



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

---

# Notas para el diseño y la implementación de un Seguro Provincial de Salud para la Provincia de Salta

Daniel Maceira, Ph.D.<sup>1</sup>

Enero, 2007

---

<sup>1</sup> Investigador Titular, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Conicet, Buenos Aires, Argentina.  
Se agradece la colaboración de Ana Reynoso en la elaboración de este informe.  
Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

## **1. Introducción**

La Ley 6841/96 de la Provincia de Salta sienta las bases para la actual estrategia de salud, consignando los objetivos de la política de salud pública. Las decisiones de política en este ámbito proponen un sendero de redistribución más eficiente, efectiva y racional de los recursos hoy disponibles, como así también una participación más activa de la población en tanto mecanismo de control y fiscalización. Conforme esta línea de acción el Decreto 2411/05 reglamenta la división geográfica de la provincia en cuatro Regiones Sanitarias (Región Norte, Oeste, Sur y Centro) cada una de las cuales conforma una porción de territorio con similar perfil epidemiológico. Una vez identificadas las características sanitarias de los individuos, las Regiones Sanitarias se subdividen en nueve Redes de Atención dentro de las que se define un mapa prestacional que incluye diversos niveles de atención y complejidad de las prestaciones, para luego dar lugar a las Áreas Operativas, unidades de gestión y evaluación de las acciones de salud.

Con una extensión de casi 745000 km<sup>2</sup> y una población de aproximadamente 1.080.000 habitantes de acuerdo al último Censo Nacional, la provincia de Salta cuenta con administración estable en los últimos tiempos e indicadores de salud que la muestran, por un lado, dentro de las provincias que destinan mayor parte de su presupuesto al gasto en salud (aproximadamente 15%) y, por el otro, con un nivel absoluto de gasto per cápita por debajo del promedio nacional. Desde esta perspectiva, constituye un desafío de política pública poder identificar un esquema de cobertura sanitaria que supere las limitaciones económicas, incorporar las características geográficas de la provincia y la región y encontrar un sendero sustentable de financiamiento equitativo de las necesidades de los salteños.

El objetivo de este trabajo es hacer un análisis crítico de la posibilidad de implementar un Seguro Público de Salud en la provincia de Salta, según un esquema diseñado donde lo que se propone es una relación secuencial de financiamiento, control y provisión en distintas esferas, ya sea geográficas como por motivo de financiamiento. La implementación del seguro requerirá de la articulación de diversos actores en una estructura vertical que toma como base el esquema de Regionalización reglamentado por la provincia. A grandes rasgos, el Ministerio de Salud contrataría formalmente a las Redes Sanitarias que estarían a cargo de autoridades sanitarias provinciales, y los Directores de estas Redes contratarían a prestadores públicos en las Áreas Operativas. Estos contratos de gestión permitirán complementar o enriquecer la estrategia de gestión autónoma desarrollada históricamente en la Provincia de Salta que posibilita diferenciar las relaciones de financiamiento y provisión y por tanto, auguran una mayor probabilidad de monitoreo y control.

Asimismo, y a partir de la participación de Organizaciones No Gubernamentales, se tiende a generar una nueva forma de control social en tanto las mismas representen la voz comunitaria en la evaluación de los servicios sanitarios. Este componente resulta primordial en la medida en que parte de los mecanismos de incentivos que se generen a partir de los contratos de redes estarán asociados con la evaluación de estas ONGs. De este modo, las ONGs no solo estarían a cargo de representar a la voz de la comunidad en la prestación de servicios, sino que podrían acordar guías de indicadores a ser relevados y que posteriormente comprometan la asignación de recursos en la provisión de servicios.

Este trabajo se propone presentar este esquema vertical de financiamiento, gestión y provisión de servicios de salud, y analizar su dinámica en términos de sustentabilidad,

incentivos y evaluación. Para ello, la siguiente sección discute el marco de análisis a partir del cual se establecen las características de un seguro, las posibilidades de un seguro social y como ello, a través de la articulación de subsidios a la oferta y la demanda, se convierte en un seguro público de salud.

La tercera sección analiza las características propuestas del seguro público y establece cuáles son los elementos que separan a las propuestas del seguro público salteño de los esquemas alternativos de seguro público que uno observa en otras regiones del país y de América Latina. Una vez establecido este esquema, las secciones cuarta y quinta se focalizan en el análisis de aspectos específicos del seguro: en la cuarta sección se desarrollarán los mecanismos de identificación de incentivos y alineamiento entre los distintos actores que participarían del seguro público de salud, y también, se evalúan los modos de asignación de recursos actuales y de aquellos que son necesarios para converger a un seguro epidemiológicamente sustentable. En la quinta sección se discuten los mecanismos de control y participación comunitaria que podría tener el seguro a fin de lograr que esta iniciativa no solamente sea sustentable financieramente sino social y políticamente. Finalmente, la sección sexta expone los principales argumentos que sustentan un seguro como el analizado y propone un temario para llegar a una propuesta comprehensiva de seguro provincial.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Características del Sistema de Salud Argentino**

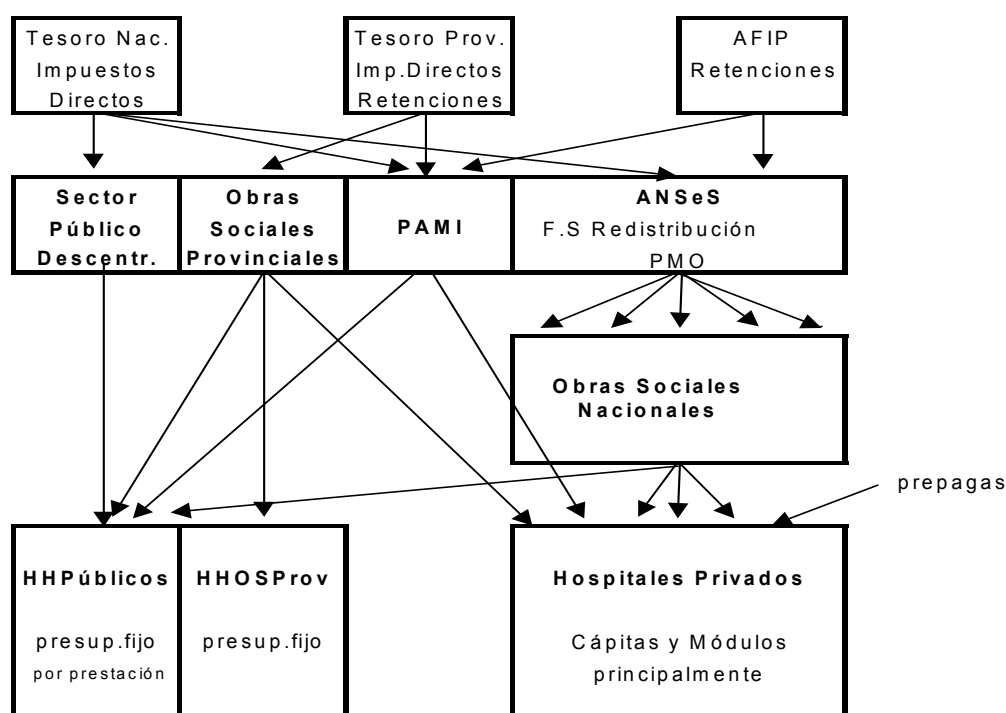
La organización y el financiamiento del sistema argentino de salud es altamente fragmentado y segmentado y eso lo diferencia de la mayor parte de sus pares en América Latina y otras naciones en desarrollo. La razón por la cual se lo considera segmentado es que establece la existencia de tres subsistemas: subsistema público, seguridad social y privado. El público, si bien establece formalmente una cobertura para toda la población, se focaliza en las personas de menores recursos mientras que el sistema de seguridad social, formado por la red de fondos sindicales y provinciales de aseguramiento, establece paquetes dirigidos a la atención de los trabajadores formales (en relación de dependencia) y sus familiares, a lo que se suma el PAMI. El sector privado, por su parte, que opera mayormente en el ámbito de la prestación de servicios, también cuenta con esquemas de aseguramiento (el esquema de medicina prepaga), que, para el total de la nación no alcanza el 10 por ciento.

La idea de “segmentación” surge de la comparación del modelo argentino con un esquema ideal de asignación eficiente y equitativo de fondos y prestaciones en el sector salud en el que se define una relación clara entre tres etapas de cobertura: la captación de fondos, la absorción de éstos por las entidades a cargo del gerenciamiento de tales fondos (sector público, entidades privadas y organismos de seguridad social) y, por último, la prestación de servicios.

Como se puede apreciar en la Figura 1, no sólo son diversas las fuentes de financiamiento, sino que la instancia de cobertura queda en manos de un conjunto de diversos y heterogéneos actores. Más aún, la segmentación al interior tanto del Sistema Público como del de Seguridad Social hace que el esquema corra riesgos financieros y de equidad. Así, entre los distintos Sistemas de Aseguramiento Social dependientes de los ministerios públicos de salud y las obras sociales nacionales, provinciales y el PAMI, se

atiende aproximadamente un 50 por ciento de la población total del país, mientras que casi el 38 por ciento busca provisión en el sector público (Maceira, 2005). El sistema público de salud, debido a este mecanismo descentralizado, se distribuye entre los Ministros de Salud de las 23 provincias, el de la Ciudad de Buenos Aires y el Ministerio Nacional que, junto con el vasto sistema de regionalización y municipalización de los cuatro municipios más amplios del país, conducen a un mapa de aproximadamente 200 instituciones que diseñan prácticas sanitarias. A eso se suma la fragmentación de la seguridad social que responde a alrededor de 300 fondos adicionales.

**Figura 1**  
**Sistema de Salud argentino**



*Fuente: Maceira (2001)*

Dentro de esta realidad, el sistema salteño cuenta con un mayor nivel de concentración ya que aproximadamente el 55 por ciento de la cobertura de la población salteña está en manos del Ministerio de Salud (en tanto son individuos sin cobertura formal, desempleados, subempleados o con empleos informales), mientras que el Instituto de Previsión Social (la Obra Social Provincial) cuenta con alrededor de 220 mil beneficiarios, lo que en conjunto incluye un 75 por ciento de la cobertura total de la provincia. Esto deja a un 25 por ciento de salteños bajo la órbita de las obras sociales sindicales y prepagas, operando en la provincia, y la Unidad de Gestión Local del PAMI (Ministerio de Salud de Salta, 2006).

Reproduciendo la lógica nacional, la segmentación permite la existencia de subsidios cruzados (utilizar un subsistema a pesar de contribuir a otro). Ello produce un doble

efecto. En términos de la eficiencia, el paciente estaría utilizando el sistema de salud público que es la única provisión con la que cuenta la población con Necesidades Básicas Insatisfechas y por tanto desplaza, al menos en teoría, la atención del individuo sin cobertura. Por el otro lado, al contribuir a un seguro social o privado, y no teniendo el sistema público capacidad de recupero de esos costos, afecta la equidad de la estructura en tanto se desvían recursos para la atención de la persona con más necesidades.

## **2.2. La naturaleza de los Seguros de Salud**

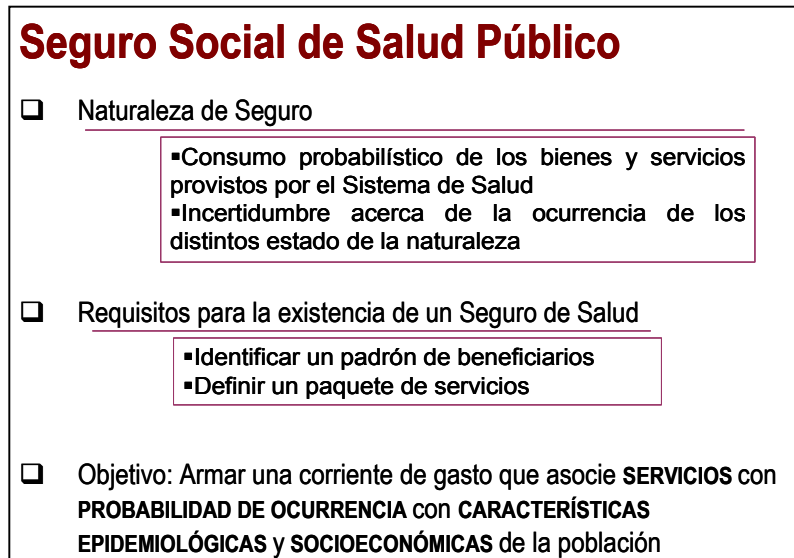
La discusión sobre la necesidad de un seguro de salud descansa en la característica del consumo de los bienes y servicios de salud que tiene un origen probabilístico. Los sistemas de salud ofrecen bienes y servicios a ser consumidos a partir de las necesidades que surgen de los perfiles epidemiológicos de la población. Salvo en el caso de enfermedades crónicas, la atención de la salud está relacionada con cierta existencia de cobertura ante la eventualidad de enfermedad. En estos casos, los bienes y servicios son provistos sólo cuando la eventualidad ocurre (la persona se enferma o por alguna otra contingencia necesita hacer uso de la atención médica). Es por estas características que se requiere para operar eficientemente, un mecanismo de seguro que permita organizar provisiones ante contingencias futuras. En otras palabras, al no haber certeza acerca del momento y la intensidad de los consumos en salud para una población determinada, es necesario desarrollar un mecanismo para reducir la incertidumbre en la corriente de gastos, y ello es lo que garantiza el marco de un seguro.

La existencia de seguros de salud está ligada a la satisfacción de dos requerimientos. Por un lado, la identificación de un padrón de beneficiarios y, por otro, la definición de un paquete de servicios para ese grupo poblacional. La posibilidad de tener estos dos instrumentos permite estimar una corriente de gastos, donde cada uno de estos servicios se encuentra asociado a una probabilidad de ocurrencia, relacionada con las características epidemiológicas y socioeconómicas de la población empadronada. En la medida que ello sucede, se genera un mecanismo de transferencia de recursos de contingentes relativamente sanos a otros relativamente enfermos (lo que le da a este mecanismo naturaleza de seguro). En la medida en que existan transferencias de individuos relativamente ricos a relativamente pobres, el seguro se convierte en un seguro social.

Cabe aclarar que el concepto de seguro no necesariamente implica solidaridad, sino una cobertura asociada a la aversión al riesgo de las personas que forman parte del padrón (si los individuos fueran amantes del riesgo no habría necesidad de un seguro).

La diferencia entre lo descrito y un esquema como el del Seguro Provincial de Salud salteño en proceso de implementación reside en que en este caso la conformación del padrón sigue la estrategia de identificar a las personas sin cobertura formal, requiriendo el diseño y costeo de un paquete de servicios, hasta ahora establecido a partir de las capacidades presupuestarias asociadas indirectamente a la capacidad de contribución impositiva.

Figura 2



### 2.3. Reformas durante los 90

La década de los 90 presenció la implementación de distintos mecanismos de financiamiento del sistema de salud descansando en conceptos de Subsidio a la Oferta y/o Subsidio a la Demanda.

El subsidio a la oferta tiene como objetivo financiar una red de atención pública posibilitando que cualquier individuo, incluso aquellos que ya cuentan con cobertura formal, esté en condiciones de recibir atención y tratamiento. La alternativa, el subsidio a la demanda, promueve la presencia de algún mecanismo de cobertura focalizado en la elección del prestador por parte de la población objetivo, que es convalidada por el sistema financiador. Tanto uno como otro enfoque tienen sus ventajas y desventajas.

Los aspectos positivos asociados con los mecanismos de Subsidio a la Oferta residen en que garantizan un prestador de última instancia disponible en cualquier momento y para todos los individuos, independientemente de los estándares de calidad y niveles de eficiencia.

Los inconvenientes de un mecanismo como el planteado son, por un lado, la posibilidad de financiar infraestructura ociosa por falta de demanda o, al contrario, la congestión en los servicios por financiamiento insuficiente. Por otro lado, potencialmente destina recursos a sectores ineficientes o de baja calidad.

El subsidio a la demanda, por el contrario, focaliza la utilización de recursos hacia un esquema asegurador de la población objetivo, brindándole a ésta la posibilidad de acceder a un menú de opciones de oferta para utilizar (una cartilla). Cuando el seguro es público, normalmente los prestadores son mayoritariamente públicos, contratándose al sector privado de modo complementario. De esta manera, la principal ventaja de un esquema de subsidio a la demanda es que de existir oferentes ineficientes o servicios de

baja calidad en la cartilla, los mismos no atraen demanda, destinando los recursos a aquellos de mayor reputación. Sin embargo, el esquema de Subsidio a la Demanda presenta desventajas que la propuesta de un Seguro de Salud Público debe sortear.

- **Discriminación.** Dado que el subsidio a la demanda requiere identificar a la población objetivo, los individuos asegurados son estigmatizados según sus características económicas o epidemiológicas.

- **Selección de riesgo.** En los mecanismos de subsidio a la demanda existe un fuerte incentivo por parte de los prestadores a seleccionar riesgo contra aquellos relativamente más riesgosos, tanto financiera como epidemiológicamente.

- **Riesgo de infraestructura.** Si la selección de riesgo tiene lugar, dado el carácter segmentado del Sistema, los beneficiarios del subsidio disponen efectivamente de un menú de opciones más limitadas, normalmente concentrado en el sistema de salud público. Tales prestadores, si no están incluidos en la cartilla no reciben, en el marco del subsidio, pago alguno por las prestaciones, lo que ocasiona el deterioro y debilitamiento del hospital público y la incurrancia en costos que es incapaz de recuperar. En caso de estarlo, su capacidad de “competir” por pacientes es reducida, lo que promueve la dualidad del sistema, con los mismos efectos que en la opción anterior.

La propuesta que aquí se analiza incluye la solución de este problema de dos formas. En primer lugar, al ser el sistema público el prestador de primera instancia conformando el menú de opciones, recibirá la correspondiente remuneración por los servicios prestados en el marco del seguro. En segundo lugar, la propuesta incluye la creación de un fondo financiero tendiente, entre otras aplicaciones, a superar la subinversión potencial en infraestructura.

Si existe dualidad en la distribución del ingreso, ello se relaciona con dualidad en las preferencias y en los perfiles epidemiológicos. En la medida que esto sucede, los modelos de atención se segmentan y los mecanismos de financiamiento resultan dicotómicos. Ello desafía el financiamiento del sector salud con dos panoramas: uno con altas primas y servicios de alta calidad y, en contraposición, otro esquema que absorbe los riesgos financieros y sanitarios y que cubre a la población de menores recursos.

Siguiendo el esquema descentralizado de aseguramiento y financiamiento de la salud en Argentina, cada una de las provincias encuentra que las autoridades sanitarias tienen propiedad y control de los servicios públicos provinciales y por tanto son responsables de la provisión de servicios a sus habitantes. En la medida en que los recursos provenientes del Ministerio de Salud de la Nación son limitados en términos de transferencias monetarias (aunque con mayor peso relativo en términos de transferencias no monetarias, leche materna, anticonceptivos, sangre, antirretrovirales y medicamentos, entre otros), la autoridad local debe desarrollar una estrategia que permita una cobertura lo más comprehensiva posible en términos de paquetes de servicios y de absorción del riesgo sanitario provincial. La Tabla 1 muestra tales transferencias, por provincia, para un número seleccionado de años. La existencia de múltiples fondos de aseguramiento debilita la capacidad de cada uno de ellos para hacer frente a la variedad de riesgo sanitario de la población de la provincia y por tanto la presencia de un seguro provincial se encuentra llamado a minimizar estos riesgos de sustentabilidad financiera.

**Tabla 1**  
**Transferencias Monetarias**  
**Años 2000 – 2002 – 2004**

Provincias	Transferencias 00	% del Gasto Provincial en Salud 00	Transferencias 02	% del Gasto Provincial en Salud 02	Transferencias 04	% del Gasto Provincial en Salud 04
G.C.B.A	39.88	3.7%	44.16	6.5%	68.88	9.7%
Buenos Aires	42.96	3.9%	36.80	4.4%	67.94	8.2%
Catamarca	0.98	0.1%	0.52	1.4%	0.39	1.0%
Córdoba	3.99	0.4%	1.46	0.7%	1.06	0.6%
Corrientes	2.72	0.3%	1.38	3.3%	0.64	1.5%
Chaco	4.97	0.5%	1.98	2.6%	1.30	1.9%
Chubut	1.17	0.1%	0.55	0.8%	0.49	0.7%
Entre Ríos	2.35	0.2%	0.74	0.8%	0.46	0.4%
Formosa	1.89	0.2%	0.85	1.6%	0.27	0.5%
Jujuy	3.85	0.4%	1.40	2.5%	1.24	2.1%
La Pampa	0.40	0.0%	0.33	0.7%	0.42	0.8%
La Rioja	1.05	0.1%	0.68	1.5%	0.51	0.9%
Mendoza	2.68	0.2%	1.25	1.2%	0.44	0.4%
Misiones	3.49	0.3%	1.81	3.3%	0.61	1.1%
Neuquén	1.04	0.1%	0.37	0.3%	0.13	0.1%
Río Negro	2.01	0.2%	0.63	1.1%	0.22	0.3%
<b>Salta</b>	<b>3.35</b>	<b>0.3%</b>	<b>2.11</b>	<b>2.1%</b>	<b>1.12</b>	<b>1.1%</b>
San Juan	1.01	0.1%	0.41	0.6%	0.13	0.2%
San Luis	0.68	0.1%	0.25	0.5%	0.11	0.2%
Santa Cruz	0.34	0.0%	0.11	0.2%	0.12	0.2%
Santa Fe	3.10	0.3%	1.73	1.1%	1.07	0.6%
Santiago del Estero	1.87	0.2%	0.83	1.2%	0.16	0.3%
Tucumán	3.38	0.3%	1.65	5.5%	0.64	2.1%
Tierra del Fuego	0.21	0.0%	0.08	0.1%	0.10	0.1%

Fuente: Secretaría de Hacienda, Dirección de Presupuesto y Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias.

Nota: Las transferencias corrientes y de capital no incluyen transferencias no monetarias (en especies).

Un Seguro Público Provincial aparece como una expresión superadora de la administración de fondos múltiples por parte de distintos actores al interior de una provincia. El esquema descentralizador refuerza la necesidad de una estrategia provincial que sea liderada por el Ministerio de Salud y que secuencialmente pueda incorporar otros mecanismos sociales de aseguramiento. La presencia de una infraestructura sanitaria, característica de un Subsidio a la Oferta, constituye un desafío de eficiencia que debe ser tomado en cuenta al momento de establecer un mecanismo complementario de cobertura financiera asociado con las características de un Subsidio a la Demanda. En todo caso, la organización de un seguro público requiere cumplimentar una serie de requisitos de ingeniería contractual que permita alinear los intereses de los actores participantes del sistema. Tales requisitos tienen como objetivo garantizar la coherencia en la estrategia sanitaria provincial, permitiendo que la misma sea sustentable, equitativa y eficaz en el tiempo.

### 3. Propuesta

#### **3.1. Motivación para la propuesta de un Seguro de Salud para la Provincia de Salta**

**Evolución del gasto provincial en salud.** La Tabla 2 muestra, para todas las provincias y para el año 2003 el gasto en salud por individuo y el porcentaje que éste representa sobre el total del presupuesto ejecutado.



La Provincia de Salta es la jurisdicción que más porcentaje de su presupuesto ejecutado destina a salud (15,10%). Sin embargo, el gasto anual en salud por individuo se ubica cerca de los 96,5 pesos, lo que coloca a Salta por debajo del promedio nacional de 137,5 pesos y comparativamente lejos del valor máximo del gasto per cápita provincial, 360 pesos. Salta asimismo cuenta con un porcentaje de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas cercano al 33 por ciento para el año 2001. Por su parte, el porcentaje de la población sin cobertura formal, es decir, sin una afiliación a seguros de salud provincial o nacional (públicos o privados) y prepagas, es levemente inferior al 60 por ciento.

Para todas las provincias el gasto provincial en salud per cápita disminuyó en el decenio 1993 – 2003. Esto evidencia los efectos de la crisis macroeconómica de fines de 2001 en el sector salud para todo el país y en particular para la provincia de Salta, cuya caída porcentual se encuentra por encima del promedio nacional.

**Tabla 2**

**Gasto en Salud per Cápita Provincial y Porcentaje del Gasto en Salud Provincial sobre el Total del Gasto Público**  
(en \$ constantes de 1999)

Jurisdicción	2003		1993-2003
	Gasto Público en Salud per capita	% Gasto Público en Salud / Gasto Total	Variación del Gasto Público en Salud per capita
Córdoba	59.66	8.51%	-47.69%
Corrientes	46.28	7.36%	-44.81%
Misiones	56.55	7.43%	-31.19%
Santiago del Estero	74.52	10.71%	-24.39%
Tierra del Fuego	306.86	8.56%	-23.37%
Río Negro	122.35	11.22%	-21.77%
Jujuy	96.43	10.59%	-18.72%
Salta	96.54	15.10%	-18.38%
Tucumán	60.68	8.99%	-16.77%
Chaco	71.36	8.00%	-14.59%
San Juan	116.86	13.76%	-12.56%
Mendoza	73.36	9.14%	-10.88%
La Pampa	176.74	10.52%	-10.54%
Catamarca	120.50	9.23%	-10.01%
Ciudad de Bs. As.	260.10	27.84%	-5.77%
Buenos Aires	60.09	9.96%	-4.97%
Santa Fé	64.04	8.75%	-2.81%
Entre Ríos	95.18	10.98%	-1.85%
Formosa	111.79	9.93%	4.40%
Chubut	173.50	10.13%	4.70%
San Luis	147.94	11.57%	7.91%
La Rioja	199.45	12.68%	39.44%
Santa Cruz	350.45	7.62%	47.90%
Neuquén	360.47	13.23%	76.15%
<b>Promedio Total</b>	<b>137.57</b>	<b>11.49%</b>	<b>-2.11%</b>

Fuente: Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, página web del Ministerio de Economía

Nota: Los gastos presupuestarios de los gobiernos provinciales comprenden las erogaciones que realizan estos gobierno y son financiadas con recursos propios (entre los que se consideran la Coparticipación Federal de Impuestos), con los provenientes de Nación (aportes y asignaciones específicas) y con deuda pública

**Indicadores de Oferta y Demanda.** La Tabla 3 muestra el gasto en salud por provincia y sus indicadores de demanda y oferta. En comparación con el resto del país, Salta es una de las provincias con mayor porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas y tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, no es la que presenta los mayores indicadores de oferta.

**Tabla 3**

Jurisdicción	Indicadores de necesidades					Indicadores de oferta		
	Gasto Promedio en Salud (93-03) en millones de \$	Población 2001	% Población con NBI 01	Perfil Epidemiológico	Tasa de Mortalidad Infantil 99	N° de médicos 98	Establecimientos Asistenciales 95/00	N° de Camas 95
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
G.C.B.A	802.97	2,729,469	7.80	2	0.11	32,100	1,204	23,152
Buenos Aires	944.12	13,755,993	15.80	2	0.17	26,876	3,825	50,155
Catamarca	42.11	330,996	21.50	3	0.20	653	464	1,344
Córdoba	215.06	3,052,747	13.00	2	0.15	11,642	1,561	17,958
Corrientes	60.29	926,989	28.50	3	0.23	1,740	455	3,433
Chaco	104.22	978,956	33.00	4	0.29	1,630	414	4,184
Chubut	68.38	408,191	15.50	1	0.18	870	232	1,976
Entre Ríos	122.88	1,152,090	17.60	2	0.20	2,610	480	6,650
Formosa	57.58	489,276	33.60	3	0.24	544	246	1,689
Jujuy	63.50	609,048	28.80	3	0.23	1,306	339	3,169
La Pampa	57.11	298,772	10.30	2	0.15	653	214	1,189
La Rioja	49.08	287,924	20.40	3	0.21	544	294	1,231
Mendoza	128.84	1,573,671	15.40	1	0.16	4,460	540	4,646
Misiones	68.60	961,274	27.11	3	0.22	1,197	443	2,985
Neuquén	112.61	471,825	17.00	1	0.12	979	277	1,393
Río Negro	71.17	549,204	17.90	1	0.16	1,306	325	1,989
<b>Salta</b>	<b>111.47</b>	<b>1,065,291</b>	<b>31.60</b>	<b>3</b>	<b>0.21</b>	<b>1,849</b>	<b>533</b>	<b>4,014</b>
San Juan	76.26	617,478	17.40	3	0.21	1,521	259	1,750
San Luis	48.39	367,104	15.60	3	0.19	762	220	1,256
Santa Cruz	60.26	196,876	10.40	1	0.13	326	92	1,188
Santa Fe	189.31	2,975,970	14.80	2	0.15	10,226	2,232	12,075
Santiago del Estero	70.84	795,661	31.30	3	0.16	1,197	576	4,271
Tierra del Fuego	39.05	100,313	14.10	1	0.08	109	41	222
Tucumán	94.54	1,331,923	23.90	3	0.23	3,700	819	3,830
Indice de correlación con el Gasto Provincial en Salud		0.84	-0.34	-0.13	-0.29	0.96	0.80	0.93

Fuente:

- (1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, página web del Ministerio de Economía.
- (2) INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.
- (3) Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud.
- (4) Unicef - Programa Nacional de Estadísticas de Salud.
- (5) Ministerio de Salud y Acción Social N°74/95.

La dotación de recursos físicos y humanos existentes ubica a la provincia en el octavo lugar, tanto en número de camas y establecimientos como en la presencia de médicos y recursos financieros. Esta asociación es directa con la población provincial en términos de escala, aunque no es así en función de sus necesidades sanitarias, que la presentan dentro del bloque de las más rezagadas.

Bajo esta realidad, es evidente la necesidad de refinamiento de la actual estrategia de un Seguro Provincial de Salud para la provincia que deberá priorizar una mayor focalización en las necesidades de la demanda y a un uso más eficiente y racional de los recursos con que cuenta el Ministerio provincial.

### **3.2. Ejes de Trabajo**

El programa de Seguro Provincial se basa en cuatro ejes a partir de los cuales se instrumenta la reforma. Ellos son:

**Apropiabilidad del bien social:** Esta iniciativa intenta, por un lado establecer algún criterio de apropiabilidad por parte de la comunidad (a través de las ONGs representantes) de la estrategia de salud y del seguro público de salud, lo que diferencia esta iniciativa de aquellas donde empresas del sector privado gerencian la atención de la salud de la población. Independientemente de los juicios de valor asociados, la propuesta del Seguro Público de Salta asegura que el financiamiento y la identificación del plan global de la estrategia sanitaria salteña se encuentre en manos del sector público, que es quien asigna los recursos, quedando la supervisión del mismo en manos comunitarias, mientras, los mecanismos de implementación se encuentran en manos de los Directores de las Redes que forman parte de la carrera pública, junto con representantes de la comunidad. Esos serían los dos pilares a partir de los cuales se podrían establecer las necesidades de la población, su correlación con la infraestructura de la Red pública en cada una de las Áreas Operativas, y los mecanismos de control a los cuales se verían sujetos estos prestadores. Una estrategia comprehensiva requiere, asimismo, de tres elementos adicionales.

**Programas de APS:** Uno de ellos es el enriquecimiento de Programas de Atención Primaria de la Salud llevados a cabo por cada una de las Redes en las Áreas Operativas pertinentes. Los programas serán articulados a nivel ministerial pero propuestos a nivel de cada Área Operativa en función de los perfiles de demanda de la población. Es decir que mientras que la estrategia de funcionamiento de los programas se realiza aguas abajo, garantizando una visión panóptica, la definición de los mismos se hace aguas arriba, garantizando la adecuación de cada programa a la población a la que afecta.

El mecanismo de aprobación de los programas requerirá que en la fecha en que el Ministro evalúa las propuestas, se articule entre el Ministerio provincial y las Redes las estrategias de acción, los indicadores de evaluación y qué programas estarán en vigencia en el lapso que dure el siguiente ejercicio, definiendo cuáles serán los requerimientos para ponerlos en marcha.

Estos programas formaran parte de los mecanismos de monitoreo en cada una de las redes, definiendo indicadores de proceso a ser incorporados en la matriz de evaluación del Seguro Público.

**Paquete básico de servicios:** El tercer aspecto se asocia con la necesidad de establecer un paquete definido y costado, que permita asociar pagos por desempeño. Actualmente la propuesta del seguro público siguió una línea práctica de adjudicar los recursos disponibles para financiar la atención tradicional de la oferta pública salteña. En lo sucesivo, la propuesta implica la necesidad de evaluar un perfil epidemiológico provincial, para cada una de las nueve redes creadas. Ello implica que ese paquete básico de servicios será extensible a las áreas sanitarias, aunque corregidos por ciertos valores

relacionados con diferenciales de perfil sanitario por región y diferencial de infraestructura disponible en cada uno de ellos. Esto garantiza, no solamente la provisión de un paquete de servicios inicial sino la posibilidad de implementar redes de referencia y contrarreferencia.

Figura 3



La naturaleza del paquete propuesto por el Seguro de Salud de Salta es identificar un grupo de prestaciones que estén asociadas con el 80 o 90 por ciento de las patologías prevalentes en el primer, segundo y tercer nivel de atención y poder, a partir de un análisis de identificación de necesidades, establecer la probabilidad de ocurrencia de cada uno de estos eventos corregidos para cada una de las redes para finalmente poder estipular el precio de ese paquete de servicios. En la medida en que este paquete se valide con las necesidades de la población, el mecanismo del seguro asociará la infraestructura del Ministerio de Salud y de los potenciales colaboradores privados, convergiendo a un esquema sustentable financieramente, con posibilidades de expansión hacia un seguro más amplio. A fin de que este paquete pueda ser implementado dentro de esta cadena de relaciones entre el Ministerio de Salud, como cabeza del esquema de financiamiento y control, y los prestadores, es necesario identificar la estructura contractual ideal que permita alinear los intereses de todos estos actores. La sección siguiente se va a dedicar en detalle a identificar cuáles son los marcos contractuales alternativos y cuáles serían en cada uno de los casos las respuestas en términos sanitarios y económicos de los actores participantes.

**Sustentabilidad financiera:** El último elemento se refiere a la viabilidad financiera del seguro. Preciar el programa permitiría una mayor eficiencia en la definición de los recursos y, por otro lado, definiría metas financieras para la Dirección de las Redes con el acompañamiento de las ONGs. Ello favorecería el diseño de una estrategia de recuperación de costos a obras sociales, institutos de provisión social y otros financiadores que retroalimentarían el proceso de toma de decisiones en el seguro. Originariamente el plan del Seguro Público de Salta permite la recuperación de costos por

estos entes colegiados de financiamiento y prestación de servicios como también pautas de reasignación de fondos. Se propone en el marco del programa que el 60 por ciento de los recursos provenientes de la recuperación de costos se reinviertan en el Área Operativa, lo que permitiría generar mecanismos de incentivos monetarios y no monetarios para los trabajadores del área, en tanto el 40% restante sería girado al ministerio provincial.

En la medida en que se defina el paquete básico de servicios garantizado por el sistema de seguro público provincial será posible compararlo con otros referentes del sistema de salud argentino, ya sea PMO de la Superintendencia de Servicios de Salud o el paquete básico de servicios del Instituto de Previsión Social.

A fin de completar una estructura de aseguramiento consistente y que pueda ser extensible en el largo plazo, se propone que el Seguro Público de Salta por cada cápita distribuida para la población sin cobertura formal, asigne en el área del Ministro de Salud de la provincia un porcentaje que permitiría conformar un fondo específico de enfermedades catastróficas y renovación de infraestructura. Este fondo que sería proporcional a la cobertura del Ministerio, tendría la posibilidad de operar ante el evento no previsto actuando específicamente en aquellas áreas de atención de mayor riesgo financiero para las redes, operando como un seguro de segunda instancia. Asimismo y en la medida en que el riesgo sanitario de las Áreas Operativas vaya disminuyendo por la efectividad eventual del plan, este seguro generaría un superávit operativo con posibilidades de reinvertirse en el sistema a partir de una regla de prioridades endógena.

### **3.3. Aspectos diferenciales del seguro salteño en el marco de otros mecanismos de aseguramiento**

En comparación con los sistemas públicos provinciales hoy existentes en la Argentina, se propone que el Seguro Público de Salta introduzca una estructura diferencial, basada en las necesidades de la población a partir de un paquete de servicios, financieramente sostenible corregido por necesidades sanitarias y de estructura de provisión en las distintas redes que conforman el sistema. Para ello deberá satisfacer una serie de requisitos financieros en términos de cápitales ajustadas, la presencia de un fondo de reaseguro, y la capacidad de generar potenciales excedentes que sirvan de incentivos monetarios para los prestadores del sistema.

Adicionalmente, tomando el concepto de seguro, el sistema propuesto permitiría que la comunidad se apropie de la nueva estructura y permita que el modelo de salud y particularmente de atención primaria en salud se vuelva un concepto que vaya más allá de la oferta de servicios y conforme una definición comunitaria que hace a la naturaleza de la atención primaria. De este modo se brindaría a la oferta la capacidad de atender a las necesidades de la población y a la comunidad la posibilidad de participar en la identificación de sus necesidades, comunicarlas a la oferta y generar un mecanismo de retroalimentación en la asignación de recursos.

La posibilidad de hacer de este esquema un instrumento para ampliar la cobertura hacia otras áreas de aseguramiento social de la provincia es posible, en tanto minimiza los riesgos asociados con esquemas combinados de atención. Eso hace referencia a algunas pruebas de reformas llevadas a cabo en América Latina y que, ya sea en términos de

resultados o de diseño, resultan exitosas o por lo menos más satisfactorias que el sistema argentino.

El esquema propuesto toma del caso Brasileiro, por un lado, la necesidad de implementar un seguro unificado que amplíe la cobertura de la población focalizándose originalmente en aquellos sin recursos propios, y basado en mecanismos de financiamiento sustentados en:

- a) una cápita, como es el caso brasileiro, ó piso de atención básica (PAB) y
- b) un capítulo de fondos por programa, que en este caso sería prorrogativa de la estrategia ministerial (Fondo de Redistribución).

Por otro lado, toma de esa experiencia la posibilidad de, aún en una estructura como la salteña, encontrar mecanismos de descentralización de funciones desde el Ministerio hacia las Redes, de las Redes hacia las Áreas Operativas y de allí hacia los prestadores. De este modo, se estarían generando pautas de gestión y retroalimentación de información para ir mejorando sistemáticamente el funcionamiento del seguro, e identificando los cuellos de botella en cada uno de estos pasos.

Con respecto a la existencia de un fondo particular, eso remite al modelo de reforma colombiano que fue paradigmático durante los 90. El mismo pasó de un sistema de subsidios a la oferta a uno de subsidios a la demanda, con la existencia de un fondo de solidaridad. El modelo salteño propone un avance en esa dirección en la medida en que intenta combinar la oferta de servicios con la necesidad de la población proveyéndole mayor racionalidad al sistema en términos de gobernabilidad y sustentabilidad política, problemas con los cuales se enfrentó la reforma colombiana. Pero a su vez, el seguro propuesto utiliza el concepto de fondo solidario de aquella experiencia, permitiendo combatir la inestabilidad que en muchos seguros se produce al enfrentarse con gastos catastróficos no sistematizado.

Finalmente el modelo recoge del caso costarricense la posibilidad de establecer un seguro público basado en compromiso de gestión, mecanismos de referencia y georeferencia y la probabilidad eventual de una coordinación con subsistemas con el mismo sesgo social que el propuesto a través del Seguro Público de Salta.

#### **4. La dinámica del modelo: mecanismo de incentivos y financiamiento**

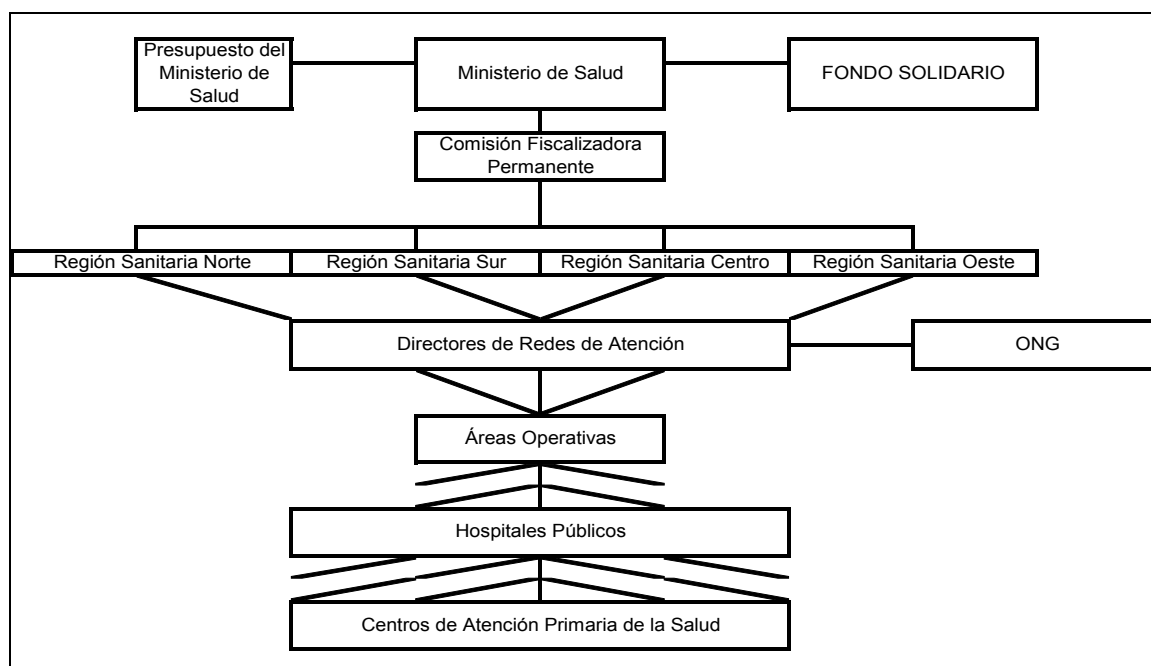
##### **4.1. Cimientos del modelo: funciones y mapa prestacional**

La propuesta del Seguro Provincial de Salud plantea la presencia de dos ejes, uno en términos de la estructura de funciones y otro en cuanto a la estrategia prestacional. La estructura de funciones descansa en un esquema vertical de jerarquías que se basa en la Regionalización Sanitaria reglamentada por el Decreto 2411/05 de la Provincia de Salta, tal como ilustra la Figura 4 y como se detalla en el siguiente apartado.

En cuanto a la estrategia prestacional, la misma refiere a la necesidad de establecer un paquete de servicios, que, como se dijo, debería ser corregido por edad, sexo, perfil epidemiológico y estructura prestadora en cada una de las Áreas Operativas. En primera instancia descansará en las posibilidades del sector público en términos de prestaciones de hospitales y de Centros de Atención Primaria de la Salud, pero el programa tiene incorporada la posibilidad de contratación del sector privado para complementar la oferta

pública. Además, esta canasta sanitaria tiene asociada una serie de programas en la tradición de prevención, atención y comunicación en APS, reduciendo la probabilidad de operar sobre la enfermedad y avanzando sobre el tratamiento de pacientes sanos.

**Figura 4**  
**Seguro Provincial de Salud para la provincia de Salta**  
**- Estructura de Funciones -**



*Fuente: Elaboración propia en base a Ley 6841/96 – Provincia de Salta y Decreto 2411/05 – Provincia de Salta*

#### 4.2. Actores claves: funciones e incentivos

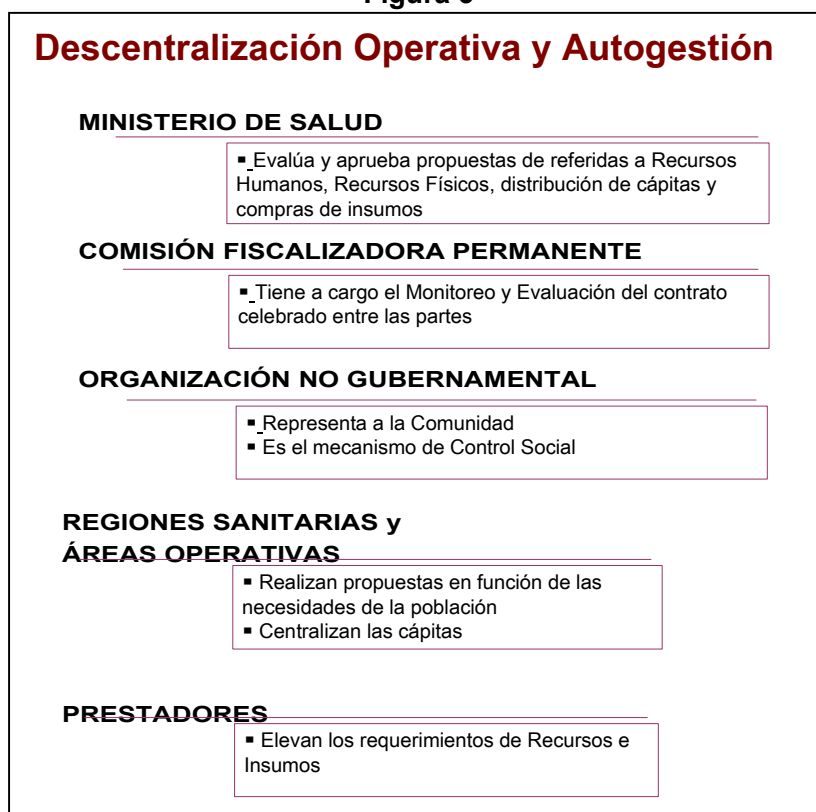
**Ministro de Salud de la Provincia.** El esquema de integración vertical que implementa el Seguro Provincial de Salud para Salta es encabezado por el Ministerio de Salud de la provincia donde se entiende existe una visión comprehensiva sobre el sistema de salud en su conjunto (público, privado y seguridad social), tanto en términos de financiamiento, prestación y regulación. Ello le permite arbitrar recursos monetarios, físicos y humanos. Sus acciones son, por tanto, manejar el Presupuesto del área salud y distribuirlo entre las cápitas y el Fondo de Redistribución. Asimismo, recibe el conjunto de todas las propuestas acerca de contratación de recursos humanos y físicos que provienen de los estadios más descentralizados y las evalúa en conjunto. Por otro lado, quedará en sus manos la implementación de un potencial mecanismo de compra centralizada de medicamentos.

**Comisión Fiscalizadora Permanente.** Este grupo tomará a su cargo el monitoreo y evaluación del Seguro Provincial de Salud. Una vez estipuladas las funciones y establecidos los mecanismos de incentivos de los actores de este modelo prestacional provincial, se constituye la Comisión Fiscalizadora Permanente cuya tarea será garantizar el cumplimiento de los términos del contrato celebrado entre las partes. De esta manera,

podrá imponer sanciones a los actores en tanto incumplan plazos o atenten contra los derechos y obligaciones estipulados por contrato. Asimismo, este organismo se constituye en el contralor y coordinador de las actividades y desempeño de los actores cuidando que los fondos afectados fluyan adecuadamente, se realicen las provisiones necesarias para el funcionamiento del sistema y se invierta en el mejoramiento de los recursos físicos y humanos.

**Redes de Atención y Áreas Operativas.** Cada una de las Redes en que se subdividen las cuatro Regiones Sanitarias está conformada por una serie de Áreas Operativas y de éstas dependen los recursos humanos y físicos de hospitales y centros de atención públicos. Los mecanismos de asignación de recursos al interior de cada una de las redes van a estar planteados en función de análisis de presupuestos anuales que cada una de las Áreas Operativas discute y eleva al Director de Red. O sea que anualmente existirá un período de debate sobre prioridades en el cual se establecerán, a partir de las necesidades del año previo y en función del paquete de servicios utilizado como parámetro de asignación de recursos, los mecanismos de corrección al interior de cada una de las Redes.

Figura 5



**Organizaciones No Gubernamentales y el empoderamiento de la comunidad.** La propuesta del Servicio Provincial de salud plantea darle un papel protagónico a la comunidad receptora de los servicios, en tanto fiscalizadora de la calidad, eficiencia y efectividad de las prestaciones. En este espacio la ONG tiene un rol fundamental porque será aquella que canalice las impresiones de la comunidad y operará sobre la asignación de premios al interior de cada una de las Redes. La posibilidad de percibir estos premios,



entonces, se convertiría en el incentivo que tienen cada una de las nueve redes para desarrollar sus funciones eficazmente.

**Prestadores.** El último eslabón de la cadena lo constituyen los Hospitales Públicos y los Centros de Atención Primaria dependiente de ellos. Las acciones principales de estos actores serán elevar aguas arriba propuestas relacionadas con la necesidad de renovación de recursos humanos, físicos e insumos en función de la evidencia histórica de cada ejercicio. Como ya se mencionó y se ampliará más abajo, este es un esquema de riesgos compartidos para los prestadores, por cuanto se constituyen en los oferentes de primera instancia y cuentan con un mecanismo de pago por capitas corregidas que no incluyen los gastos por catástrofes. Para ello será necesario establecer mecanismos estandarizados de costeo de servicios, que permitan la actualización de cápit

#### **4.3. Asignación del presupuesto, usos y fuentes de los fondos**

Completando el perfil de la estructura de prestaciones el Seguro Provincial propone un mecanismo de financiamiento basado en cápit

Al final de cada ejercicio, los Hospitales presentarán a las Áreas Operativas los requerimientos presupuestarios estimados para el siguiente período, en función de las demandas recibidas durante el año todavía en curso. Las Áreas Operativas elevarán la propuesta al Director de Red y éste, al Ministerio quien, en última instancia, tendrá la decisión sobre la asignación de las partidas arbitrando entre todos los pedidos que reciba de todas las Redes. Varios elementos resaltan como componentes de los usos y fuentes que se le da al presupuesto ministerial:

**Capitas.** Partiendo del Presupuesto total del Ministerio de Salud, se deduce un porcentaje para la operatoria de las funciones generales de salud correspondientes a la acción Ministerial, que es la encargada de los programas verticales, las pautas de regulación, control y normativa. El resultante de los recursos se divide por la población objetivo (que no tiene cobertura formal) y, una vez establecido el monto por persona, se retiene un monto destinado a alimentar un fondo solidario de asignación de recursos. Los porcentajes de distribución surgirán del detalle de distribución de funciones de regulación y gestión central, aseguramiento y cobertura de eventos catastróficos, para lo cual se requiere de un análisis de sensibilidad.

Las capitas que estarán distribuidas entre cada una de las redes en función de la elaboración del paquete de servicios básicos que responde al perfil epidemiológico de la población. Así, el Seguro Provincial de Salud tiende a la distribución más eficiente y efectiva de los recursos hoy disponibles en tanto, por un lado, identifica los perfiles (y por ende las necesidades) epidemiológicos de los individuos al actuar en el ámbito de las cuatro Regiones Sanitarias. Paralelamente, este mecanismo asigna unívocamente las capitas al paquete de servicios estipulado, por cuanto delega la distribución de esos recursos en los Directores de Red, implicando esto, el uso más racional posible del dinero afectado.

**Fondo para Incentivos y Redistribución Solidaria.** Gerenciado por la autoridad ministerial, tiene como fin operar en dos direcciones. Una es cubrir los costos asociados con la cobertura de enfermedades catastróficas de alto peso económico y baja incidencia epidemiológica. La otra es operar sobre las correcciones de necesidad de infraestructura del sistema. Como se dijo, este fondo es alimentado por un monto fijo que el Ministro extrae del presupuesto por persona, luego de deducidos los gastos de la Oficina Ministerial.

Figura 6



**Sistema de premios y recupero de costos.** Los fondos presupuestarios tienen en este modelo un fin dinámico: incentivar a los actores a cumplir estándares de desempeño satisfactorios, a través de mecanismos de premios, siendo éste otro de los usos “extra cápita” que permite la asignación racional de recursos. Estos premios surgen de varias fuentes. Una de ellas son los Fondos Especiales de Nación (FEN). Todos aquellos FEN asociados con programas (por ejemplo, Médicos de Cabecera, Remediar, Nacer, entre otros) que recibe el Ministerio y puedan asociarse con partidas específicas, podrán orientarse a su utilización por parte del consorcio (Director de la Red - ONGs - mesa de Áreas Operativas) para premiar comportamientos eficientes, constituyendo remuneraciones complementarias al pago de los recursos humanos que reciba normalmente la red. En segundo lugar, el recupero de costos a nivel prestador podrán reinvertirse en la entidad oferente, mediante premios, capacitaciones, inversión, etc. La posibilidad de organizar un Seguro Provincial va a permitir, tanto al Director de Red como a los responsables de Áreas Operativas, con la colaboración de la ONG, la recuperación de aquellos gastos de inversiones en salud con beneficiarios del sistema de aseguramiento social diferentes del seguro público.

**Adquisición Centralizada de Medicamentos.** Al final de cada ejercicio, los Hospitales presentan al Área Operativa el presupuesto, donde se incluye una línea aproximada del tipo y cantidad de medicamentos a utilizar a lo largo del próximo año. Ello es informado al Director de Red y los requerimientos de medicamentos de todas las Redes llegarán a las

manos del Ministro quien unirá todos los pedidos y llamará a una Licitación Pública. Las condiciones de la misma serán:

- Las bases de la licitación no incluirán un número exacto de medicamentos, sino que se determinará un intervalo de cantidades posibles. En función de esta estimación de cantidades los licitadores harán sus ofertas.
- No habrá un único ganador sino que el Ministerio elegirá dos o tres laboratorios ganadores, que proveerán insumos a lo largo del próximo año/semestre.

De este modo, la licitación determinará la cantidad anual estimada de medicamentos a adquirir por el Ministerio salteño, los oferentes y el precio. Bajo estas condiciones, el Ministerio solicita cada tres meses a la Red que le informe cuántos medicamentos necesita y de qué tipo (dato que obtuvo de los Hospitales a través de las Áreas Operativas) y efectúa una compra trimestral de las cantidades informadas durante el ejercicio y a los precios ofertados en la licitación de principio de año. Los totales adquiridos serán deducidos por la Red del presupuesto de cada institución. Si el Hospital que tiene Centros de Atención Primaria a su cargo pide medicamentos que están incluidos en el botiquín repartido por el Programa Remediar, tendrá que justificar por qué los solicita.

Este sistema garantiza, por un lado, la calidad de los medicamentos, que será monitoreado por el Ministerio y la comunidad. Asimismo, fija pautas consistentes y durables en el tiempo, reduciendo incertidumbre a las partes contratantes, garantizando el suministro.

#### **4.4. Esquemas alternativos**

En función de los elementos y actores individualizados anteriormente, pueden pensarse modelos alternativos al descrito, y cuyas ventajas y desventajas se resumen a continuación:

**ONG gerenciadora.** Una alternativa es que la ONG tomara el control de la Red y que el Director de Área, representante del Ministerio de Salud, tuviera una función administrativa, llevando a la práctica el plan de la institución convocada.

Los inconvenientes que tal escenario presenta es que, por un lado, el Ministerio de Salud estaría delegando a la ONG la soberanía para diseñar la política sanitaria, lo que, no resulta razonable desde la perspectiva social. Asimismo, y desde la perspectiva privada, genera incentivos poco claros para la ONG en tanto opera, de acuerdo al contrato, sin remuneración, lo que no sería sostenible en el mediano plazo, provocando comportamientos oportunistas.

La ONG debería afrontar gastos asociados una operatoria de red, requiriendo, por tanto, su contratación. Tal contratación reduciría el fondo disponible para ser operado al interior de la red, que, socialmente hablando, redundaría en capitas menores y por tanto, en afectación de la calidad del servicio provisto por el seguro.

Por otro lado, y más allá del problema de la representatividad del Ministerio del bien social y de la definición de estrategia sanitaria, cada ONG se convertiría en un monopolio ante los prestadores de distintas Áreas Operativas. De esta manera, se establecería un juego

de asignación de recursos donde, en respuesta a un jugador monopólico, los prestadores tendrían incentivos a formar coaliciones (como usualmente sucede en el sistema de salud– Asociaciones Clínicas, por ejemplo-). Ello a su vez provocaría un monopolio bilateral que separaría a la sociedad del resultado de asignación eficiente, provocando una puja distributiva no vinculada a la capacidad financiera y prestadora de la red.

La ventaja del sistema discutido previamente con respecto al de ONG gerenciadora es que limita las posibilidades de coalición, reduce el gasto administrativo, pero permite que la ONG no solamente se constituya en un veedor, sino que quede involucrada en la asignación de recursos mediante su participación en el monitoreo que asigna los incentivos monetarios.

**Inexistencia del Fondo de Redistribución.** Si el Fondo de Redistribución no existiera, se limitaría la capacidad del Ministerio de Salud de operar sobre la emergencia, que en el caso de una provincia como Salta mostró ser relevante, y no permitiría (como es su objetivo) que la mirada estratégica desde el Ministerio de Salud pueda operar a través de las Redes, con un criterio de equidad. En el modelo desconcentrado basado en APS y Redes puede suceder que alguna de tales redes requiera de fondos adicionales. Los ejemplos abundan: desde eventos catastróficos no sistematizables (inundaciones) hasta la ocurrencia repetida de fenómenos de baja probabilidad. Si el total de los fondos es distribuido sin contar con la posibilidad de acción de emergencia por parte del Ministerio, se estaría eliminando la capacidad de operar sobre esa emergencia. Lo que permite el fondo, entonces, es operar como una reserva ante tales siniestros.

Se podría argumentar que si el modelo se desarrolla eficientemente (como es la intención del esquema descentralizado), el fondo debería, con el tiempo, resultar ocioso en tanto las capitas cubrirían las necesidades de atención de los pacientes. En ese caso, el Fondo de Redistribución operaría como el mecanismo de sofisticación del sistema por varias vías:

- a) creando inversiones adicionales para mantener infraestructura,
- b) estableciendo una dotación que podría ser utilizada como una suerte de fondo de crisis sanitaria, o bien,
- c) creando nuevos instrumentos de transparencia, de difusión de información, contratación de servicios adicionales, perfeccionamiento de la red de monitoreo y evaluación, etc.

**Esquema sin Regionalización.** El sistema planteado en redes procura la definición de una estrategia provincial y la descentralización en la ejecución de los objetivos sanitarios. El Ministerio de Salud de la provincia se reserva la definición de la estrategia sanitaria provincial, la coordinación de los objetivos con los directores de redes y, así, descentralizar la operatoria. Planteando la desconcentración como instrumento de la reforma. Así se aprovechan sus ventajas tales como que la toma de decisiones se encuentra más cerca de la población, que se forman recursos humanos en el gerenciamiento de fondos a nivel local y que se encuentra con mayor capacidad de acción ante situaciones específicas de cada jurisdicción. Por otro lado, el modelo propuesto intenta evitar los inconvenientes asociados con el riesgo de subsidios cruzados no deseados y de fragmentación de fondos.

**Sistema de pago por prestación.** Un modelo alternativo al propuesto incorporará un sistema de pago basado en pago por prestación. Desde la perspectiva de la teoría económica, la modalidad de pago por prestación como mecanismo de incentivos en un

sistema de salud, donde la información es asimétrica, tiene como efectos que el médico induce la demanda de la población (puesto que cuenta con mayor información que el paciente) y la posibilidad de controlar la acción del profesional es reducida. Esto genera sobreprestación lo que provocaría, en el marco del Seguro Provincial de Salud propuesto, una explosión de costos en las arcas ministeriales. El mecanismo capitado minimiza la probabilidad de subprestación.

Normalmente en la literatura se asocia al sistema capitado a una transferencia de riesgo desde arriba hacia abajo, en este caso, desde el Ministerio hacia los Directores, Áreas Operativas y hospitales. Esa transferencia de riesgo es resuelta de algún modo a través de este seguro mediante el Fondo de Redistribución.

En efecto, el Fondo envía a los prestadores una señal que les indica que si bien existe un mecanismo capitado que les transfiere parte de los riesgos a fin de evitar sobreprestación, paralelamente hay toda una estructura de riesgo compartido en tanto aquellas situaciones de emergencia no van a ser resueltas a través de la cápita que maneja el Director de la Red, sino a partir de una decisión estratégica ministerial. Un mecanismo de riesgo compartido supera en alguna medida los inconvenientes tradicionales de ambos modelos, el sistema de pago por prestación y el de capitas.

#### **4.5. Bases no financieras de la sustentabilidad del modelo**

El funcionamiento de este modelo es viable en cuanto se armonice la dinámica de tres elementos fundamentales: los prestadores, los parámetros de calidad y la unidad de la función de producción.

El mecanismo de riesgo compartido tiene como ventaja, especialmente en una estructura verticalmente integrada como lo es este Seguro Público Provincial, que se desarrolle una relación equilibrada y sostenible en el tiempo. La transferencia de riesgo hacia una parte de la cadena de prestación genera problemas en el mediano plazo asociados con la sustentabilidad del modelo. El seguro genera mecanismos que evitan inconvenientes vinculados con tal sustentabilidad.

Paralelamente, ante la realidad de que algunos hospitales hoy se encuentran autogestionados e incluso en manos del sector privado, la presencia de este marco de contratación de servicios públicos facilita las estructuras de control. Ello es posible dado el conocimiento del paquete asignado por riesgo para el Área Operativa, donde cada hospital opera garantizando una asignación eficiente.

Del análisis comparado entre distintas experiencias de autogestión permitirá definir umbrales de calidad y de eficiencia que, junto con un eventual uso de los mismos criterios que se utilizaron para corregir el paquete de servicios, permitirán el aprendizaje en otras Áreas Operativas y en otras Redes.

Adicionalmente, el mecanismo de pago mediante capitas corregidas permite establecer un parámetro de precios que sirva como referencia en términos de cantidades y calidades, con respecto a referentes nacionales como el Instituto de Provisión Social y la Superintendencia de Servicios de Salud, definiendo parámetros para la contratación de prestadores privados. A partir de ello se pueden establecer, eventualmente, correcciones de calidad y pautas de pago que sean transparentes, sistemáticas y conocidas. Esto constituye una ventaja, no solamente para la contratación directa por parte de los Directores de efectores privados, sino también, para una eventual extensión del seguro

público a otros sistemas como la Obra Social Provincial. En tanto la Obra Social Provincial y el resto de los mecanismos de aseguramiento descansan fuertemente en la prestación privada, la incorporación de estas reglas de paquetes y capitas corregidas permitirán establecer reglas de contratación que no fueran duales.

## **5. Monitoreo y Evaluación**

Para que el modelo anterior sea eficaz, no basta solamente definir los incentivos de los actores y delimitar sus roles. Se requiere diseñar un sistema de monitoreo y evaluación del seguro que permita, por un lado, contrastar con resultados empíricos el desempeño de cada eslabón de la cadena y, por otro, sirva de guía para incorporar correcciones en recursos físicos, humanos e insumos. En otras palabras, las propuestas que desde los Hospitales se elevan aguas arriba necesitan ser evaluadas con criterios objetivos que justifiquen la existencia de la necesidad planteada desde abajo.

A tal fin, la propuesta del Seguro Provincial de Salud para Salta propone la construcción de una matriz de indicadores que incluya:

- **Indicadores de Proceso**
  - SUBSIDIOS A LA OFERTA. Tendiente a hacer un seguimiento en cuanto a la necesidad de renovar recursos humanos y físicos. Ejemplos: número de consultas por médico.
  - IDENTIFICACIÓN DE DEMANDA. Tendiente a hacer un seguimiento de atención en función de las metas establecidas por los programas de APS.
- **Indicadores Socio- Económicos.** Para su obtención, el Ministro debería articular con la gobernación alguna encuesta representativa a nivel de las Áreas Operativas. Ejemplos: Perfil sanitario y financiero, nivel de educación, ambiente y vivienda.
- **Indicadores financieros.** Evaluación de los recursos monetarios asignados
- **Indicadores de Recursos Físicos y Humanos.** Para evaluar la necesidad de nuevas inversiones y cobertura de cargos. Ejemplos: cantidad de médicos, número de camas.

La recolección de los datos necesarios para constituir esta matriz de indicadores provendrá de los Centros de Atención Primaria y los Hospitales, pero también se contará con datos más agregados provenientes de las Áreas Operativas y las Redes y de otros programas existentes (Nacer, Remediar).

Naturalmente los hospitales públicos tienen incentivos a sobre reportar los datos, de forma de conseguir mayor presupuesto para el próximo año. Sin embargo, en el marco del modelo aquí planteado se generan barreras legítimas a este tipo de comportamiento. Complementariamente, la estructura vertical del seguro permite la visión de toda la red de prestadores y la comparación entre unos y otros, que permita correcciones. A su vez, la

definición de programas reducirá aún más la dispersión entre prestadores por cuanto el estatuto de los mismos incluirá los parámetros de financiamiento y recursos necesarios para implementarlos.

## **6. Conclusiones y Agenda**

La posibilidad de diseñar y poner en práctica un Seguro Público de Salud en la Provincia de Salta presenta varias ventajas. Por un lado, intenta darle mayor previsibilidad a la utilización de recursos en la medida en que tiende a focalizar explícitamente en los más necesitados la asignación de fondos hoy disponibles por el Ministerio de Salud. En segundo término logra establecer el funcionamiento de una red de prestación pública que se focalice en la identificación de necesidades y la utilización de recursos en esa dirección. En tercer lugar, el seguro, del modo en que fue previsto, intenta darle mayor participación a los mecanismos comunitarios de control y fiscalización de resultados. Eso hace a la mejor gobernabilidad del sistema de salud y crea mecanismos complementarios a los existentes de la esfera pública en el control de calidad y en el análisis de resultados.

La estructura del seguro, asimismo, permite minimizar o reducir el enfrentamiento entre el tipo de subsidio a la oferta y el subsidio a la demanda por tres razones. La primera es que la estructura básica a partir de la cual el seguro hace operativa su acción es principalmente a través de efectores públicos, los cuales se organizan en términos de Redes Sanitarias y Áreas Operativas. En la medida en que es el sector público el proveedor de servicios y existen redes de referencia, contrarreferencia y administración se logra evitar la selección de riesgo asociada naturalmente con la presencia de subsidio a la demanda. La segunda es que la salvaguarda que se propone dentro del seguro (Fondo Solidario), evitaría aquellos riesgos asociados con el debilitamiento de la infraestructura existente en los proveedores públicos. Por último, y más importante, normalmente los subsidios basados en la demanda tienen incorporado limitaciones de la perspectiva de estigmatización, que en este caso serían evitadas porque el padrón está organizado en base a aquellas personas que corrientemente no cuentan con cobertura formal.

En suma, los puntos sobresalientes del Seguro Provincial de Salud son:

- Constituye un esquema de Subsidio Mixto puesto que complementa elementos de Subsidio a la Demanda y a la Oferta, superando los inconvenientes que cada uno plantea y formando un modelo original en relación a otras experiencias argentinas.
- Plantea una estructura de riesgos compartidos que es la fuente de incentivos para los actores de la cadena de valor del Seguro y le provee al mismo, sustentabilidad de largo plazo.
- Propone diversos mecanismos de control, tanto por las autoridades provinciales a través de la Comisión Fiscalizadora Permanente, como por la sociedad a través de la ONG.
- Garantiza la eficiencia asignativa en tanto los resultados son las salidas de una función de producción “no- partida”, donde la mirada estratégica la tiene el Ministro que arbitra aguas abajo
- Genera un lazo de incentivos alineados entre Regulador, el Prestador y la Sociedad que se retroalimenta.
- Tiene sustentabilidad financiera
- La integración vertical posibilita la racionalidad en el destino de los fondos
- Articula el poder de negociación de los actores participantes

- Constituye un marco de referencia de precios, cantidades y calidades que sirve como mecanismo aleccionador de otros subsistemas del entramado Sistema de Salud.
- Se perfila hacia una potencial ampliación a Sistema Integrado de Salud Provincial

Entendidas estas potencialidades del modelo propuesto, son varias las cuestiones que restan por definir para terminar de darle solvencia y hacerlo susceptible de ser implementado como un instrumento de política pública en la Provincia de Salta. En esta agenda se identifican los siguientes ítems:

- Realización de Simulaciones Computacionales a fin de determinar el porcentaje del presupuesto que se destinará a los premios y al Fondo Solidario.
- Definición de los criterios de corrección del paquete básico de servicios.
- Diseño de Programas de Atención Primaria de la Salud.
- Implementación de una política de compra de medicamentos como la propuesta más arriba.
- Definición de una estrategia de contratación de recursos humanos.
- Identificación de factores de riesgo por Área Operativa.
- Establecimiento de un criterio que permita evaluar las necesidades de inversión por Área Operativa.
- Lineamiento de variables a estudiar por tipo de indicador y establecimiento de los umbrales de valores a partir de los cuales se disparan las acciones de las autoridades.
- Articulación con el Instituto Provincial de Salud de Salta.

En tanto y en cuanto la implementación del Seguro Provincial de Salud tenga en cuenta tanto las potencialidades del esquema propuesto como la agenda de temas a resolver en el futuro, avanzará hacia una estrategia sustentable de distribución más equitativa de recursos y de un control más exhaustivo de la situación sanitaria.

## 7. Referencias Bibliográficas

Cardini, V. (2006). "Coordinación del Seguro Provincial de Salud", Ministerio de Salud Pública – Gobierno de la Provincia de Salta.

Frenk, J., Londoño, J., Knaul, Felicia y Lozano, Rafael. (1998). "Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro", en Bezold, C., Frenk, J. y McCarthy, S., "Atención a la Salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI: Perspectivas para lograr Salud Para Todos", Cap. 8, Institute for Alternative Futures y Fundación Mexicana para la Salud, México.

Maceira, D. (2001). "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe", LAC Initiative (OPS-USAID-PHR-FPMD-Harvard), Edición Especial no.3. Washington, DC.

Maceira, D. (2005), "Cobertura, Riesgo y Prevención. Rol del Estado en Salud: Argentina 2003", mimeo, Buenos Aires, Argentina.



Maceira, D., (2006), "Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino", en Vargas de Flood, M. C., "La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina", Cap. 8, Editorial La Colmena, Bs. As.

Ministerio de Salud Pública – Gobierno de la Provincia de Salta (2006). "Región Sanitaria Centro: Organización Operativa"