrativo, técnicos o enfermería	
Tardanza en obtención de los turnos de cirugía programada	
Posibilidad de recibir visitas y comunicación con familiares	
Posibilidad de presenciar el parto de su hijo	
Costo de la atención (derechos sanatoriales, honorarios, insumos, estudios)	
Otros (especifique):.....	

6. ECONOMIA DE SALUD. APLICABILIDAD DE LOS RECURSOS. EQUIDAD

6.01) Ud. o quienes generan su ingreso familiar están contribuyendo mediante el pago de impuestos y aportes a la Seguridad Social, a financiar diferentes gastos de Salud. En el caso que se planteara que Ud. junto a un total de otros 99.999 habitantes voluntarios estuvieran dispuestos a donar igualmente unos pesos –adicionales- para salvar al menos una (1) sola vida más por año ... ¿cuál sería ese aporte individual que estaría dispuesto a realizar por cada vida salvada al año? : Marque con "x"

Aporte individual por una vida salvada al año						
\$ 1	\$ 5	\$ 10	\$ 20	\$ 30	\$ 40	\$ 50

--	--	--	--	--	--	--

6.02 Ante una misma enfermedad y estado grave en dos personas adultas y suponiendo que no se puede atender a ambas simultáneamente. ¿Cómo se debe elegir a quién atender primero?

Prioridad de atención	"x"
Se debe atender primero al mas joven	
Se debe atender primero al más anciano	
Se debe elegir al azar ambos tienen el mismo derecho	

La selección (decisión) fue:

Muy difícil	Difícil	Fácil

6.03 Ante la urgente necesidad de un transplante y suponiendo que existe un solo donante compatible con varios pacientes receptores potenciales. ¿A quien se debe dar prioridad?

Se debe dar prioridad a :	"x"
un bebe de 8 meses	
un niño de 8 años	
un adulto joven (30 años)	
un adulto mayor (50 años)	
un anciano (75 años)	
se DEBE elegir al azar, todos tienen el mismo derecho	

La selección (decisión) fue:

Muy difícil	Difícil	Fácil

6.04 En Argentina los habitantes contribuyen a solventar los gastos propios y de otros para la atención de salud mediante el pago de aportes a Obras Sociales, cuotas de Prepagas y el pago de impuestos que solventan los Hospitales Públicos. ¿Cómo entiende que debería ser la distribución de la cantidad y calidad de atención?

Distribución de la cantidad y calidad de atención debe ser :	"x"
Proporcional al aporte de cada uno: el que más paga debiera recibir más y mejores servicios	
Primero se debe establecer una cantidad y calidad mínimas igual para todos y luego se debe distribuir el dinero sobrante según la cantidad de aportes de cada uno	
Igualitaria para todos: independientemente de la contribución monetaria de cada uno	

La selección (decisión) fue:

Muy difícil	Difícil	Fácil

6.05 Si Ud fuera la persona que debiera decidir una y solo una inversión de \$ X en salud pública, ¿Cuál de las siguientes opciones seleccionaría?:

Seleccionaría invertir en:	"X"
Brindar un servicio que implique una mejora leve de la salud de toda la población (ejemplo una vacuna contra la gripe)	
Brindar un servicio que produzca una mejora más importante de la salud a un grupo de la población (ejemplo rehabilitación física postraumática)	
Brindar un servicio que produzca una mejora muy importante de la salud a un grupo reducido de población (ejemplo trasplantes renales para pacientes en diálisis)	
Trataría de distribuir los recursos entre los tres requerimientos anteriores aunque esto implique no poder atender a todo aquel que necesite la cobertura	

La selección (decisión) fue:

Muy difícil	Difícil	Fácil
Se dejó copia del capítulo para completar	Entrega en Hs.	

7. Gastos en Salud afrontados por el hogar

7.01. Gastos del último mes	nº consultas	monto pagado	monto por "plus"
Consulta médica		\$	\$
Consulta de medicina alternativa		\$	
Insumos (guantes, algodón, alcohol, gasas)		\$	
Medicamentos (excluir insumos)		\$	
Homeopatía, yerbas medicinales		\$	

7.02. Gastos de los últimos seis meses	monto pagado	monto por "plus"
Exámenes de laboratorio (sangre, orina, etc.)	\$	\$
Exámenes de imágenes (Rx, Ecografías, TAC, RNM)	\$	\$

En odontología (dentista) ortodoncia,implantes	\$	\$
En otros profesionales de la salud (kinesiólogos, psicólogos, obstetras, enfermeras)	\$	\$

7.03. Gastos en el último año en el hogar	monto pagado	monto por "plus"
Tratamientos médicos (diálisis, quimioterapia)	\$	\$
Anteojos o lentes de contacto	\$	\$
Audífonos	\$	\$
Aparatos ortopédicos y/ o terapéuticos	\$	\$
Atención hospitalaria (honorarios, plus, derechos)	\$	\$
Atención ambulatoria (honorarios, plus, derechos)	\$	\$

7.04. Gastos en el último mes en el hogar	monto pagado
Cuota de afiliación de una prepaga	\$
Cuota de afiliación de un servicio de emergencia	\$

Para el cumplimiento de un tratamiento	Marque con "x"		
	Siempre	Nunca	Algunas veces
Le proporcionan o adquiere el medicamento			
Cumple con las indicaciones del profesional			

7.06. Atención proporcionada fuera de Pehuajó	Programado	Urgencia	Internación
En concepto de honorarios profesionales	\$	\$	\$
En concepto de derechos sanatoriales	\$	\$	\$
En concepto de estudios realizados	\$	\$	\$
Estudios de alta complejidad	\$	\$	\$
Procedimientos de alta complejidad	\$	\$	\$
En concepto de gastos de traslado	\$	\$	\$

8. INGRESO DEL HOGAR

Para que podamos realizar el análisis de impacto de los gastos en salud que tiene "el hogar" nos hace falta una última información que refiere los ingresos promedio del mismo. Recuerde que la encuesta es anónima y tiene sólo el carácter de exploratoria para una investigación, los datos que Ud nos brinde no serán revelados de forma individual y se trabajarán en tablas sumados a el resto de los 400 hogares visitados.

Por favor consigne el ingreso del último mes (y en caso de existir un ingreso muy variable por estacionalidad declare el ingreso promedio mensual del hogar correspondiente a los últimos seis meses.

8.01. Ingreso total del hogar	Último mes	Promedio mensual últimos 6 meses
Ingresos total del hogar	\$	\$

En caso que se presente rechazo a contestar este ítem volver a explicar que los datos son confidenciales y se utilizaran sólo en procesamientos donde no se identifique el hogar que provee la información. Si aún explicado lo anterior se rehusa informe que:

"Si Ud. considera que este ítem no debe contestarlo al presente encuestador, y prefiere contestarlo al Supervisor de la encuesta podemos enviarlo a su domicilio cuando Ud. Lo indique de lo contrario le solicitamos que se acerque al Hospital ARAMBURU para completar la misma con la Coordinación de la Investigación".

MUCHAS GRACIAS POR ATENCIÓN. LE ENVIAREMOS UN RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y LAS PROPUESTAS QUE SURJAN DE LA MISMA.

Encuestador: