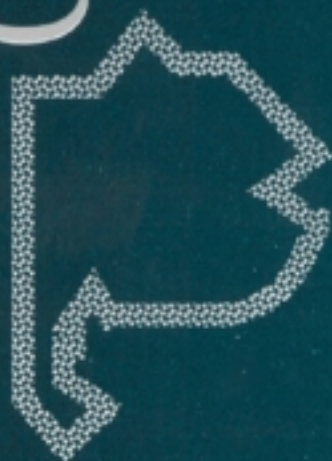


DE ECONOMIA

Nº 63

CUADERNOS

Estado de situación y propuesta  
de reforma del sistema médico  
asistencial público de la  
provincia de Buenos Aires



Ministerio de Economía  
de la Provincia de Buenos Aires  
República Argentina

# **Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires**

La coordinación general de este trabajo estuvo a cargo del Lic. Jorge Sarghini. La investigación fue llevada a cabo por el Lic. Ariel Aramburu, el Lic. Diego Moccero y el Sr. Carlos Mongan.\*

La Plata, Enero de 2002.

Se agradecen los comentarios vertidos por el Lic. Alejandro Plastina.

\* Todos los investigadores integran el Grupo de Investigación Económica, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

---

## **Autoridades**

**Ing. Felipe Solá**  
Gobernador

**Lic. Jorge Emilio Sarghini**  
Ministro de Economía

**Lic. Gerardo Otero**  
Subsecretario de Finanzas

**Lic. Santiago Montoya**  
Subsecretario de Ingresos Públicos

**Lic. Carlos Fernández**  
Subsecretario de Política y Coordinación Fiscal

Director: **Lic. Jorge Emilio Sarghini**

Coordinador: **Lic. Lisandro Menéndez Paratore**

# Prólogo

El mercado de la salud presenta características muy particulares que lo diferencian de aquellos en los que se transan bienes más convencionales. En primer lugar porque no es aceptable que el acceso esté supeditado a la condición económica que reviste una determinada persona. Esto es incuestionable dado que la privación de un adecuado servicio de salud, puede conllevar daños físicos, mentales y sociales irreparables. En segundo lugar, existen imperfecciones que determinan que el óptimo privado difiera del social. La presencia de externalidades hace que el consumo individual afecte el bienestar de la comunidad en su conjunto (vgr. transmisión de enfermedades). Además, existen importantes asimetrías informativas que impiden al consumidor evaluar adecuadamente la calidad del servicio que está recibiendo.

Estos factores explican -en Argentina y el resto del mundo- la fuerte participación del Estado en el mercado de la salud, no sólo regulando sino también proveyendo de manera directa el servicio. Ciertas ineficiencias en la gestión, y la prestación “cuasi universal” del servicio público, provocaron un crecimiento desmedido del gasto en la mayoría

de las administraciones estatales. Por eso los gobiernos han encarado un proceso de descentralización y modernización de sus sistemas de salud, tendiente a hacer un uso más racional de los recursos públicos, concentrándolos en quienes más lo necesitan.

En este sentido se ha avanzado en la Provincia de Buenos Aires. La mayor parte de los centros asistenciales oficiales bonaerenses están siendo manejados por los municipios, a la vez que se introdujeron innovadoras técnicas de gestión. Si bien este proceso es relativamente reciente, resulta oportuno realizar una evaluación de sus falencias y potencialidades.

En la presente edición de Cuadernos de Economía, se realiza una descripción detallada de la oferta y la demanda de servicios de salud públicos en la Provincia de Buenos Aires, prestando especial atención a la organización de este sistema y a los efectos que genera. También se evalúa la experiencia internacional en materia de reformas de sistemas de salud, a fin de obtener algunas lecciones útiles. Por último, se sugiere una serie de cambios, tendientes a mejorar el servicio de salud en la provincia.

*Jorge Emilio Sarghini*

Ministro de Economía  
Provincia de Buenos Aires

# Indice

## Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b>	<b>9</b>
1. COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD	9
2. RESGUARDOS EN LA APLICACION DEL ANALISIS ECONOMICO	9
3. EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA	10
4. ORGANIZACION DEL TRABAJO	11
<b>SINTESIS EJECUTIVA</b>	<b>12</b>
1. DIAGNOSTICO	12
2. PROPUESTA DE REFORMA DEL SISTEMA MEDICO ASISTENCIAL PUBLICO DE BUENOS AIRES	13
<b>CAPITULO 1: LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE                   BUENOS AIRES</b>	<b>18</b>
1. INTRODUCCION	18
2. LA MORFOLOGIA DEL SISTEMA ACTUAL DE SALUD	18
3. LA OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES	20
4. LA ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD PUBLICO EN LA PROVINCIA	24
4.1. EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION Y EL DE LA PROVINCIA DE BUE- NOS AIRES	25
4.2. EL SISTEMA DE ATENCION MEDICA ORGANIZADA (S.A.M.O.)	27
4.3. EL HOSPITAL PUBLICO	29
5. ENTORNO SOCIO-ECONOMICO, DISTRIBUCION REGIONAL DE LA OFERTA Y USO POR REGIONES	30
6. LA FINANCIACION DEL SERVICIO PUBLICO BONAERENSE	38
6.1. LA COPARTICIPACION MUNICIPAL	40
6.2. EL MECANISMO DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA A LOS HOSPITALES PROVINCIALES	43
6.3. LA AUTOGESTION HOSPITALARIA	43
6.4. OTROS RECURSOS	44

7. LA ORGANIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS	44
<b>CAPITULO 2: FUNCIONAMIENTO Y RESULTADOS DEL SECTOR DE SALUD PUBLICA</b>	<b>46</b>
1. INTRODUCCION	46
2. FILTRACIONES	46
3. ACCESO	48
4. EQUIDAD	50
5. CALIDAD	51
6. EFICIENCIA	54
<b>CAPITULO 3: EXPERIENCIA INTERNACIONAL</b>	<b>59</b>
1. INTRODUCCION	59
2. INGLATERRA	59
2.1. ORGANIZACION GENERAL DEL SERVICIO Y EVOLUCION HISTORICA	59
2.2. REFORMAS SELECCIONADAS	60
3. ESPAÑA	65
3.1. ORGANIZACION GENERAL DEL SERVICIO Y EVOLUCION HISTORICA	65
3.2. REFORMAS SELECCIONADAS	67
4. ITALIA	71
4.1. ORGANIZACION GENERAL DEL SERVICIO Y EVOLUCION HISTORICA	71
4.2. REFORMAS SELECCIONADAS	72
5. CHILE	78
5.1. ORGANIZACION GENERAL DEL SERVICIO Y EVOLUCION HISTORICA	78
5.2. REFORMAS SELECCIONADAS	79
6. SINTESIS	81
<b>CAPITULO 4: PROPUESTA DE REFORMA</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>88</b>

## **Introducción**

El propósito de este trabajo es colaborar en el diseño de una estrategia de reforma del sistema médico asistencial público de la enfermedad, de la provincia de Buenos Aires, que incluye los centros de atención primaria y hospitalarias del sector público, dependientes del nivel provincial y del nivel municipal.

Para ello se considera necesario precisar algunos conceptos relacionados con cuestiones que hacen al sistema de salud y que en este trabajo son tratadas como exógenas, con la identificación de ciertos resguardos que se deben considerar al aplicar el análisis económico a los servicios de salud y, finalmente, con la forma en que se articula el sistema médico asistencial provincial, dentro del sistema de servicios de salud vigente en Argentina.

### **1. COMPONENTES DEL SISTEMA DE SALUD**

Hasta la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946, el concepto de salud estaba definido negativamente como “la ausencia de enfermedad”. A partir de esa fecha y mediante el dictado de la Constitución de la OMS, esta definición se transformó en positiva, entendiéndose a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Esto implicó ampliar el concepto de salud al relacionarlo con el medio ambiente, el trabajo, la vivienda, etc.; y, quizás lo más importante, incorporar la necesidad de la prevención, que estaba ausente en la definición primitiva.

En la actualidad es aceptado que la salud de una población está determinada no sólo por la disponibilidad y el funcionamiento de los servicios de salud existentes, sino también por la situación socioeconómica general (condiciones de vida generales imperantes) y demográfica de la sociedad.<sup>1</sup> La conjunción de los tres factores (servicios de salud, situación socioeconómica y demográfica) hacen que el derecho a la salud que todo Estado debe garantizar, conlleva la

---

<sup>1</sup> La situación de demografía es importante porque existen relaciones entre la edad de la población y el tipo de enfermedades que sufre. En una población joven predominan las enfermedades infectocontagiosas, las parasitarias, los problemas derivados de los partos, las enfermedades propias de la niñez, la desnutrición, etc. En una población madura, por el contrario, se presentan enfermedades crónicas, las no transmisibles, los accidentes varios, los suicidios, etc.

conformación de una gran red de servicios que no sólo comprende a los establecimientos asistenciales y a la atención de los enfermos, sino también a la regulación de las condiciones de trabajo, la distribución de alimentos, el saneamiento, la distribución del ingreso, la lucha contra la pobreza, etc. Este trabajo fue realizado, entendiéndose que las cuestiones referentes al ambiente socioeconómico y la demografía, se relacionan con la aplicación de políticas públicas más generales, por eso están considerados como elementos contextuales.

### **2. RESGUARDOS EN LA APLICACION DEL ANALISIS ECONOMICO**

El análisis económico de la provisión de servicios de salud difiere completamente del análisis aplicable a un bien convencional; las principales diferencias tienen que ver con: 1) La naturaleza del bien que se transa; 2) La fuerte presencia de asimetrías informativas, por contraposición al conocimiento perfecto por parte de los oferentes y demandantes; 3) La existencia, en muchos casos, de un número acotado de oferentes; y 4) La gran presencia de externalidades que lleva a que el resultado que surge del mercado pueda no ser el óptimo desde la perspectiva social.

Con relación a la naturaleza del bien, existen tres elementos a resaltar. El primero es que el bien salud puede ser considerado como un “bien multiproducto” que incluye la prevención, las consultas, los análisis, la internación, etc., y es de muy difícil comparación entre los distintos oferentes, atentando así contra un eficaz funcionamiento del mercado. El segundo se relaciona con la propiedad estocástica de la enfermedad, que ha impuesto la necesidad de desarrollar seguros médicos y lleva a mantener cierta capacidad ociosa en los centros de atención (especialmente los que tienen internación). La existencia de sistemas de seguro de salud agrega complejidad en materia de gestión, genera incentivos adversos dentro del comportamiento de los asegurados y aseguradores, y acota la competencia reduciendo el número de oferentes finales en el mercado. Por último, dada la naturaleza de la salud como “bien preferente”; en contraposición a la mayoría de las áreas de la teoría económica donde se supone que los individuos son quienes mejor conocen los bienes que satisfacen sus necesidades, en el caso de los bienes preferentes (la educación y la salud, por

ejemplo) este razonamiento no puede ser aplicado y por ello el Estado está obligado a inculcar valores que están por encima de las preferencias personales.

Por el lado de las asimetrías informativas, estas se presentan en dos niveles. El primero se da entre el médico y el paciente, ya que este último no sabe a ciencia cierta cuál es la asistencia médica que realmente necesita. Este tipo de asimetría informativa puede generar una “demanda inducida”, especialmente cuando los profesionales de la atención sanitaria cobran en función de la cantidad de asistencia que prestan; así, el número de pruebas que realizan y el número de tratamientos aplicados pueden ser superiores a los necesarios. El segundo nivel se da en la relación entre el seguro médico y el usuario, dando lugar a los problemas que se conocen como “riesgo moral” y “selección adversa”.

En cuanto a los problemas derivados de la concentración de la oferta, más allá de lo que sucede en el ámbito del seguro médico e incluso cuando existe un número importante de establecimientos prestacionales que brindan asistencia, su distribución geográfica puede ser desigual llevando a la presencia de “monopolios locales” que permiten al oferente abusar de su poder en una parte del territorio.

Finalmente, por el lado de las externalidades, en el ámbito de la salud existen importantes externalidades positivas en la prestación de servicios de atención primaria en general y de prevención en particular. Por ejemplo, la ausencia de vacunación para enfermedades altamente contagiosas, puede producir efectos muy negativos en la sociedad.

De lo expuesto surge claramente que el mercado de la salud es un mercado altamente imperfecto por lo que es imprescindible la intervención del Estado en términos de regulaciones hacia los oferentes privados, obligatoriedad de contar con un seguro de salud, estandarización de prestaciones, establecimiento de planes básicos que involucren ciertos servicios bien especificados, provisión directa del servicios, etc. Estas formas de intervención deberían tender a lograr los mejores resultados posibles para la salud de la población, en términos de acceso adecuado para los usuarios, equidad en el uso del servicio, calidad de los servicios brindados, eficiencia en la prestación y sostenibilidad del sistema.

### **3. EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD EN ARGENTINA**

Igual que en otros países, el sistema de servicios de salud argentino se divide en tres sectores: seguro

de salud, servicios médico asistenciales y provisión de medicamentos e insumos.

El seguro de salud está conformado por un subsector de obras sociales, que actúa bajo principios de solidaridad típicos del modelo de seguridad social, y otro de seguros privados prepagos. En ambos casos, la responsabilidad de regular y controlar el desempeño del sector corre por cuenta del Estado Nacional.<sup>2</sup>

En cambio, en el sector de servicios médico asistenciales, la responsabilidad provincial es mayor. Este sector tiene un componente privado y otro público. La gestión y el financiamiento de la parte pública fue transferida casi íntegramente a las provincias, luego del proceso de descentralización de la salud y, en el caso específico de la provincia de Buenos Aires, también se ha avanzado significativamente con la municipalización de los centros de menor complejidad, aún cuando ellos continúan formando parte del sistema médico asistencial provincial. A su vez, el nivel provincial tiene injerencia sobre la organización del subsector privado. Por ejemplo, a través de la acreditación de los niveles de complejidad hospitalaria.

El sector de medicamentos prácticamente no fue analizado en este trabajo puesto que sus interacciones con el sector de servicios médicos asistenciales, no son tan significativas como las que se dan entre éste y el de seguro de salud.

Muchos de los cambios que se han registrado a nivel internacional en los sistemas de servicio de salud, han adoptado la redefinición del modelo de salud, pasando por ejemplo de Sistemas de Seguridad Social financiados con contribuciones laborales (modelo de Bismark), a sistemas del tipo Servicio Nacional de Salud financiado con rentas generales (modelo de Beveridge). Ello implica una readecuación simultánea, tanto del sector de servicios médico asistenciales como del sistema de seguro de salud.

El reconocimiento de la organización jurisdiccional del sistema argentino y la necesidad de situar la propuesta de reforma dentro de las variables de control de una de las jurisdicciones que conforma el nivel nacional, induce a descartar este tipo de propuestas. En lo que sigue del trabajo, se tomará como dada a la organización general establecida por el sistema de servicios de salud vigente en Argentina, no porque ésta esté libre de distorsiones, sino porque su corrección excede a las acciones que se pueden llevar adelante desde un gobierno subnacional. Se pondrá énfasis en los cambios a

---

<sup>2</sup> Existen también obras sociales gestionadas por el nivel provincial, pero éstas se encuadran dentro de la política general sobre seguro de salud, establecida por el nivel nacional.



generar en la organización específica del Sistema Público de Servicios Médico Asistenciales de la provincia de Buenos Aires, que permitan contribuir al mejoramiento de los objetivos reseñados, tanto por una mayor eficiencia interna en el uso de sus recursos, como a partir de una mejor interacción con los actores externos, dentro del marco establecido por la normativa nacional.

A modo de ejemplo se mencionan los siguientes campos donde se concentrará el análisis con vistas al desarrollo de la propuesta de reforma: mecanismo de financiamiento de centros asistenciales, esquema de transferencia a los municipios, régimen y remuneración del personal, fortalecimiento administrativo de las unidades prestacionales, mecanismos de articulación entre la atención primaria y la hospitalaria, mecanismos de coordinación con los prestadores privados, descentralización de funciones y responsabilidades hacia municipios y hospitales.

#### **4. ORGANIZACION DEL TRABAJO**

En el Capítulo 1 se describe la oferta de servicios médico asistenciales en la provincia de Buenos Aires y su relación con otros componentes del Sistema Nacional de Servicios de Salud. En el Capítulo 2 se caracteriza el tipo de usuarios de este sistema y se evalúa la posible existencia de problemas de acceso y de filtraciones de personas que no pertenecen al grupo objetivo del mismo. En el Capítulo 3 se presentan experiencias internacionales de reformas del sistema de servicios de salud llevadas adelante por otros países (Inglaterra, España, Italia y Chile). Finalmente, en el Capítulo 4 se expone la propuesta de reforma para el sistema público de atención médico asistencial de la provincia de Buenos Aires.

## Síntesis Ejecutiva

### 1. DIAGNOSTICO

En la provincia de Buenos Aires la participación del sector público en los servicios de atención hospitalaria es fundamental; más del 43% de los 3.825 centros asistenciales ubicados en su jurisdicción, son estatales y sólo 6 de ellos (cuatro con internación y 2 sin internación) pertenecen al nivel nacional.

La provincia de Buenos Aires es la que más ha avanzado en el proceso de descentralización. El nivel municipal opera el 97% de los centros estatales sin internación y el 75% de los centros con internación. Así, del total de establecimientos asistenciales gestionados por el nivel municipal en Argentina, los municipios bonaerenses gestionan el 77% de los establecimientos sin internación y el 92% de los con internación.

Sin embargo, el nivel provincial continúa financiando gran parte de los gastos municipales en salud a través de transferencias a los municipios (el gasto municipal en salud asciende a unos \$530<sup>3</sup> M al año y el 74% del mismo está cubierto con transferencias provinciales). Si bien estas transferencias están ligadas a la producción de los hospitales, las mismas responden a indicadores relativamente rudimentarios (consultas, días de internación, complejidad hospitalaria) y no alcanzan a recrear un esquema de incentivos eficiente (se generan problemas de sobredeclaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobreequipamiento, etc.). Debe mencionarse que el nivel provincial continúa gestionando algunos hospitales locales que podrían ser municipalizados.

A pesar del reducido número de establecimientos gestionados por el nivel provincial, su participación es decisiva, fundamentalmente dentro de los servicios con internación y de alta complejidad. Los centros provinciales son en su mayoría de gran tamaño (50% de las camas disponibles en los centros públicos corresponden a establecimientos provinciales) y los de mayor complejidad del sistema de hospitales públicos. A su vez, muchas de las prestaciones que podrían ser efectuadas en centros de menor complejidad (atención primaria, por ejemplo), continúan siendo provistas dentro de los centros provinciales, incluso dentro de los de más alta complejidad.

Dentro del ámbito de la propia gestión provincial, la provincia se halla dividida en 11 regiones sanitarias.

Sin embargo, el potencial de estas regiones en cuanto a posibilitar una mayor descentralización de los servicios hospitalarios, está subutilizado. La mayor parte de los hospitales provinciales son establecimientos zonales o subzonales, que podrían ser administrados directamente por las regiones, previo fortalecimiento de esa instancia de gestión (dando más atribuciones a los Consejos Zonales de Salud previstos en el S.A.M.O.).

En materia de descentralización hacia los hospitales, se avanzó transformándolos en centros de autogestión. Pero este proceso aún no ha sido dotado de un real sentido operativo. Los recursos de la autogestión hospitalaria constituyen una escasa proporción del financiamiento de los hospitales. En el año 2000 la recuperación de recursos por autogestión hospitalaria (incluida dentro del S.A.M.O.), fue de unos \$53,5 M, que representan sólo el 8,3% del gasto total de los hospitales provinciales. A su vez, las regiones sanitarias funcionan como delegaciones del Ministerio de Salud, con escaso poder de decisión.

Si bien el gasto provincial en salud está orientado a las personas de menores ingresos (más del 50% de las consultas efectuadas en el servicio público corresponden a personas del 1° y 2° quintil de ingreso), existen *filtraciones* de personas que podrían pagar por el servicio (atención de pacientes de ingreso elevado y/o cubiertos por el seguro de salud).

Estas filtraciones, además de presentar costos presupuestarios que deberían ser recuperados, generan problemas de congestión en el sistema público (de acuerdo con la información de la Encuesta de Desarrollo Social de los años 1996-1997, el 32% de las consultas efectuadas en el servicio público, tienen un tiempo de espera superior a 1 hora, en tanto que en el servicio privado este porcentaje se reduce al 13%).

A su vez, se observan problemas de *acceso* para las personas de bajos ingresos. De las personas que habiendo estado enfermas no concurren al médico debido a la falta de dinero, un tercio se encuentran en el 1° quintil; casi el 40% de las que no concurren porque perdían horas de trabajo, se hallan también en dicho quintil.

#### *Causas de los problemas del sistema*

A pesar de los pasos dados en la reforma del sistema médico asistencial público de la provincia, per-

<sup>3</sup> Gasparini L. (2000).

sisten problemas que reducen la equidad, la eficiencia y la calidad de las prestaciones. Estos problemas se relacionan con las siguientes causas:

- Existencia de efectos externos (en particular, los que surgen de la relación con el seguro de salud),
- Fallas de coordinación interna del sistema y
- Debilidad en el esquema de incentivos entre unidades de gestión y adentro de cada una de ellas.

#### Efectos externos

El principal problema de la **interacción con el seguro de salud** es la fuga de recursos hacia personas con cobertura, que termina transformándose en un subsidio a las aseguradoras. Muchas de las prestaciones efectuadas y financiadas por el sistema público, son destinadas a personas con cobertura de seguro de salud (en base a lo relevado por la Encuesta de Desarrollo Social, esto ocurre aproximadamente con el 25% de las consultas y de los análisis). Esto debilita los recursos de la autogestión hospitalaria y produce un desvío de los fondos públicos, que deberían estar destinados a financiar el servicio de las personas sin cobertura ni recursos.

Las causas de este problema se relacionan con la debilidad del sistema de información en el que se apoya el sistema de autogestión hospitalaria (que depende exclusivamente de la declaración voluntaria del paciente), con la falta de conciencia dentro de los hospitales de la importancia de acrecentar estos recursos y también se relaciona con el mal funcionamiento del sistema de seguro de salud. Sobre este último punto se debe decir que los problemas financieros de algunas obras sociales y el reducido espectro de servicios incluidos en algunos contratos del seguro de salud, hacen que el sistema público termine funcionando como co-seguro.

#### Falta de coordinación interna

La **falta de coordinación** interna se traduce en fallas en la asignación de la complejidad del sistema a diferentes tipos de patologías. Ello redundará, por ejemplo, en el debilitamiento de la atención primaria de la salud y en la congestión en los centros de alta complejidad.

En la mayoría de los sistemas del mundo, la atención primaria de la salud es la principal puerta de acceso al sistema. En el caso del sistema bonaerense, la falta de un sistema referencial y de un mecanismo de incentivos que aliente la retención de los pacientes que pueden ser atendidos en este

nivel, llevan a que dicha instancia de atención no cumpla debidamente su rol. Si bien la mayoría de los centros de atención primaria son gestionados por el nivel municipal, los hospitales provinciales continúan prestando este servicio y las personas prefieren concurrir directamente a estos centros. A su vez, los municipios (especialmente aquellos que cuentan con hospitales provinciales dentro de su distrito) no se ven estimulados a fortalecer su sistema de atención primaria, puesto que les es posible sustituirla por prestaciones provinciales. Esta falta de coordinación se exagera con la movilidad geográfica de los pacientes (especialmente dentro del GBA), generando efectos externos entre municipios y entre regiones sanitarias.

#### Esquema de incentivos desfavorable

Existen dos aspectos de importancia en el esquema de incentivos del sistema: el mecanismo de financiamiento de los servicios, que afecta a las relaciones entre las diferentes unidades de gestión, y las regulaciones establecidas desde el nivel provincial, que limitan el funcionamiento interno de cada centro.

En el primer caso, si bien el mecanismo de transferencias hacia los hospitales provinciales y hacia los municipios busca premiar la producción dentro de los centros hospitalarios, éste enfrenta complicaciones para estimular la eficiencia interna; los pagos por producción tienden a motivar sobredeclaración de las prestaciones y también sobreprestaciones (esto es, atenciones innecesarias). También se pierde el potencial que podría tener el mecanismo de financiamiento para motivar un mayor esfuerzo en cada nivel de atención (estableciendo quitas de recursos en función de las derivaciones de pacientes, por ejemplo). En el segundo caso, se puede mencionar como ejemplo el régimen de personal, que se halla excesivamente centralizado con relación al grado de descentralización que tiene el servicio.

## **2. PROPUESTA DE REFORMA DEL SISTEMA MEDICO ASISTENCIAL PUBLICO DE BUENOS AIRES**

El planteo de una reforma del sistema público de atención médico asistencial de la provincia, sin una redefinición simultánea del modelo de salud nacional, es una tarea plagada de restricciones. Elementos que pueden ser endógenos dentro de la reforma del siste-

ma nacional, como la articulación entre otros componentes del sistema de servicios de salud y el sistema público de atención médico asistencial, necesariamente deben ser considerados como restricciones exógenas, al plantear la reforma individual de este último, ya que la esencia de este tipo de relaciones no es una variable de control del gobierno provincial.

A su vez, el sector de servicios de salud es muy sensible en términos sociales, de modo que el manejo de la conflictividad de la reforma es un aspecto crucial en este caso. Plantear una reconversión abrupta del sistema, podría conducir a la paralización del mismo y ello tornaría inviable la iniciativa.

A la luz de estos condicionantes, la propuesta aspira a optimizar el funcionamiento del sistema médico asistencial público, dado el estado de los condicionantes derivados de la actual organización del modelo nacional de salud. A su vez, con ánimo de elevar la gobernabilidad de la misma, dicha reforma es planteada como una secuencia de etapas que, al final del proceso, conduzcan a los objetivos buscados. El armado de una agenda operativa para la reforma, con metas y tiempos a cumplir en cada paso, necesariamente debe estar sustentada en el compromiso de todos o al menos gran parte de los actores involucrados (fundamentalmente municipios y empleados públicos del sector salud). Es así, que este documento, ha sido elaborado sólo con el propósito de proponer una serie de criterios que pueden contribuir a fijar posiciones dentro del diálogo necesario para tal acuerdo.

### *Objetivos*

Los objetivos de la reforma deberían ser: *la obtención de un sistema público de atención médico asistencial que garantice el acceso igualitario a un conjunto de servicios básicos de salud a todos los bonaerenses y que, a la vez, promueva un aprovechamiento eficiente de todos los recursos disponibles, mediante una buena organización interna y con la eliminación de las distorsiones que deterioran su interacción con otros componentes del sistema de salud.*

### *Lineamientos de política*

Dentro de los lineamientos de política requeridos para la obtención de estos objetivos, se deberían considerar los siguientes puntos: a) redoblar la apuesta dentro del curso de acción emprendido durante las

últimas décadas, profundizando la descentralización y la autogestión, para obtener un mejor esquema de gestión, b) dar sentido operativo a la especificación del grupo objetivo a asistir con fondos públicos, dentro del sistema público de atención médico asistencial de la provincia, definido en la normativa del S.A.M.O., fundamentalmente para evitar las superposiciones que hoy se registran con el sistema de seguridad social, c) modificar la estructura de incentivos entre unidades de gestión, a efectos de alcanzar una mayor coordinación espontánea de la oferta, y d) modificar las regulaciones provinciales que afectan el funcionamiento interno de los centros asistenciales, con el propósito de perfeccionar la estructura de incentivos y la eficiencia dentro de cada centro asistencial o unidad de gestión de servicios (normativa sobre selección y reclutamiento del personal, introducción de un sistema de pagos por persona en la lista de pacientes a los médicos abocados a la atención primaria, etc.).

**a) Profundización de las reformas en marcha:** la provincia ya ha avanzado en el proceso de municipalización de las unidades asistenciales y en la autogestión hospitalaria. Los primeros pasos de la reforma deberían orientarse a culminar el proceso de descentralización, completando la municipalización en primer término y posteriormente abordando la descentralización hacia las regiones sanitarias. En este caso, junto con la descentralización de establecimientos, se debe efectuar una reasignación de las responsabilidades sobre los diferentes tramos del servicio e introducir modificaciones dentro del sistema de transferencias de recursos. La profundización de la autogestión hospitalaria requiere que se realicen previamente adecuaciones adicionales dentro del sistema para evitar el desfinanciamiento de los hospitales; este proceso debería ser gradual y quedaría culminado al finalizar la reforma.

**b) Dar sentido operativo a la definición del grupo objetivo actualmente vigente:** es vital para neutralizar parte de las distorsiones que causa la actual organización del sistema de servicios de salud argentino. El sistema de atención médico asistencial de la provincia debe identificar a quienes poseen cobertura del sistema de seguridad social o que poseen recursos para financiarse los servicios, de los que no poseen ningún tipo de protección. Ello es imprescindible para concentrar los escasos recursos financieros del Estado en la atención de este último grupos de personas. En esta propuesta se prevé que el sistema de información que se vaya desarrollando como soporte al funcionamiento del sistema descentralizado, sirva también a este propósito.

**c) Modificar la estructura de incentivos entre unidades de gestión, a efectos de alcanzar una mayor coordinación espontánea de la oferta:** se debe apuntar a establecer mayor coordinación entre niveles de atención (primaria y secundaria) introduciendo un sistema de acceso referencial. Entre los sectores público y privado y en lo referido a la asignación de la complejidad hospitalaria a diferentes patologías, coordinando con la red de asistencia social para reemplazar servicios hospitalarios con servicios domiciliarios, por ejemplo. En el esquema descentralizado, las autoridades municipales pueden cumplir un rol similar al desempeñado por los distritos sanitarios, observado en el análisis de las experiencias a nivel internacional (especialmente en el caso de Italia).

**d) Modificar las regulaciones provinciales que afectan el funcionamiento interno de los centros asistenciales:** uno de los aspectos más relevantes, es el sistema de selección y reclutamiento del personal. Según la experiencia internacional, por lo general se mantiene en el nivel central la determinación de la estructura jerárquica dentro de la carrera hospitalaria, la negociación de la escala salarial y el establecimiento de condiciones mínimas que deben ser cumplidas por los postulantes para su contratación. Mientras que la selección y reclutamiento, es potestad de la conducción de cada unidad descentralizada.

### *Instrumentación*

La instrumentación de la reforma se plantea en tres etapas. En la primera, se completa la municipalización de los centros asistenciales y se perfecciona el sistema de incentivos derivado de la asignación de responsabilidades y del sistema de transferencias municipales. En la segunda etapa, se fortalece el rol de las regiones sanitarias en la gestión del sistema hospitalario. La tercera etapa, se orienta a revertir el esquema de incentivos derivados de la regulación provincial, hacia el funcionamiento interno de las unidades de gestión y a perfeccionar la autogestión hospitalaria.

#### Primera etapa: completar el proceso de municipalización

Ello implica:

- a) culminar con la municipalización de los hospitales locales;
- b) municipalizar la responsabilidad sobre todas las prestaciones del sistema referidas a la atención primaria de la salud, instrumentando un sistema de acceso referencial a los hospitales provinciales;

c) modificar el sistema de financiamiento municipal. i) reformando la coparticipación municipal por salud, pasando a un sistema de transferencias municipales en función de cápitales ponderadas, similar al empleado en Inglaterra, Italia y España; y ii) estableciendo un mecanismo de deducción automática de recursos de estas transferencias en función de las derivaciones efectuadas por cada municipio. Este mecanismo podría funcionar en un primer momento en base a indicadores agregados (consultas, egresos, servicios de diagnóstico). Los recursos retenidos a través de estas deducciones deberían ser transferidos al hospital provincial que halla prestado el servicio.

d) iniciar un programa provincial de fortalecimiento de las redes de atención primaria municipales. Este programa tendría que contar con una serie de pasos, entre los que se pueden mencionar: i) establecer un marco para la contratación de profesionales independientes por parte de los municipios, tendiente a ampliar los recursos humanos destinados a este nivel de atención, ii) establecer directrices en cuanto a la definición del modelo biomédico y en lo referente a la coordinación con otros servicios sociales, iii) prever un régimen especial destinado a la reasignación espacial de profesionales hacia los lugares más carentes de estos (similar al ciclo de destinación de Chile).

#### Segunda etapa: fortalecer el rol de las regiones sanitarias

Esto requiere:

- a) ampliar las funciones de los Consejos Provinciales de Salud. Los cambios propuestos tendientes al fortalecimiento de estos Consejos son: i) otorgarles la potestad de nombrar al Director de cada región y ii) darles poder resolutivo en los aspectos de gestión relacionados con los servicios y programas que funcionen dentro de su jurisdicción. También se les puede asignar la potestad de negociar convenios con las entidades del seguro de salud con relación a las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de dichos sistemas dentro de su jurisdicción.
- b) regionalizar los hospitales zonales y subzonales;
- c) modificar el esquema de financiamiento conforme con la regionalización: se debería lograr un esquema compatible con el de transferencias municipales según cápitales ponderadas, con lo que cada servicio regional debería percibir sus recursos siguiendo el mismo criterio, reemplazándose así las asignaciones presupuestarias de los hospitales comprendidos en la descentralización. También se debería descentralizar en las regiones el mecanismo de deducción por derivaciones (en lo referido a las derivaciones intrarregión) y retener en el nivel central sólo la deducción por

derivaciones entre regiones y desde éstas hacia los hospitales provinciales.

d) descentralizar el mecanismo de selección y reclutamiento del personal hacia cada región. Dentro de la legislación vigente, el régimen de personal previsto en la ley 11.759, permitiría avanzar en este sentido. Dicha ley no se encuentra reglamentada, por lo cual sería necesario emitir el decreto reglamentario para lograr que los empleados adopten ese régimen.

#### Tercera etapa: perfeccionamiento del sistema de autogestión

Los tiempos requeridos por los cambios propuestos en las dos primeras etapas otorgan margen para reemplazar progresivamente el financiamiento presupuestario asignado a los hospitales provinciales. A efectos de completar este proceso, será necesario una precisa identificación del grupo objetivo, destinatario del financiamiento público provincial y el establecimiento de un sistema de relaciones contractuales entre las unidades de gestión. Esto implica:

a) confeccionar padrones de beneficiarios con acceso gratuito al sistema público y modificación de la regla de transferencia a cápitas según padrón. Para ello es necesario i) definir las condiciones de admisibilidad dentro del grupo de beneficiarios (condición de pobreza, de desempleo, etc.). y ii) establecer un sistema de auditoría y de penalizaciones, para evitar filtraciones y otro tipo de falencias en el manejo de los padrones.

b) establecer pautas procompetitivas dentro de la atención primaria municipal: mediante la introduc-

ción de remuneraciones por persona incluida dentro de la lista de pacientes de cada profesional abocado a este tipo de servicio, combinado con la libre elección de profesionales por parte de los pacientes (este sistema es empleado en la mayoría de los países analizados en el capítulo de experiencia internacional).

c) establecer incentivos a las regiones sanitarias para el desarrollo de planes regionales de seguro de salud voluntario, para personas ajenas al grupo objetivo.

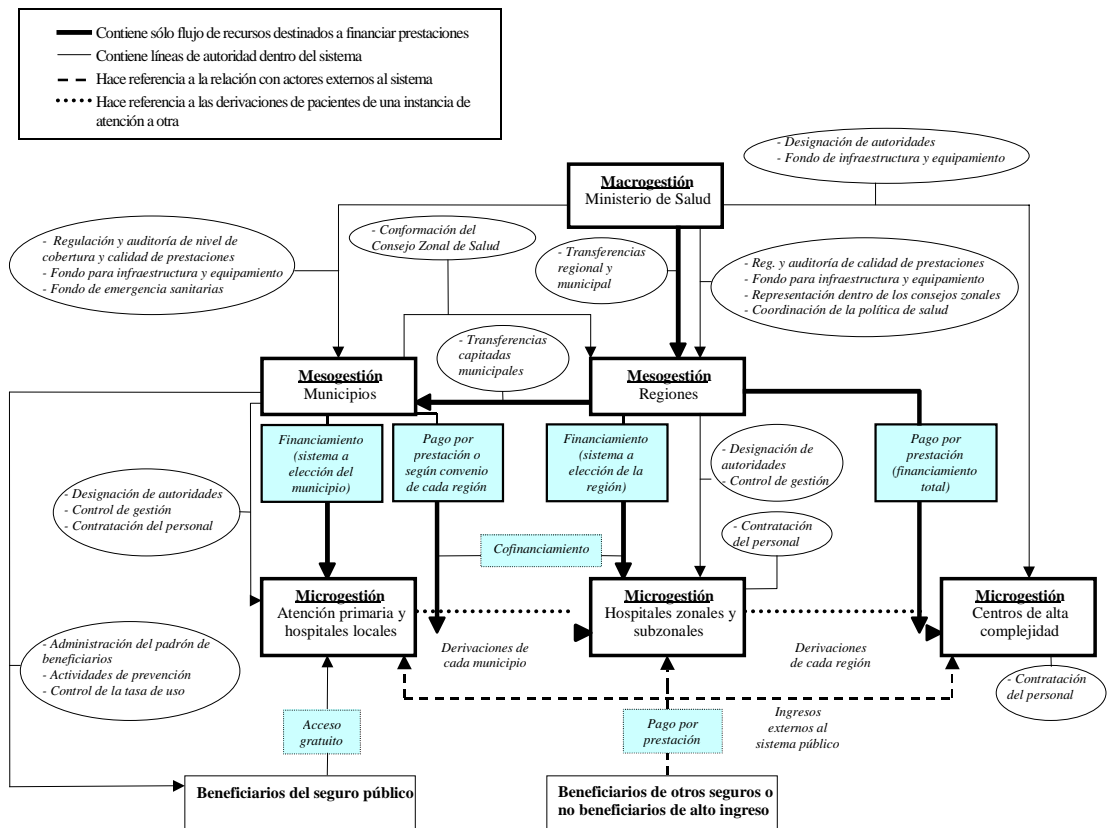
d) descentralizar obligatoriamente las negociaciones contractuales con las entidades del seguro de salud a las regiones sanitarias.

e) introducir contratos por servicio en las derivaciones entre regiones y desde estas hacia los hospitales provinciales, en reemplazo del mecanismo de deducciones por derivación basado en criterios agregados, permitiendo contratos bilaterales que superen un nivel de cobertura básica exigido desde el nivel provincial.

f) eliminar el financiamiento presupuestario de los hospitales provinciales. Estos recursos deberían ser abiertos en tres partes. i) una transferencia a las regiones para fortalecer su capacidad de contratar servicios con los hospitales provinciales; ii) la constitución de un Fondo para Infraestructura y Equipamiento Hospitalario, que permita la realización de transferencias complementarias para financiar proyectos de infraestructura y equipamiento, emprendidos en los municipios, regiones y hospitales provinciales de autogestión; y iii) la constitución de un Fondo para Emergencias Sanitarias.

La organización que alcanzaría el sistema luego de estas reformas, se expone en el siguiente gráfico.

## GRAFICO N° 1 ORGANIZACION DEL SISTEMA LUEGO DE LA REFORMA



Fuente: elaboración propia.

# Capítulo 1

## La oferta de servicios de salud en la Provincia de Buenos Aires

### 1. INTRODUCCION

En este capítulo se analizan las condiciones de oferta del sector de servicios médico asistenciales de la provincia de Buenos Aires, con énfasis en el subsector de efectores públicos. El sector público (Salitas/Centros Barriales y Hospitales públicos) atiende, según la información de los años 1996/1997, más de un tercio del total de las consultas realizadas en la provincia.

Para avanzar en el análisis y a efectos de establecer el marco en el cual se desempeña este sector,

se describirá en forma breve la morfología del sistema nacional de salud y los cambios que ha sufrido en los últimos años. A partir de allí, se describe la oferta de servicios de salud en la provincia, con especial atención al subsector público. En la cuarta sección, se analiza la organización jurisdiccional del sistema provincial. En la quinta sección, se exponen las características regionales del servicio. En la sexta sección, se analiza el esquema de financiamiento, tanto a nivel de la provincia como de los municipios. En la séptima sección, se analiza el régimen de recursos humanos.

**CUADRO N° 1**  
**LUGAR DE REALIZACION DE LA ULTIMA CONSULTA. 1996-1997**

	Total	Porcentaje
Salita/Centro de Salud Barrial	161.898	8,7%
Hospital Público	534.146	28,6%
Establecimiento de OS	470.422	25,2%
Establecimiento Privado	271.278	14,5%
Consultorio Particular	322.552	17,3%
Otro	105.911	5,7%
Ns/Nr	1.173	0,1%
<b>Total</b>	<b>1.867.380</b>	<b>100%</b>

Fuente: calculado en base a la Encuesta de Desarrollo Social (1996-97).

### 2. LA MORFOLOGIA DEL SISTEMA ACTUAL DE SALUD

El sistema de salud argentino puede dividirse a grandes rasgos, en dos sectores que conforman distintos mercados: el de seguros de salud y el de servicios médico-asistenciales.<sup>4</sup>

Un componente del mercado de seguros son las empresas de medicina prepaga que son organizacio-

nes con fines de lucro, de afiliación voluntaria y sin barreras de salida que brindan seguros de salud no solidarios, en el sentido de que estratifican los servicios a recibir en base a la capacidad de pago de los clientes.<sup>5</sup> Bajo esta denominación se agrupa un conjunto amplio y muy diverso de entidades cuya oferta presenta una dispersión de precios y servicios mucho

<sup>4</sup> Un tercer sector es el de medicamentos que no es de menor importancia aunque por escapar a los fines del presente trabajo no se ahondará acerca del mismo.

<sup>5</sup> A pesar de que empezaron con timidez y buena parte de sus clientes son de los estratos más altos (lo cual limita su expansión) poco a poco las empresas de medicina prepaga han empezado a ganar terreno. En la actualidad operan un total aproximado de 196 empresas de las cuales el 58% tiene su base en Capital Federal, el 19% en el resto del Gran Buenos Aires y el 23% en el interior (Tobar, 2001).



mayor que el de las Obras Sociales.<sup>6</sup> Sus usuarios son los afiliados individuales (que acceden a dichos servicios mediante pagos voluntarios), los afiliados corporativos que trabajan en organizaciones que realizan contratos de cobertura colectiva con estas empresas y, por último, los afiliados a obras sociales que realizaron contratos de prestación con las mismas (Tobar, 2001). Estas empresas se financian con las contribuciones voluntarias de los afiliados y el monto que estos pagan depende de dos elementos fundamentales: por un lado, de acuerdo a la calidad y extensión en la utilización del servicio que desee cada usuario (cobertura)<sup>7</sup> y por el otro, de acuerdo a la evaluación que haga la empresa del riesgo del asegurado.

El otro componente de los seguros son las obras sociales (OS), que forman parte del sistema público de seguridad social. Estas constituyen un seguro de salud de contratación obligatoria para los empleados en relación de dependencia, ya sea que estén empleados en el sector público o en el sector privado. Entre las OS se encuentran a nivel nacional las de origen sindical (SMATA, UOM, etc.), de empresas privadas y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, conocido como PAMI, mientras que dentro de las obras sociales de la provincia de Buenos Aires, la más importante es el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA). Los usuarios de las Obras Sociales son los trabajadores titulares en actividad y sus grupos familiares dependientes; los jubilados y pensionados del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados (INSSJP) y en el caso puntual de la provincia de Buenos Aires, los principales beneficiarios del IOMA son los empleados de la administración pública provincial más jubilados y pensionados de la misma, así como su grupo familiar primario. Su fuente principal de ingresos, son los aportes de los afiliados y las contribuciones del empleador.

El sector de seguros de salud es uno de los que más intentos de reformas ha sufrido en los últimos años. Los mismos se iniciaron con el Decreto 9/93 del Poder Ejecutivo Nacional, cuyo propósito principal fue el de establecer la libertad para elegir entre obras sociales.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Estas empresas se agrupan en dos cámaras empresarias: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (representa a las empresas sin servicios propios) (Tobar, 2001).

<sup>7</sup> En general, las personas poseen un seguro voluntario de forma de obtener coberturas que no poseen mediante el seguro involuntario o directamente porque el tipo de trabajos que desarrollan es de tipo "independiente" y no están obligados a poseer un seguro médico.

<sup>8</sup> Con esto se esperaba lograr un aumento de la competencia que redunde en una mejora en la calidad de las prestaciones.

El Decreto preveía su aplicación sobre las entidades conocidas como Obras Sociales Nacionales (en particular los beneficiarios comprendidos en los artículos 8 y 9 de la Ley 23.660), cualquiera sea su origen y naturaleza institucional. En el mismo sentido se orientaron los decretos 292/95 y 492/95 tendientes a la modificación del régimen de seguro obligatorio (establecido por las leyes 23.660 y 23.661), permitiendo la libre elección de la Obra Social para los jubilados e instando a la eliminación de la doble cobertura, obligando a aportar a una única obra social (por la posesión de varios trabajos o por ser familiar directo de un trabajador en relación de dependencia). Sin embargo, debido a la fuerte oposición sindical, la liberalización y la unificación de aportes familiares recién pudo concretarse en 1997, mediante una serie de decretos y resoluciones.<sup>9</sup> La última modificación de importancia en el régimen de obras sociales, se dio con el Decreto 446 del año 2000, que incrementa las posibilidades de optar libremente entre más agentes de salud, permitiendo que los prepagos y otras entidades puedan inscribirse como agentes de salud, con la obligación de brindar las mismas prestaciones y en igualdad de condiciones respecto de las Obras Sociales. En lo que hace a las empresas de medicina prepaga en sí, todavía no está vigente una normativa que regule y monitoree su accionar.

Por otro lado, se encuentra el sector que comprende la prestación de servicios médico-asistenciales y que incluye tanto la capacidad tecnológica instalada, como la prestación de servicios profesionales. Está estructurado a partir de la integración de dos subsectores principales: el privado (clínicas, laboratorios de análisis, profesionales independientes) y el público (en los niveles nacional, provincial y municipal).<sup>10</sup> Las reformas introducidas dentro del sistema público, se basaron principalmente en la transferencia de efectores y la descentralización operativa desde la Nación hacia los niveles provinciales (en la década pasada prácticamente concluyó el proceso de descentralización hacia las provincias iniciado muchos años antes). A partir de esta reforma se establecieron nuevos roles para el Estado Nacional y las provincias. Mientras que al primero se le asignan las funciones de realizar una planificación general, fijar prioridades, regular, coordinar el sistema, asignar recursos nacionales, prestar asistencia técnica, etc.; los Estados provinciales deben asumir la planificación local, la asignación de los recursos, la imple-

---

<sup>9</sup> Estos son los Decretos 1141/96, 1142/96, 1560/96, 84/97 y 206/97 y las Resoluciones del Ministerio de Salud 633/96 y 656/96.

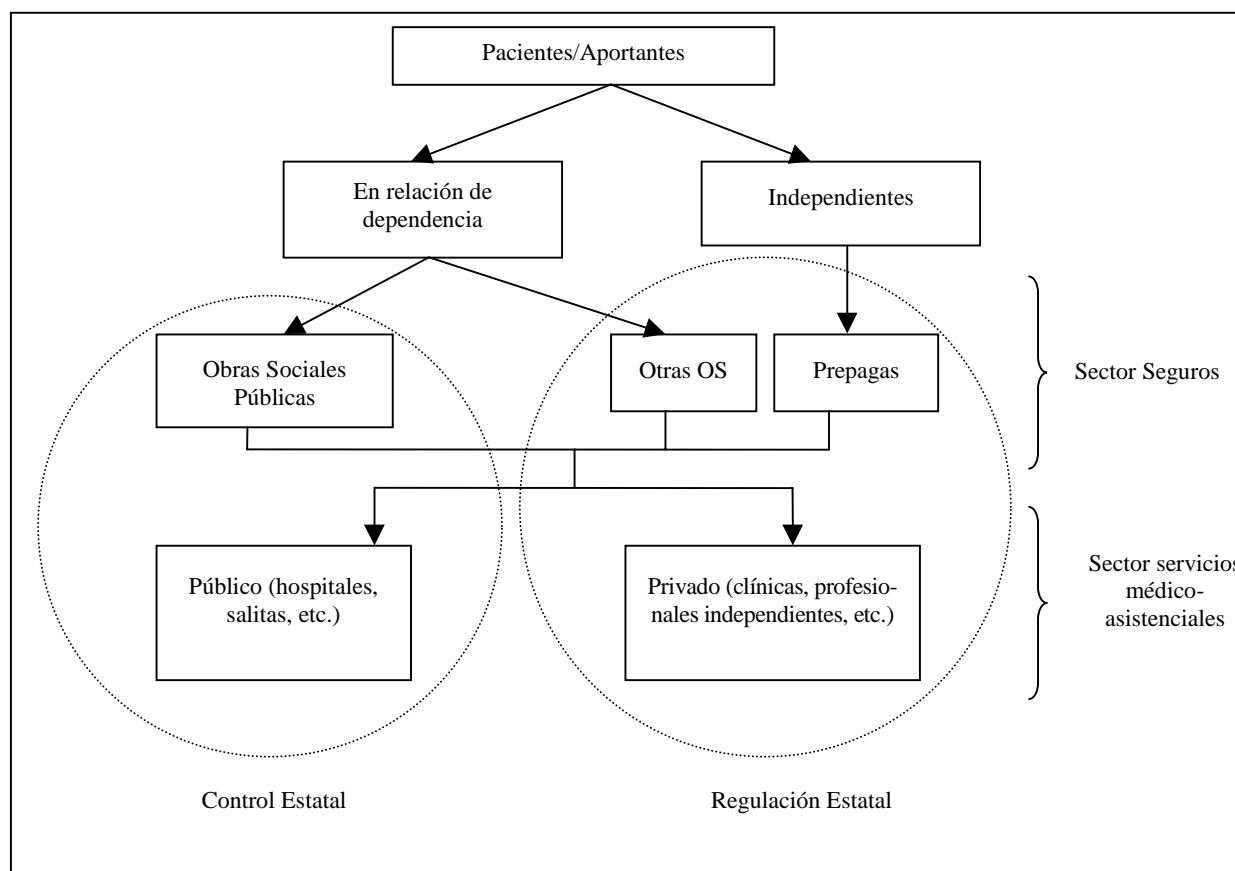
<sup>10</sup> También existen establecimientos asistenciales de obras sociales pero son menos importantes cuantitativamente.

mentación de programas y servicios de salud tanto preventivos como de atención médica y la administración de los establecimientos. En el caso de la provincia de Buenos Aires, también se ha avanzado en la descentralización de estos servicios hacia los municipios; estos poseen el rol de prestar los servicios de salud más básicos (atención primaria) y también poseen fuerte presencia en lo que hace a la provisión de servicios hospitalarios, especialmente dentro de las prestaciones de menor complejidad.

Debe resaltarse que independientemente del rol que

cumple el sector público tanto en la prestación directa de servicios de salud como en la gestión de algunas obras sociales, también le cabe un rol fundamental en la coordinación y regulación del sistema de salud como un todo. Este rol es ejercido en forma conjunta por los tres niveles de gobierno. Así, la regulación de las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepagada, es realizada por la Superintendencia de Seguros de Salud; mientras que el nivel provincial regula la apertura de nuevos centros privados de atención y realiza acciones de fiscalización sanitaria.

**GRAFICO N° 2**  
**MORFOLOGIA DEL SISTEMA DE SALUD**



Fuente: elaboración propia.

### 3. LA OFERTA DE SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En este apartado el objetivo es realizar una descripción agregada del sector de servicios médico-

asistenciales, tanto en términos de los establecimientos como de los recursos humanos que dispone la provincia de Buenos Aires. Para ello se sigue la clasificación anterior, dividiendo al sector en un subsector privado y otro público.

El subsector privado es el primero en importancia cuantitativa por el número de establecimientos, abar-

cando 2.126 entidades con y sin internación, que están agrupadas en FECLIBA, ACLIBA y FABBA, entre otros. Existen cerca de 700 establecimientos asistenciales entre clínicas, mutuales, sanatorios y hospitales, de ellos 545 son con internación y el resto sin internación. Las entidades restantes son centros de diagnóstico y tratamiento, incluyendo laboratorios de análisis clínicos, numerosas unidades de diálisis, etc. La dotación de camas con que cuenta este subsector llega a 22.716, estando ubicadas más del 40% en el Gran Buenos Aires.<sup>11</sup>

El subsector público está conformado por los hospitales públicos nacionales, provinciales y municipales, y las salitas y centros de salud barriales; estos últimos son principalmente de propiedad municipal. En conjunto, cuenta con 1.861 establecimientos y se encuentra por debajo del número de establecimientos del subsector privado, sobre todo en lo que hace a los establecimientos asistenciales con internación. Sin embargo, el subsector público presenta un mayor número de camas (24.360 contra 22.716) debido a que es mayor el tamaño de los establecimientos públicos al de los privados (en promedio, el sector público posee 74 camas por establecimiento con internación, mientras que el sector privado posee 42 camas).

Computando también las camas pertenecientes a las obras sociales y al sector privado, existen aproximadamente 48.000 camas en la provincia lo que implica más de 3,7 camas cada 1.000 habitantes. La

disponibilidad de las mismas supera ampliamente las recomendadas por la OMS: la cifra de camas recomendada por el organismo es de 3 camas por cada 1.000 habitantes para poblaciones superiores a los 100.000 habitantes. Para poblaciones de hasta 30.000 habitantes, aconseja 1 cama cada mil habitantes (Navarro e Israilevich, 1995).

El stock de recursos humanos con que cuenta la provincia para realizar actividades de salud, viene dado por la cantidad de profesionales de la salud, los enfermeros, personal auxiliar, etc. De estos, sólo se cuenta con datos para los profesionales matriculados en la provincia y los enfermeros que pueden desempeñarse tanto en el sector público como en el privado. Así, la provincia tenía en 1997, 38.240 médicos y 9.398 odontólogos matriculados, lo que lleva a un promedio de 2,8 médicos y 0,69 odontólogos por cada mil habitantes. Estas proporciones de profesionales de la salud por habitante son levemente superiores a la media nacional, que son de 2,7 y 0,66, respectivamente. Por otro lado, como se observa en el Cuadro N° 2, este número es considerablemente superior al de otros países de la región, inclusive a América del Norte. También puede observarse que tanto Buenos Aires como Argentina y otros países latinoamericanos, utilizan un menor número de enfermeras. Así, si bien los países avanzados tienden a poseer igual número de médicos cada mil habitantes que Argentina, lo combinan con un mayor número de enfermeras.

**CUADRO N° 2**  
**MEDICOS, ENFERMERAS Y ODONTOLOGOS CADA 1000 HABITANTES**

	Médicos	Enfermeras	Odontólogos
Buenos Aires	2,8 (f)	n/d	0,69 (f)
Argentina	2,7 (b)	0,8 (c)	0,66 (f)
Brasil	1,3 (e)	0,4 (e)	0,9 (e)
Méjico	1,6 (a)	0,9(d)	0,7 (a)
América Latina y el Caribe	1,5 (f)	0,7 (f)	0,5 (f)
América del Norte	2,7 (f)	9,7 (f)	0,6 (f)

Nota: (a) 1990; (b) 1992; (c) 1994; (d) 1995; (e) 1996; (f) 1997.

Fuente: CEPAL, OPS, OMS, Ministerio de Salud de la Nación y Dirección Provincial de Estadística.

Como ya se mencionó, el nivel nacional ejerce hoy en día el rol de coordinador del sistema, ya que la provisión se realiza a través de los niveles subnacionales. Esto queda evidenciado por el casi nulo número de establecimientos asistenciales nacionales que brin-

dan servicios en la provincia de Buenos Aires, y las pocas camas disponibles con relación al total del subsector público (1.516 camas).

De esta manera, la provisión tiene lugar principalmente en el nivel provincial y municipal. La relación entre ambos niveles ha sufrido modificaciones en los últimos años, ya que se ha aplicado una política de municipalización de los establecimientos de menor complejidad (de 41 establecimientos provinciales sin

<sup>11</sup> El sector de Obras Sociales es, como ya se dijo, el más pequeño contando tan sólo con 43 establecimientos de los cuales sólo 15 son con internación y cuentan con 857 camas.

internación que existían en 1995, se pasó a un total de 12 en 1999) y se ha incrementado la oferta provincial de establecimientos de alta tecnología (de 61 establecimientos con internación en 1995, a 71 en 2001). Adicionalmente, los municipios incrementaron la oferta de establecimientos con y sin internación.

La distribución de los distintos tipos de establecimientos entre ambos niveles, también ayuda a comprender la división funcional existente en materia de salud. Así, los municipios son responsables prácticamente de la totalidad de los establecimientos sin internación, lo que muestra su especialización en actividades de menor complejidad (atención primaria, por ejemplo). Además, en lo que hace a los establecimientos con internación (a analizar más en detalle en el próximo apartado), también se observa el mismo fenómeno, dado que el tamaño y la complejidad de los establecimientos provinciales es superior al de los municipales (en los establecimientos provinciales el promedio de camas por establecimiento llega a 183, mientras que a nivel municipal esa cifra es de 39).

