

Efectores de Salud y Necesidades de la Población: El Caso de la Provincia de Córdoba

Daniel Maceira^{*}

CEDES, Argentina

Agosto, 2005

^{*} Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y CONICET. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1. Introducción

El sector salud argentino se encuentra caracterizado por una estructura segmentada de financiamiento y prestación de servicios de salud. De acuerdo a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, en el año 2002 la cobertura de la seguridad social (obras sociales nacionales, obras sociales provinciales y PAMI) atendía aproximadamente un 53 por ciento del total de la población, con una amplia participación privada en la provisión de servicios apoyada en contratos de capitación, principalmente. El seguro privado (prepagas) representaba un 9 por ciento de la población cubierta y el 38 por ciento restante estaba constituido por la población sin un seguro definido de salud y recurría a los servicios del sector público.

Las reformas recientes en el sistema de financiamiento y prestación de servicios de salud se extienden desde la definición de un paquete médico obligatorio para la atención de servicios asociados con el sistema de obras sociales nacionales y la creación de un fondo de distribución para compensar diferencias de financiamiento entre las mismas, y el desarrollo del sistema de autogestión hospitalaria en el ámbito público. Iniciado a principios de los noventa se ha llevado adelante un proceso descentralizador desde el nivel central de gobierno hacia los gobiernos provinciales que se ha continuado en algunas jurisdicciones hasta alcanzar altos niveles de municipalización o regionalización.

Dicho proceso descentralizador ha derivado en una mayor participación de los gobiernos provinciales y municipales no sólo en la gestión y organización de los diferentes sistemas de salud provinciales, sino también en la financiación de los mismos. Asimismo, ha generado un mayor compromiso de provincias y municipios para con la demanda de la población bajo su jurisdicción.

La provincia de Córdoba no queda exenta de los efectos de las reformas en el sistema de salud llevadas adelante desde el nivel nacional de gobierno. Aun más, dichos efectos podrían tomar mayor magnitud en Córdoba que en otras provincias argentinas dada sus características sociodemográficas y económicas.

El sistema de salud de la provincia de Córdoba se encuentra compuesto por cinco subsistemas: el sector público, financiado a partir de rentas provinciales y municipales, que provee servicios a través de sus hospitales jurisdiccionales y

cuya población usuaria es aquella sin cobertura formal en salud; las obras sociales nacionales, que financian la provisión privada de servicios de salud a sus beneficiarios; el Instituto Provincial de Atención Médica de Córdoba (IPAM), la obra social provincial, encargada del financiamiento de los servicios de salud requeridos por los empleados del sector público provincial, sus beneficiarios y adherentes mediante un mecanismo de redes de atención; el PAMI que hace lo propio para los jubilados y pensionados provinciales; y el sector privado encargado del financiamiento (a través de los seguros privados de salud – prepagas –) y de la prestación de servicios a través de sus clínicas y médicos, agrupados en entidades gremiales provinciales y locales tales como círculos médicos y asociaciones de clínicas y sanatorios.

Desde el punto de vista de la oferta pública de servicios de salud, la Provincia de Córdoba se encuentra en un proceso de actualización de sus estructuras contractuales en el sector público. Como consecuencia del *Pacto Provincia-Municipio*, firmado en 2000, éstos últimos son autónomos con respecto al gobierno provincial y como tal cuenta con legislación propia sobre los modos de contratar personal. Sin embargo, la descentralización del sistema hospitalario y de los puestos sanitarios, tanto en el ámbito provincial como municipal, generó la necesidad de establecer criterios adicionales de contratación en el área de salud, no incorporados formalmente en la normativa original. La dinámica de funcionamiento federal y el traspaso de funciones, a lo largo de los años, produjo un sistema heterogéneo de empleo y pago de personal público.

De este modo, es posible identificar al interior del sector público cordobés tres sistemas básicos de contratación. Ellos son: (i) aquel utilizado por el sector público provincial, que contrata a su personal de planta mediante un mecanismo de sueldo fijo, más adicionales por presentismo y otros rubros asociados con estímulos a la calidad del servicios, (ii) un sistema municipal de contratación, similar a la estructura provincial, con retenciones para la seguridad social, contratando al personal mediante la aplicación de cápitás independientes del tipo de servicios y objetivos, y (iii) un sistema municipal de contratación por prestación (cumplimiento de una guardia médica o tareas de anestesiología, por ejemplo), frecuentes en el interior de la provincia.

Los dos últimos grupos constituyen entre un 30 y 35 por ciento de los médicos que se encuentran actualmente desarrollando tareas en el ámbito público.

Por otra parte, la *Obra Social Provincial* (IPAM) que nuclea a todos los trabajadores del sector público de la provincia y a sus dependientes, mantiene una participación significativa en el sistema de salud provincial. Ello no sólo en términos del nivel de cobertura poblacional que alcanza (aproximadamente 500 mil beneficiarios), sino también por su poder de negociación en los métodos de contratación. En este sentido, a partir del año 2000, la institución abandonó el esquema de pago por prestación basado en contratos directos con proveedores, ya sean éstos institucionales o profesionales, para hacerlo a través de cápitas a empresas gerencadoras, cada una de ellas a cargo de una porción del padrón de beneficiarios y asociada a una red de prestadores ambulatorios y de internación.

Previo al cambio de sistema de financiamiento, el IPAM, que no cuenta con instalaciones propias, contrataba los servicios a través de las federaciones de sanatorios o los colegios de médicos regionales, las que retenían un porcentaje de los pagos para financiar su actividad intermediaria y administrativa. A partir del nuevo sistema de contratación encarado por la institución, se contrata con un grupo de *Unidades de Gestión*, a través del pago de una cápita para el cumplimiento de sus tareas específicas. Originariamente, existían cinco Unidades de Gestión de Prestadores de Salud (UGPS), identificadas con los colores azul, magenta, naranja, verde y violeta, y una serie de Unidades de Gestión específicas, asociadas con servicios bioquímicos, odontológicos, de prótesis y de productos farmacéuticos.

Con el nuevo esquema de financiamiento, el IPAM se hace responsable del financiamiento de la atención de la salud de sus beneficiarios a partir de un pago capitado, más el control de pagos a subcontratistas institucionales y profesionales. El control de calidad se realiza mediante una red de auditores médicos, biólogos, farmacéuticos, etc., quienes constituyen los únicos empleados en relación de dependencia de la obra social.

Durante el transcurso del primer período de gestión del nuevo modelo, las redes Naranja y Verde se retiraron, siendo adquiridas por las UGPSs Magenta y

Violeta, respectivamente. Sin embargo, una vez realizada la transferencia de redes y de beneficiarios, los usuarios contaron con la posibilidad de reacomodar sus preferencias, optando por mantenerse en su nueva red o elegir alguna de las dos restantes.

Dado este contexto, el objetivo del presente trabajo es estudiar las características generales del sistema de salud provincial, en términos de actores participantes, su interacción y características de la demanda. Asimismo, se analiza la contribución relativa del subsector público y privado a la oferta prestacional.

En este sentido, se estudian los determinantes de la participación de cada subsector (público-privado) en la oferta prestacional, medida en términos de establecimientos asistenciales, con el fin de determinar el grado de complementariedad o competencia entre ellos.

Para ello, en la siguiente sección se presenta el marco de análisis. Seguidamente se describen algunos indicadores del sistema de salud a nivel departamental, en tanto en la cuarta sección se analiza la relación entre el sector privado y público en términos del número de establecimientos asistenciales y su localización. Finalmente, la quinta sección discute las principales conclusiones.

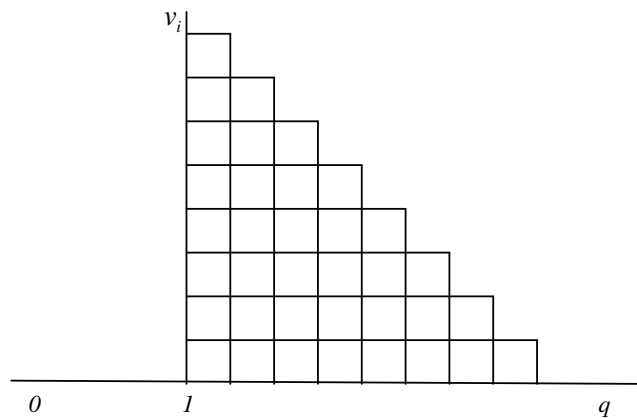
2. Marco de Análisis

Considere un mercado compuesto por M firmas productoras y proveedoras de un bien o servicios x . Los consumidores cuentan con demandas discretas, es decir, consumen una unidad de dicho bien/servicio o no consumen nada.

Asimismo, suponga que los individuos son heterogéneos en términos de sus disposiciones a pagar por cada unidad del bien o servicio consumido v_i , $\forall i:1,\dots,N$, y nivel de ingreso. Esto es, para una función de utilidad cuasi-lineal y ordenando a los consumidores descendentemente por su disposición a pagar, $V(.)$ es una función escalonada para cada consumidor igual a cero para un consumo del bien menor a uno e igual a su disposición a pagar menos el precio de mercado para un consumo mayor a uno.

$$V_i(p, v_i) = \begin{cases} 0 & \text{si } x = 0 \\ v_i(\cdot) - p_x & \text{si } x = 1 \end{cases} \quad (1)$$

Figura 1
Demanda escalonada y disposición a pagar



En este contexto, los consumidores harán efectiva su demanda si y sólo si la utilidad obtenida por su consumo es al menos igual a cero.

$$V(p_x, v_i(\cdot)) \geq 0 \quad (2)$$

$$v_i(\cdot) \geq p_x \quad (2.a)$$

Es decir, el consumidor realizará el consumo sólo si su disposición a pagar es al menos igual al precio de mercado que debe afrontar por la unidad del bien o servicio consumida.

Sin embargo, la disposición a pagar del individuo i , no es una variable exógena sino que se encuentra en función de diversos factores tales como: la cantidad consumida del bien x por el individuo i (a mayor cantidad de x menor es la disposición a pagar, de la renta del consumidor (a mayor ingreso mayor disposición a pagar por una unidad del bien x) y demás características del individuo. Por simplificación, se podría suponer que $v_i = 1/\theta_i$ donde θ_i es la utilidad marginal de ingreso del individuo i .

parte del capital social, dada la significativa tasa de externalidad que tienen. En este sentido, los bienes meritorios resultan de importancia vital para la sociedad en su conjunto, porque el hecho de que todos puedan alcanzarlo deriva en un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población. Por ello su acceso y consumo debe ser protegido, y un modo de lograrlo es hacer que no dependa de la capacidad adquisitiva individual. Ejemplos clásicos de este tipo de bienes o servicios lo constituyen la salud y educación.

Ello justifica la intervención pública en la provisión de esta clase de servicios. Sin embargo, una eficiente política pública focalizada debe basarse en dos consideraciones importantes: la calidad de los servicios prestados y su relación con el sector privado. La primera se encuentra asociada a un criterio de no rivalidad en el consumo. Es decir, la prestación de los servicios públicos para lograr la completitud del equilibrio de mercado no debería permitir que el consumo de un individuo excluya el consumo de otros. Por su parte, la relación con la oferta privada deberá estar sustentada en el concepto de complementariedad y no de competencia. En otras palabras, en tanto el sector privado focaliza su atención en la demanda con una elevada disposición a pagar, el sector público no generará incentivos para atraer a dichos consumidores y centrará su atención sobre aquellos individuos sin acceso efectivo.

A partir de estas consideraciones, la focalización de los servicios públicos en la población perteneciente a los quintiles de ingreso más bajos, puede ser analizada desde dos perspectivas: (i) desde el lado de la demanda, y (ii) desde el lado de la oferta.

El primero de estos puntos de vistas, se interesa por conocer cuál es la elección del proveedor de salud realizada por los individuos según tramos de ingresos, sin considerar la disponibilidad y nivel de congestión en la prestación de los mismos. Por su parte, la segunda perspectiva pretende conocer cuál es el grado de “acercamiento” del sector público a la demanda potencial. En este sentido, un análisis a nivel geográfico resulta un mecanismo idóneo para el desarrollo de tal objetivo.

Este último enfoque, permite simultáneamente estudiar la relación desarrollada entre el sector público y privado (competencia o complementariedad) y por tanto el margen de acción disponible para el segundo.

Una política en salud focalizada establecería la siguiente dinámica de decisiones: el sector público escoge la cantidad de efectores a establecer en cada departamento o región en función del nivel de necesidades de la población y su perfil epidemiológico; seguidamente el sector privado realiza la misma elección pero considerando la capacidad de desarrollo de mercado en cada departamento evitando la competencia con el sector público.

Esto último está asociado con que, si el sector público mantiene una alta participación en una región determinada y al mismo tiempo dichos servicios son ofrecidos con un buen nivel de calidad, en términos profesional y con grado de congestión al menos igual al de su par privado, la demanda con una disposición a pagar mayor podría demandar en el sector público generando dos problemas: (i) un problema de selección adversa, y (ii) una competencia ineficiente.

El problema de selección adversa surge de una asimetría en la información concerniente a alguna de las características de una de las partes que integra el contrato y que es relevante para el resultado final. Las características de los individuos son esenciales en el desempeño del mercado o política pública. La parte menos informada – proveedor público de salud – desearía conocer determinada característica de los consumidores denominada con frecuencia “tipo”, pero no puede en principio hacerlo sin costo. Por tanto, se enfrenta a una incertidumbre de “mercado” o de información imperfecta, y dicha imperfección perjudica a aquellos consumidores que pertenecen al tipo de agente más deseable – de menores ingresos – para la provisión de servicios, ya que los mismos son tratados de manera uniforme a los tipos menos deseables. Desde el punto de vista de la parte menos informada, al existir heterogeneidad de “tipos”, tratará de discriminar entre los tipos más idóneos y los menos.

El problema de selección adversa ocurre cuando la parte menos informada no puede discriminar entre los “tipos” buenos y malos, hecho que estandariza el mercado con el peor “tipo”, dejando afuera del mismo a potenciales buenos “tipos”. Esta situación potencia el alcance de un equilibrio incompleto.

3. Características Poblacionales

La Provincia de Córdoba cuenta con una población de 3,1 millones de habitantes según el último Censo Nacional de 2001, representando aproximadamente el 9 por ciento de la población total del país. Del total de habitantes el 51,4 por ciento son mujeres. La Tabla 1 presenta, a nivel departamental, la distribución de la población, el porcentaje de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas y el porcentaje de la población sin cobertura formal en salud en 2001, junto a la variación porcentual de cada uno de los indicadores entre 1991 y 2001. Asimismo, se presenta la tasa de mortalidad cada diez mil habitantes y la tasa de mortalidad infantil cada mil nacidos vivos, para el año 2000.

Del cuadro precedente se observa el crecimiento de la población total de la provincia, la que se produjo a una tasa anual del 1,13%. En este sentido, la población experimentó un crecimiento del 10.85 por ciento entre 1991 y 2001. La ciudad Capital, mantiene al 41% de la población total de la Provincia, seguida por Río Cuarto con tan sólo el 7,5%.

La tercer y cuarta columna de la Tabla 1, presentan el porcentaje de la población con NBI y su variación entre el período bajo estudio. La Provincia registró una caída de su NBI entre 1991 y 2001 del 13.9 por ciento, llegando a tener un 13 por ciento de su población con NBI. Sin embargo, se identifica una gran heterogeneidad al interior de la misma. En este sentido, el departamento de Pocho mantiene un NBI del 40.8 por ciento, seguido por Minas (39.5 por ciento) y Río Seco (31 por ciento), en tanto Marcos Juárez tiene un indicador de NBI del 8.8 por ciento, seguido por San Justo y Tercero Arriba con el 9.3 y 9.5 por ciento, respectivamente.

En términos de cobertura, la provincia cuenta con el 45.76 por ciento de su población sin seguro formal de salud, con un desvío entre departamentos del 10.8 por ciento. A diferencia de la población con NBI, éste indicador experimentó una variación positiva entre 1991 y 2001 del 21.1 por ciento.

Ello se asocia con la crisis de empleo devenida desde mediados de los años '90, a partir de la cual una proporción de la población perdió su condición de empleado formal y consecuentemente su cobertura en salud. Entre los

departamentos con mayor porcentaje de su población sin seguro, se encuentra Río Seco (70.1 por ciento), Pocho (69.2 por ciento), Tulumba (67.1 por ciento) y Minas (66.2 por ciento).

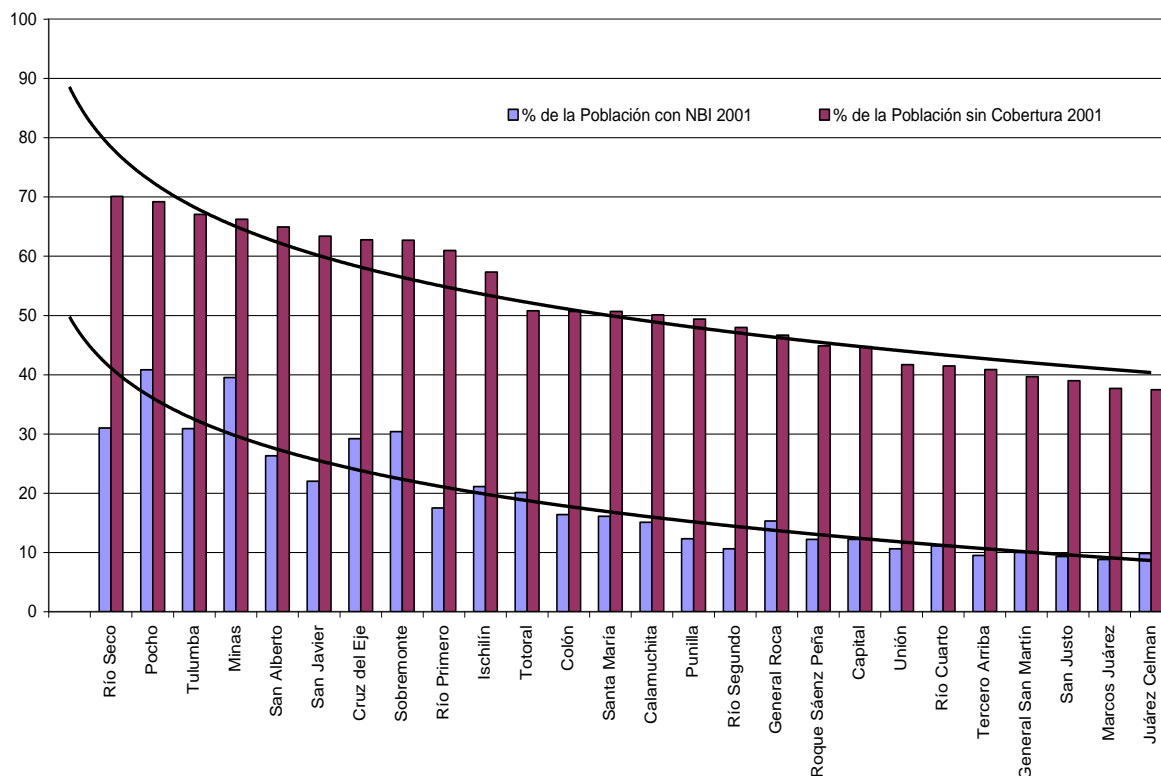
Tabla 1
Características socioeconómicas y de resultados en salud. Por Departamento

Departamento	Población		% de la Población con NBI 2001	Variación % de la Población con NBI 91/01	% de la Población sin Cobertura 2001	Variación % de la Población sin Cobertura 91/01	Tasas de Mortalidad c/diez mil habitantes 2000	Tasa de Mortalidad Infantil c/mil niños nacidos vivos 2000
	2001	Variación % 91/01						
Calamuchita	45,418	17.04	15.10	-22.16	50.10	13.60	7.10	10.80
Capital	1,284,582	8.92	12.20	-16.44	44.72	23.19	6.90	15.90
Colón	171,067	36.41	16.40	-13.68	50.68	17.03	6.10	16.10
Cruz del Eje	52,172	7.24	29.20	-9.88	62.75	24.51	7.20	19.90
General Roca	33,323	1.39	15.30	-9.47	46.68	13.85	7.20	17.50
General San Martín	116,107	10.41	10.00	-10.71	39.65	25.88	8.40	9.10
Ischilín	30,105	6.23	21.10	-18.53	57.32	29.10	8.70	17.70
Juárez Celman	55,348	7.49	9.80	-23.44	37.47	0.45	7.00	8.10
Marcos Juárez	99,761	2.22	8.80	-7.37	37.67	20.73	7.60	13.90
Minas	4,881	1.69	39.50	-25.47	66.22	6.80	6.50	51.70
Pocho	5,132	1.48	40.80	-12.26	69.19	11.06	5.70	21.10
Presidente Roque Sáenz Peña	34,647	0.44	12.20	-1.61	44.85	21.88	7.40	13.60
Punilla	155,124	27.97	12.30	-22.15	49.36	17.81	7.50	15.20
Río Cuarto	229,728	5.44	11.10	-6.72	41.45	24.10	7.40	20.00
Río Primero	42,429	13.49	17.50	-16.67	60.97	2.46	7.40	20.10
Río Seco	12,635	19.25	31.00	-21.32	70.07	11.75	7.40	10.60
Río Segundo	95,803	13.52	10.60	-7.83	47.95	19.28	9.20	27.90
San Alberto	32,395	29.04	26.30	-20.54	64.92	1.28	6.30	13.30
San Javier	48,951	14.99	22.00	-1.35	63.36	14.37	7.30	21.80
San Justo	190,182	7.63	9.30	-13.08	38.99	23.78	8.50	16.70
Santa María	86,083	23.91	16.10	-17.44	50.66	22.08	6.70	11.30
Sobremonte	4,531	7.98	30.40	-23.04	62.68	16.94	13.10	22.50
Tercero Arriba	107,460	3.61	9.50	-9.52	40.86	27.67	7.70	11.90
Totoral	16,479	19.18	20.10	-25.28	50.78	12.84	6.20	19.70
Tulumba	12,211	8.15	30.90	-19.74	67.06	7.82	9.20	9.30
Unión	100,247	4.08	10.60	-13.11	41.70	15.83	9.60	8.20
Promedio Provincial	3,066,801	10.85	13.00	-13.91	45.76	21.07	7.30	15.00

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991 y 2001. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba

La Figura 2 presenta ambos indicadores por departamento para el año 2001. En ella, se aprecia una asociación lineal significativa entre ambos indicadores de 0.92.

Figura 2
NBI y Porcentaje de la Población sin Cobertura en Salud, por Departamento. Año 2001



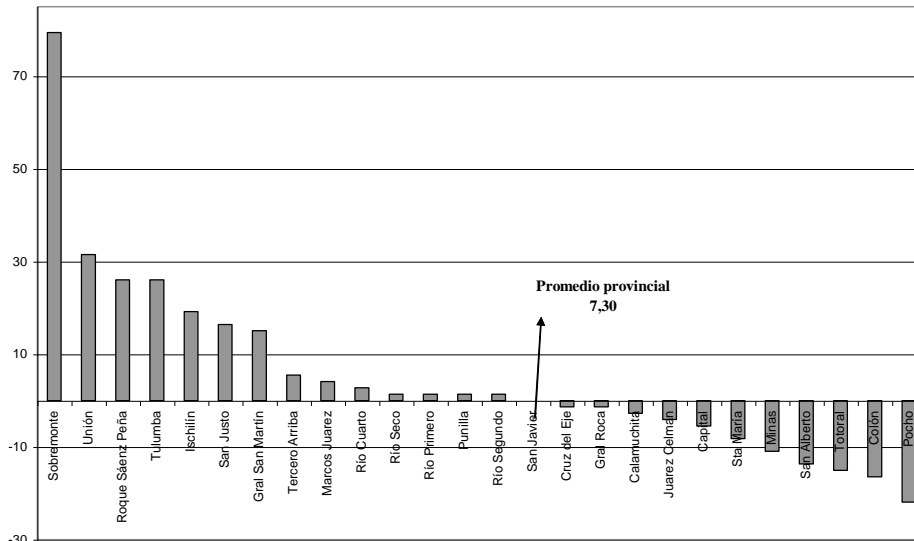
Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001

Finalmente, la Tabla 1 presenta la tasa de mortalidad cada diez mil habitantes y la tasa de mortalidad infantil cada mil nacidos vivos. En ella, se observa que, si bien la tasa de mortalidad promedio (7,3) se encuentra marginalmente por debajo del promedio nacional (7,9) existe una gran dispersión entre departamentos. La Figura 3 expone dicha dispersión respecto al promedio provincial.

El departamento de Sobremonte cuenta con la mayor dispersión positiva en tanto Pocho que es aquel departamento con mayor dispersión negativa. Exceptuando al departamento de Sobremonte, la dispersión en la tasa de mortalidad se encuentra comprendida entre un 32% y -30% constituyendo un

factor relevante para explicar potenciales heterogeneidades en la demanda (real y efectiva) de servicios de salud.

Figura 3
Dispersión de la tasa de mortalidad respecto al promedio provincial (en %). Año 2000



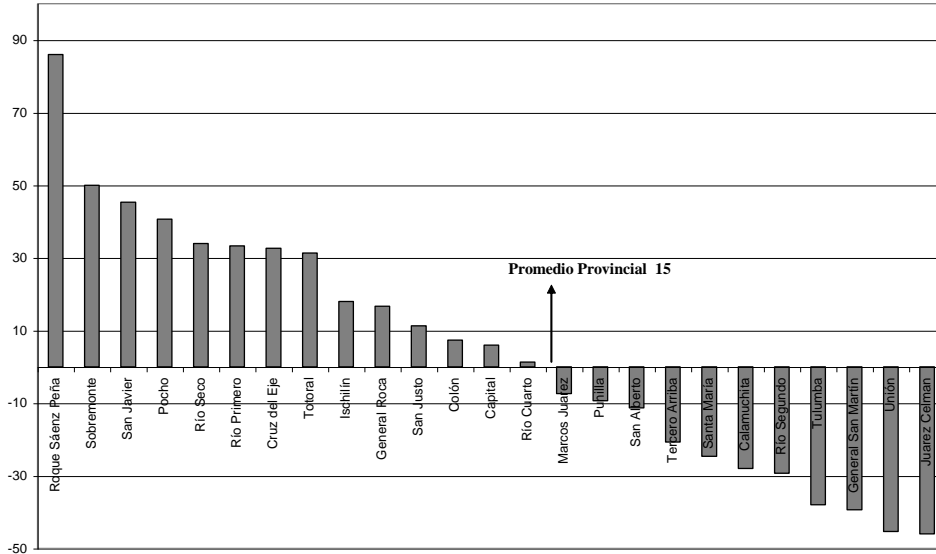
Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud Provincial

La tasa de mortalidad infantil promedio por cada mil nacidos vivos es del 15 por ciento. Al igual que lo observado para la tasa de mortalidad, la variabilidad al interior de la provincia resulta amplia. La Figura 4 presenta la dispersión de dicho indicador respecto al promedio provincial.

Sobre la base de este indicador, las diferencias entre departamentos se vuelven más significativas: mientras el departamento de Presidente Roque Sáenz Peña presenta la mayor dispersión positiva, con una tasa de mortalidad infantil de 27,9, la dispersión de la tasa de mortalidad infantil respecto al promedio provincial -exceptuando el mencionado departamento- se ubica en un rango que se extiende desde el 86 por ciento hasta -46 por ciento.

Figura 4

Dispersión de la tasa de mortalidad infantil respecto al promedio provincial (en %). Año 2000



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud Provincial

Los resultados precedentes sugieren un perfil de necesidades al interior de la provincia muy heterogéneo teniendo diferente impacto en la demanda total de servicios de salud.

A partir de estos resultados precedentes, a continuación se establece la demanda potencial de servicios públicos de salud según departamento.

Los consultantes a servicios públicos de salud son aquellos que no cuentan con seguro formal y con una disposición a pagar menor al precio de equilibrio del mercado privado. En este sentido, es posible establecer que la población potencialmente demandante de servicios públicos viene dada por la siguiente expresión:

$$P_{PD} = N_i + N_i^c (\%NBI - 1) \quad (1)$$

Donde: P_{PD} es la población potencialmente demandante

N_i es la población total del departamento

N_i^c es la población con cobertura formal en salud

$\%NBI$ es el porcentaje de la población con NBI

Bajo esta forma funcional se asume que la población potencialmente demandante incluye tanto a la población sin cobertura de seguro de salud, como al segmento que, teniendo cobertura nominal no puede acceder a ella y recurre al efector público. Para estimar este último segmento se adopta el porcentaje de población con NBI como indicador aproximado.

La Tabla 2 muestra la población potencialmente demandantes según departamentos para el año 2001:

Tabla 2
Población demandante, por departamento. Año 2001

Departamento	Población Potencialmente Demandante 2001	% Población Potencialmente Demandante 2001
Pocho	4,196	81.76
Minas	3,883	79.56
Río Seco	10,025	79.35
Tulumba	9,432	77.24
San Alberto	24,019	74.14
Sobremonte	3,354	74.02
Cruz del Eje	38,414	73.63
San Javier	34,961	71.42
Río Primero	28,765	67.80
Ischilín	19,967	66.32
Totoral	9,998	60.67
Colón	100,528	58.77
Santa María	50,450	58.61
Calamuchita	26,175	57.63
Punilla	86,237	55.59
General Roca	18,274	54.84
Río Segundo	51,225	53.47
Roque Sáenz Peña	17,871	51.58
Capital	661,090	51.46
Río Cuarto	110,149	47.95
Unión	47,996	47.88
Tercero Arriba	49,941	46.47
General San Martín	53,045	45.69
San Justo	84,946	44.67
Juárez Celman	24,129	43.59
Marcos Juárez	43,049	43.15
Promedio Provincial	1,619,720	52.81

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC

El porcentaje de la población potencialmente demandante para el total de la provincia es de 52.81 por ciento, mostrando una dispersión entre departamentos del 12.7 por ciento. En este sentido, los departamentos de Pocho y Minas son los que mantienen el mayor porcentaje de su población en condición de demandante

potencial de servicios públicos de salud, 81.76 y 79.56 por ciento, respectivamente. En el lado opuesto, Marcos Juárez y Juárez Celman, mantienen respectivamente un 43.15 y 43.59 por ciento de su población como potencial demandante de servicios de salud provistos por los efectores públicos.

En resumen, la provincia de Córdoba cuenta con una población significativamente heterogénea en términos de NBI y distribución entre los Departamentos que la conforman. En este sentido, con un NBI promedio del 13 por ciento la dispersión asciende a 9.6 por ciento entre jurisdicciones. Del mismo modo, el porcentaje de la población sin cobertura formal en salud y potencialmente demandante de servicios públicos es de 45.7 y 52.8 por ciento, respectivamente, con una dispersión entre departamentos del 10.8 y 12.7 por ciento. A partir de ello, es posible sugerir que cualquier política pública de salud debe ser establecida sujeta a estas discrepancias intermunicipales.

4. Estructura de Oferta de Servicios

El presente apartado tiene como objetivo estudiar las características de la oferta de servicios de salud al interior de la Provincia, en términos de la propiedad del capital, con el fin de establecer el grado de complementariedad (y focalización) o competencia entre ella.

La cantidad de establecimientos asistenciales de salud se encuentran, en su mayoría, en manos del sector privado y público, entre ambos agrupan al 98% de las instituciones. La Tabla 3 presenta la cantidad de dichos establecimientos cada diez mil habitantes, y su participación relativa al interior de cada departamento, entre los años 1995 y 2000.

Dicha Tabla se encuentra ordenada descendientemente por su primera columna, participación de establecimientos de capital privado. En ella, se muestra de manera sombreada aquellos departamentos en los que la participación del sector privado es mayor o igual al 50% y aquellos en los que la participación del sector público es predominante.

A modo de ejemplo, los departamentos de Sobremonte y Minas sólo cuentan con establecimientos públicos, teniendo 28.7 y 24.6 establecimientos cada diez mil habitantes. En el lado opuesto, General San Martín y la Ciudad

Capital cuentan con una mayor participación del sector privado, teniendo una cantidad de establecimientos de dicho sector cada diez mil habitantes de 5.1 y 2.6, respectivamente.

Tabla 3
Establecimientos por departamentos y propiedad del capital. Participación relativa en el total departamental. Entre 1995 y 2000

Departamento	% de Establecimientos privados	% de Establecimientos públicos	Establecimientos privados c/diez mil habitantes	Establecimientos públicos c/diez mil habitantes
General San Martín	77.63	22.37	5.08	1.46
Capital	75.80	24.20	2.58	0.83
Marcos Juárez	72.53	27.47	6.62	2.51
Juárez Celman	70.21	29.79	5.96	2.53
Río Segundo	68.18	31.82	4.70	2.19
Unión	67.74	32.26	6.28	2.99
General Roca	65.52	34.48	5.70	3.00
San Justo	64.34	35.66	4.36	2.42
Río Cuarto	62.18	37.82	3.22	1.96
Tercero Arriba	59.55	40.45	4.93	3.35
Colón	54.93	45.07	2.28	1.87
Punilla	54.12	45.88	2.97	2.51
Calamuchita	50.00	50.00	5.28	5.28
Roque Sáenz Peña	42.86	57.14	3.46	4.62
Ischilín	40.00	60.00	3.99	5.98
Río Primero	30.00	70.00	2.83	6.60
Santa María	28.30	71.70	1.74	4.41
Cruz del Eje	28.21	71.79	2.11	5.37
San Javier	24.39	75.61	2.04	6.33
Totoral	22.22	77.78	2.43	8.50
Río Seco	11.11	88.89	1.58	12.66
San Alberto	10.34	89.66	0.93	8.03
Pocho	6.67	93.33	1.95	27.28
Tulumba	6.25	93.75	0.82	12.28
Minas	0.00	100.00	0.00	24.59
Sobremonte	0.00	100.00	0.00	28.69

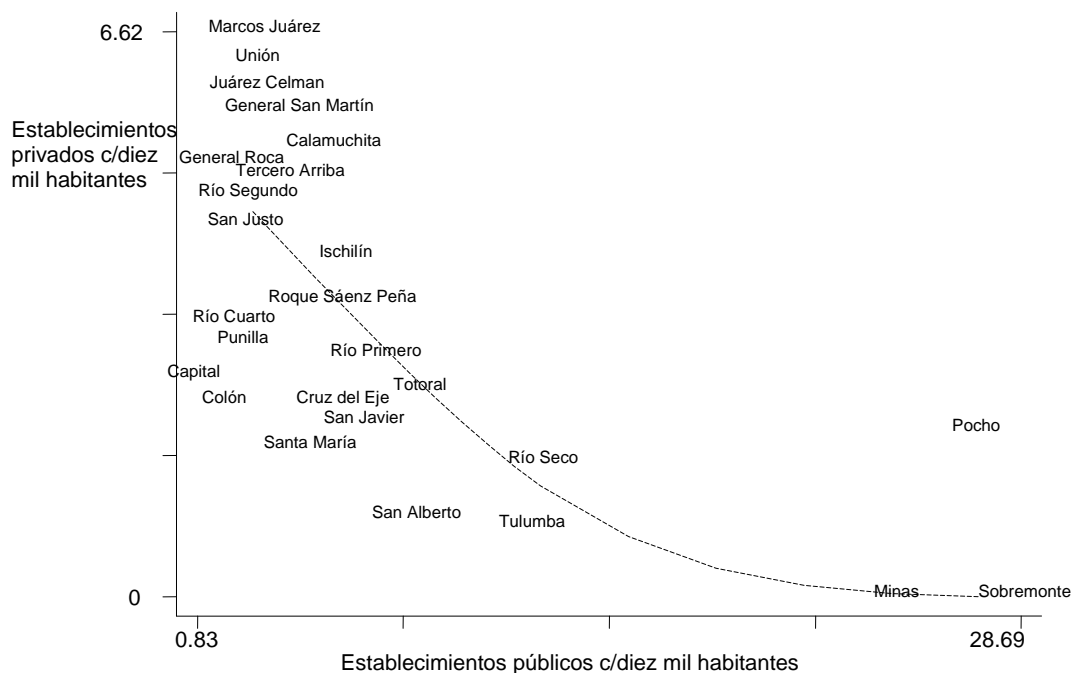
Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Guía de Establecimientos 95/00

La Figura 5 presenta la relación entre la cantidad de establecimientos asistenciales cada diez mil habitantes según propiedad del capital. En este sentido, se observa una asociación lineal negativa y significativa entre ambas variables igual a -0.65 , sugiriendo la existencia de algún grado de complementariedad en la oferta de servicios de salud entre ambos participantes.

En otras palabras, los resultados obtenidos permiten sugerir que los sectores público y privado arriban a un “equilibrio” de cooperación en un juego donde la cantidad de establecimientos y su localización al interior de la Provincia

son las variables de decisión, debido a los diferentes incentivos que motivan el accionar de uno y de otros.

Figura 5
Relación entre Establecimientos Privados y Públicos, por Departamento



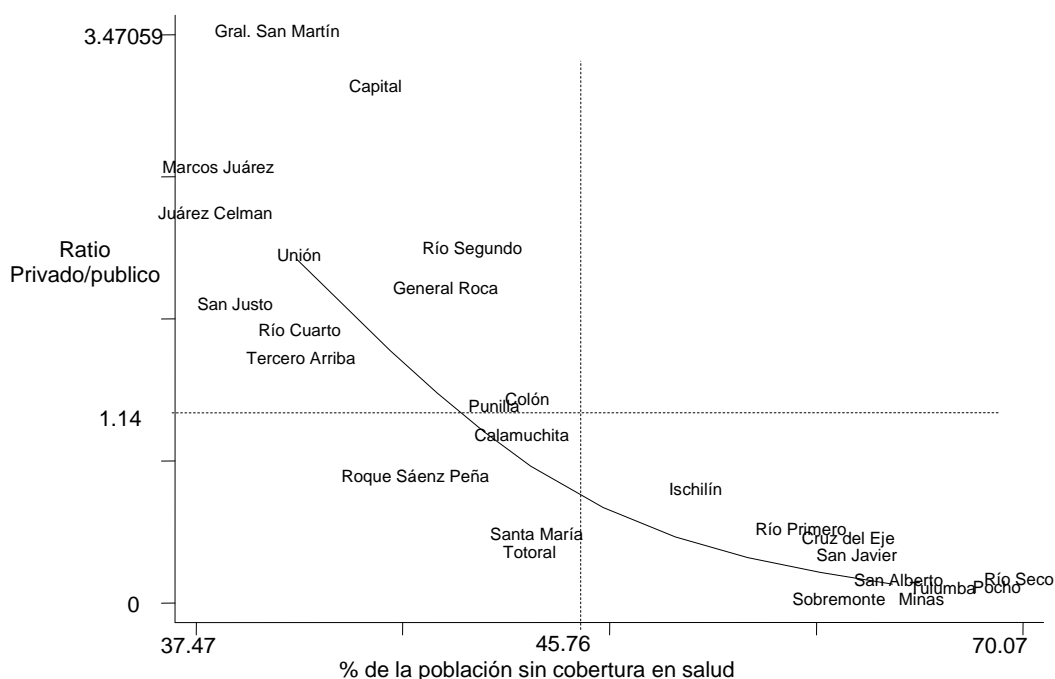
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud de la Nación, Guía de Establecimientos 95/00

Con el fin de determinar la capacidad del sector público para focalizar sus servicios de salud en la población con mayores necesidades, a continuación se analizan estas participaciones en relación a dos indicadores básicos de necesidad: porcentaje de la población con NBI y sin cobertura formal en salud.

Dada la relación inversa entre número de establecimientos privados y públicos por jurisdicción, la hipótesis que se intenta corroborar esta asociada a la motivación de las decisiones tomadas por cada uno de estos participantes. En este sentido, y tal como fuera discutido en la segunda sección del presente trabajo, el sector privado persigue maximizar los beneficios obtenidos por su participación en el mercado, en tanto la función objetivo del sector público esta asociada con el concepto de bienestar general medido por el número de consultantes que no tienen capacidad de acceso a los servicios privados.

La Figura 6 presenta la relación entre el cociente de la cantidad de establecimientos privados y públicos, en adelante ratio privado-público, y el porcentaje de la población sin cobertura formal en salud.

Figura 6
Relación establecimientos privado/públicos y porcentaje de la población sin cobertura formal en salud



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y Ministerio de Salud de la Nación

La Figura precedente muestra una relación negativa y significativa entre el ratio privado-público y el porcentaje de la población sin seguro de salud, con una correlación simple de -0.83. Asimismo, tomando el promedio provincial de cada variable es posible diseñar cuatro cuadrantes. El primero compuesto por aquellos departamentos con un ratio privado-público superior al promedio (1.14) y un porcentaje de su población sin cobertura menor a la media provincial (45.76 por ciento).

Este grupo se encuentra compuesto por los siguientes departamentos: General San Martín, Capital, Marco Juárez, Juárez Celan, Unión, Río Segundo, General Roca, San Justo, Río Cuarto, Tercero Arriba, Colón y Punilla.

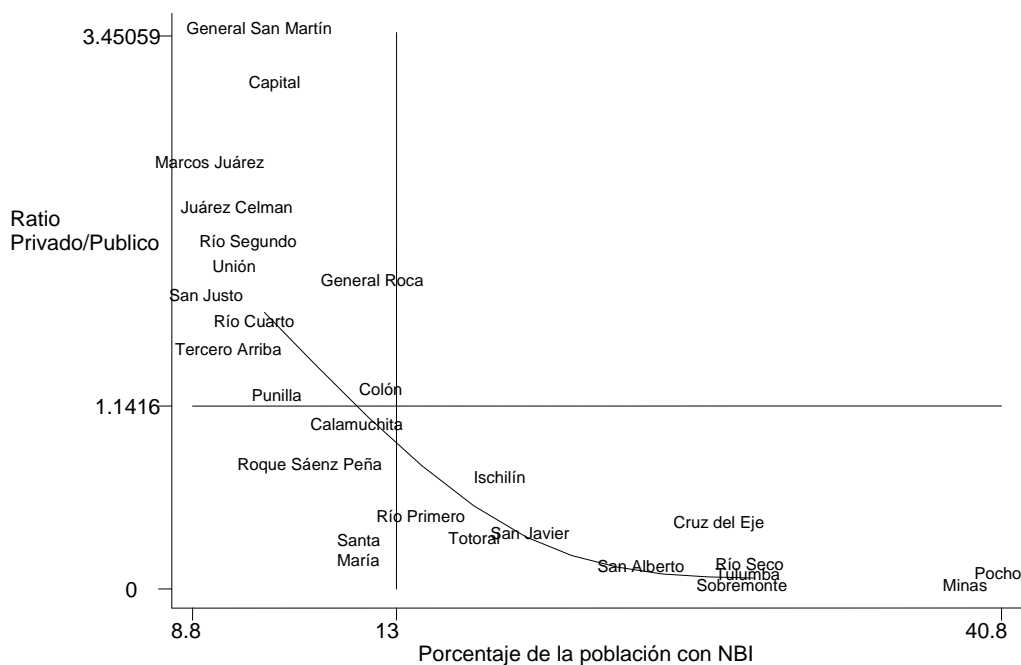
El segundo cuadrante integrado por aquellas jurisdicciones que mantienen un porcentaje de su población sin cobertura formal en salud y un ratio privado-

público menor al promedio provincial: Calamuchita, Roque Sáenz Peña, Santa María y Totoral.

Finalmente, un tercer grupo identificado por aquellos departamentos con un porcentaje de su población sin cobertura mayor a la media provincial y un ratio privado-público menor al promedio. En este se ubican los departamentos de Ischilín, Río Primero, Cruz del Eje, San Javier, San Alberto, Sobremonte, Minas, Tulumba, Pocho y Río Seco.

Con el objeto de complementar estos resultados, la Figura 7 presenta la relación entre el ratio privado-público y el porcentaje de la población con NBI.

Figura 7
Relación establecimientos privado/públicos y porcentaje de la población con NBI.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y Ministerio de Salud de la Nación

Al igual que en la Figura 5, es posible establecer cuatro grupos de departamentos según los promedios provinciales del ratio privado-público (1.14) y del porcentaje de la población con NBI (13 por ciento). El primer cuadrante se encuentra compuesto por aquellas jurisdicciones con un ratio privado-público mayor al promedio y un porcentaje de su población con NBI menor a la media. Dicho grupo está conformado por los mismos departamentos que componen el primer cuadrante de la Figura anterior (ratio privado-público y porcentaje de la

población sin cobertura): General San Martín, Capital, Marco Juárez, Juárez Celan, Unión, Río Segundo, General Roca, San Justo, Río Cuarto, Tercero Arriba, Colón y Punilla.

Por su parte, un segundo grupo se establece con los municipios con un ratio privado-público y un NBI menor a los promedios provinciales. En este sentido, a excepción de Río Primero, Calamuchita, Roque Sáenz Peña y Santa María forman parte de dicho conjunto tal como lo hacen en la Figura 5.

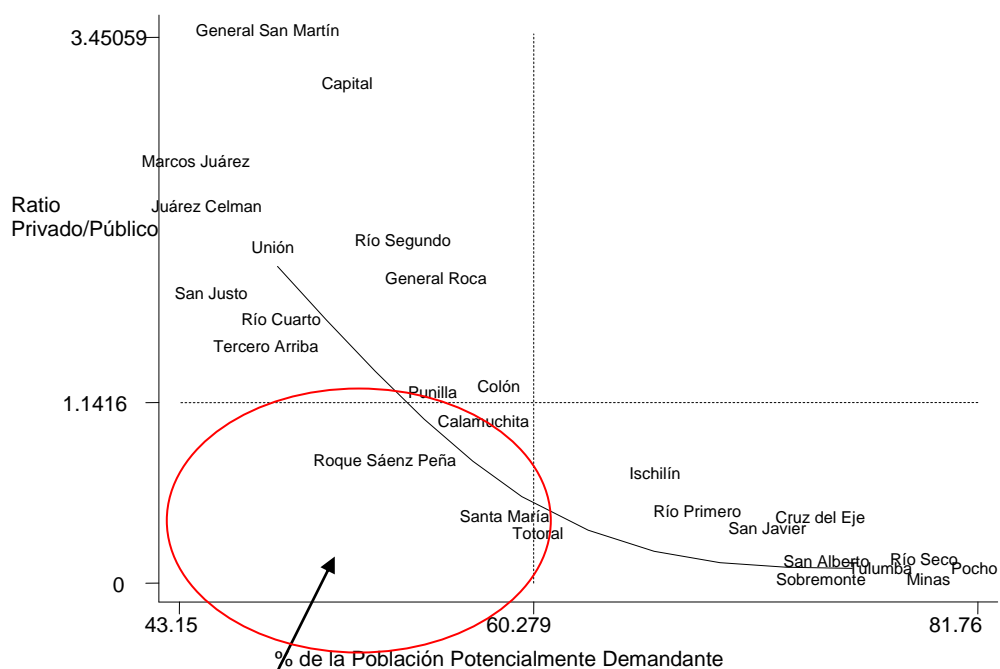
Finalmente se identifica un tercer grupo integrado por las jurisdicciones con un ratio privado-público menor al promedio provincial y un NBI mayor a la media. A excepción de Totoral, Ischilín, Cruz del Eje, San Javier, San Alberto, Sobremonte, Minas, Tulumba, Pocho y Río Seco forman parte de este cuadrante tal como lo hacen en la Figura 5.

Los resultados hallados sugieren un perfil de necesidades bien definido a nivel departamental, no existiendo divergencia entre la población sin seguro de salud y el NBI. En este sentido, la correlación simple lineal entre ambas variables resulta positiva y significativa igual a 0.92. Asimismo, y a excepción de cuatro departamentos (aquellos que conforman las áreas número dos), se observa una focalización lineal de los servicios, tanto privados como públicos, según las características de la demanda.

Por último, y con el fin de complementar los resultados hallados, a continuación se desarrolla el análisis precedente pero considerando al porcentaje de la población potencialmente demanda estimada a partir de la ecuación (1).

Dado que la población potencialmente demandante de servicios públicos de salud es una combinación lineal entre la población con NBI y sin cobertura formal en salud, los resultados resultan similares a los presentados anteriormente. En este sentido, el primer cuadrante de la Figura 8 (con un ratio privado-público mayor a la media y un porcentaje de su población potencialmente demandante menor al promedio provincial) se encuentra compuesto por las mismas jurisdicciones que en los dos casos anteriores. Del mismo modo, el segundo y tercer conjunto, están integrados por los mismos departamentos que en la Figura 6.

Figura 8
Relación establecimientos privado/públicos y porcentaje de la población potencialmente demandante de servicios públicos de salud.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC y Ministerio de Salud de la Nación

Pregunta: ¿por qué existe una mayor participación del sector público donde la demanda no tiene un nivel alto de necesidades? Hipótesis: existe una falla en la focalización o es un mercado potencialmente desarrollable para el sector privado. De todos modos son sólo cuatro departamentos.

En resumen, los resultados hallados en la presente sección sugieren un elevado grado de complementariedad entre el sector público y privado. La participación del sector público resulta mayoritaria, respecto a su par privado, en aquellas zonas geográficas con mayores necesidades medidas en términos de NBI y cobertura formal en salud. Contrariamente, el sector privado mantiene una presencia predominante en aquellos departamentos relativamente más ricos. Este fenómeno, implica una correlación negativa entre la cantidad de centros asistenciales de ambos sectores negativa de 0.65.

A partir de ello, es posible sugerir cierto grado de eficiencia en la asignación de recursos en el sistema, en términos de focalización de los mismos según las características de la demanda.

5. Conclusiones

A partir del proceso de descentralización del sistema de salud nacional, iniciado a principios de la década del '90, las autoridades sanitarias provinciales vieron incrementado su participación en el proceso de toma de decisiones.

En particular, el sistema de salud de la provincia de Córdoba se encuentra compuesto por cinco grupos de actores: el sector público, financiado a partir de rentas provinciales y municipales, que provee servicios a través de sus hospitales jurisdiccionales; las obras sociales nacionales, que financian la provisión privada de servicios de salud a sus beneficiarios; el Instituto Provincial de Atención Médica de Córdoba (IPAM), la obra social provincial, encargada del financiamiento de los servicios de salud requeridos por los empleados del sector público provincial, sus beneficiarios y adherentes; el PAMI que hace lo propio para los jubilados y pensionados provinciales; y el sector privado encargado del financiamiento (a través de los seguros privados de salud – prepagas –) y de la prestación de servicios a través de sus clínicas y médicos.

La cantidad de establecimientos asistenciales de salud (con y sin internación) se encuentran, en su mayoría, en manos del sector privado y público, agrupando entre ambos al 98% de las instituciones.

Paralelamente, la provincia de Córdoba cuenta con una población significativamente heterogénea en términos de necesidades y distribución de la misma entre los Departamentos que la conforman. En este sentido, con un NBI promedio provincial del 13 por ciento, la dispersión asciende a 9.6 por ciento entre jurisdicciones. Del mismo modo, el porcentaje de la población sin cobertura formal en salud y potencialmente demandante de servicios públicos es de 45.7 y 52.8 por ciento, respectivamente, con una dispersión entre departamentos del 10.8 y 12.7 por ciento. Consecuentemente, cualquier política pública de salud debe ser establecida sujeta a estas discrepancias intermunicipales.

De acuerdo a este contexto, el objetivo del presente trabajo es estudiar las características generales del sistema de salud provincial, en términos de actores participantes, su interacción y características de la demanda. A lo largo de la presente investigación se analiza la contribución relativa del subsector público y privado en la oferta prestacional, en términos de centros asistenciales, estableciendo los determinantes potenciales de la participación de cada subsector (público-privado). El fin último es determinar el grado de complementariedad – a través de un efecto *crowding out* – o competencia entre ellos.

A partir del análisis de la cantidad de centros asistenciales según propiedad del capital y características de la demanda (porcentaje de la población con NBI y sin cobertura formal en salud), los resultados avalan la hipótesis de complementariedad sectorial. En este sentido, el índice de correlación lineal entre el ratio privado-público y el porcentaje de la población sin seguro de salud resulta significativo y negativo igual a 0.83. Este mismo resultado se identifica con el porcentaje de la población con NBI.

Paralelamente, se establece un perfil de necesidades bien definido a nivel departamental, no existiendo divergencia entre la población sin seguro de salud y el NBI. En este sentido, la correlación lineal entre ambas variables resulta positiva y significativa igual a 0.92.

Los resultados hallados sugieren un elevado grado de complementariedad entre el sector público y privado. La participación del sector público resulta mayoritaria, respecto a su par privado, en aquellas zonas geográficas con mayores necesidades. Contrariamente, el sector privado mantiene una presencia predominante en aquellos departamentos relativamente más ricos. Este fenómeno, implica una correlación negativa entre la cantidad de centros asistenciales de ambos sectores negativa de 0.65, estableciendo la presencia de cierto efecto desplazamiento entre ellos.

6. Referencias Bibliográficas

- Bhat, R., 1999, "Public-Private Partnerships in Health Sector: Issues and Prospects", *Indian Institute of Management, Ahmedabad*.
- Booth, A. y Cowell, J., 1976, "Crowding and Health", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 17, pp. 204-220.
- Brekkey, K., y Sorgardz, L., 2003, "Public versus Private Health Care in a National Health Service", *California University, Discussion Paper 14/2003*.
- Cutler, D. y Gruber, J., 1996, "Does Public Insurance Crowding Out Private Insurance", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 111, pp. 391-430.
- Erenburg, S., 1993, "The Real Effects of Public Investment on Private Investment", *Applied Economic*, Vol 25, pp. 831-837.
- Frank, R. y Salkever, D., 1991, "The Supply of Charity Services by Nonprofits Hospitals: Motive and Market Structure", *The RAND Journal of Economics*, Vol. 22, pp.430-445.
- Guy, D., 2003, "The Convergence between For-Profit and Nonprofit Hospitals in the United States", *mimeo*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.
- Klarman, H., 1951, "Economic Aspects of Hospital Care", *The Journal of Business of the University of Chicago*, Vol. 24, pp. 1-24.
- Maceira, D., 2003, "Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto", *Serie Seminarios Salud y Política Pública*, CEDES, Argentina
- Maceira, D., 2002, "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", *Serie Seminarios Salud y Política Pública*, CEDES, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación, Guía de Establecimientos Asistenciales, 1995-2000.
- Roberts, R., 1984, "A Positive Model of Private Charity and Public Transfers", *The Journal of Political Economy*, Vol. 92, pp. 136-148.