La atención de los casos de mayor complejidad involucra también una mayor tecnología que re-

quiere, para ser viable, altas economías de escala, que se refleja en el mayor tamaño de los establecimientos. A su vez el alcance territorial de los servicios de los hospitales de mayor complejidad y tamaño, puede cubrir a varios municipios, por lo cual, desde una perspectiva económica, no sería apropiado que la responsabilidad sobre este tipo de servicios recaiga sobre el nivel municipal.

De esta manera, el proceso de descentralización de establecimientos, implementado hasta el momento, ha conducido a una distribución entre niveles jurisdiccionales, consistente en dos principios económicos sumamente relevantes para la organización de estos servicios: aprovechamiento de economías de escala e internalización de efectos derrame. Más allá de algunas salvedades que se exponen en el capítulo de propuesta de reforma, el sistema provincial se ha estructurado con los municipios asignándoles las facilidades para la atención de la demanda de consultas e internaciones de menor complejidad, para lo cual cuentan con centros de menor tamaño, que están distribuidos por toda la provincia. El nivel provincial opera los centros destinados a la atención de los casos más complejos, que necesitan mayor tecnología.

**CUADRO N° 3**  
**ESTABLECIMIENTOS Y CAMAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

	Sin Internación	Con Internación	Total	Camas
Público*	1.532	329	1.861	24.360
Nacionales	1	4	5	1.516
Provinciales	12	71	83	13.014
Municipales	1.519	254	1.773	9.830
Privados**	1.581	545	2.126	22.716
Obras sociales**	28	15	43	857
<b>TOTAL</b>	<b>3.141</b>	<b>889</b>	<b>4.030</b>	<b>47.933</b>

Nota: \*Año 1999.

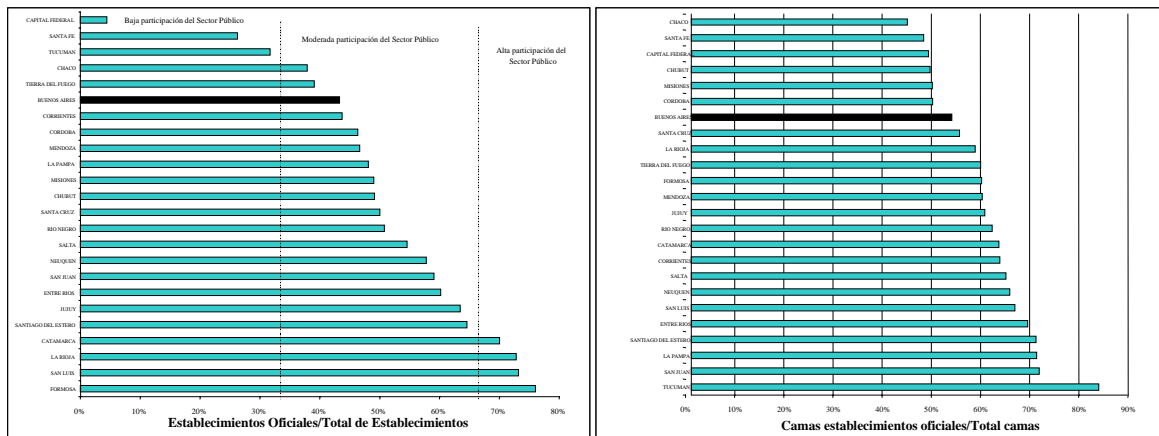
\*\*Año 1995.

Fuente: Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina (1995) y Barbieri y Otros (2001).

Al colocar a la provincia en una perspectiva nacional, se observa que en Buenos Aires la participación del sector oficial en el total de efectores

(43%) y en el total de camas (53%), es relativamente baja respecto de lo que sucede en otras provincias.

### GRAFICO N° 3 PESO DEL SECTOR PUBLICO EN EL TOTAL DE ESTABLECIMIENTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

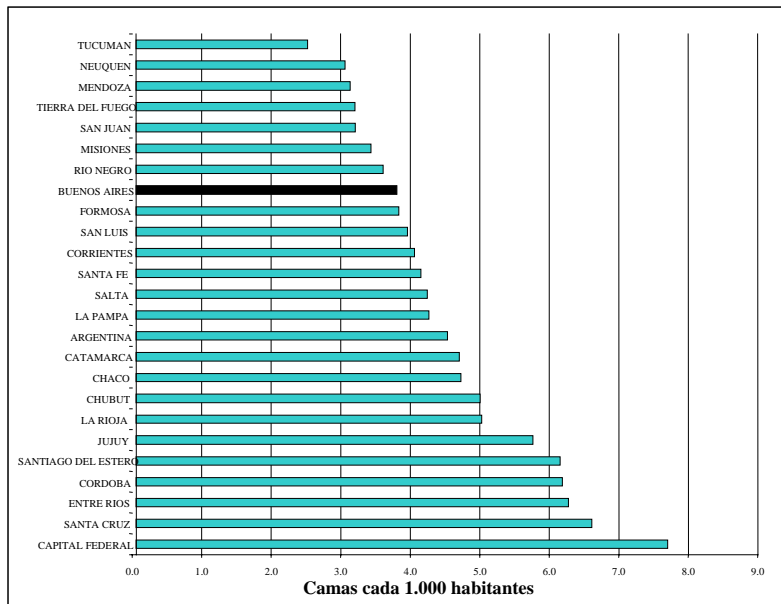


Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (1995).

En cuanto al número de camas cada 1000 habitantes, puede observarse que la provincia se encuentra por debajo del promedio nacional (4,5)

y muy por debajo de la Capital Federal (7,6), Córdoba (6,1) y Santa Fe (4,1), aunque por encima de Mendoza (3,1).

### GRAFICO N° 4 CAMAS CADA 1000 HABITANTES



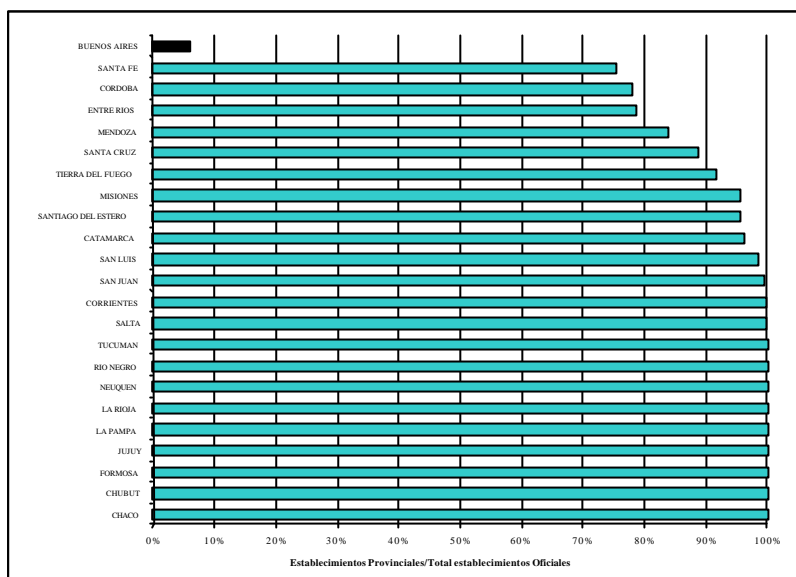
Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (1995).

Debe resaltarse que en la provincia de Buenos Aires existe el mayor grado de descentralización de la salud: sólo el 6% de los establecimientos oficiales están en manos de la provincia y la gran

mayoría corresponde a los municipios, mientras que en el resto de las provincias esa relación no es inferior al 75% e incluso es del 100% en varias provincias.

## GRAFICO N° 5

### DESCENTRALIZACION EN LOS EFECTORES DE SALUD



Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social (1995).

De lo dicho se desprende que la provincia de Buenos Aires se encuentra en una posición relativamente buena en lo que hace a las comparaciones con el resto de las provincias y con otros países de desarrollo similar; según surge de los datos cuantitativos de recursos físicos, de recursos humanos y de descentralización del servicio.

#### 4. LA ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD PUBLICO EN LA PROVINCIA

El Ministerio de Salud de la Nación es la entidad que planifica y fija las prioridades con relación a la provisión de servicios de salud. Este depende del Poder Ejecutivo Nacional que fija en el Presupuesto los recursos que dispondrá para llevar adelante sus actividades.

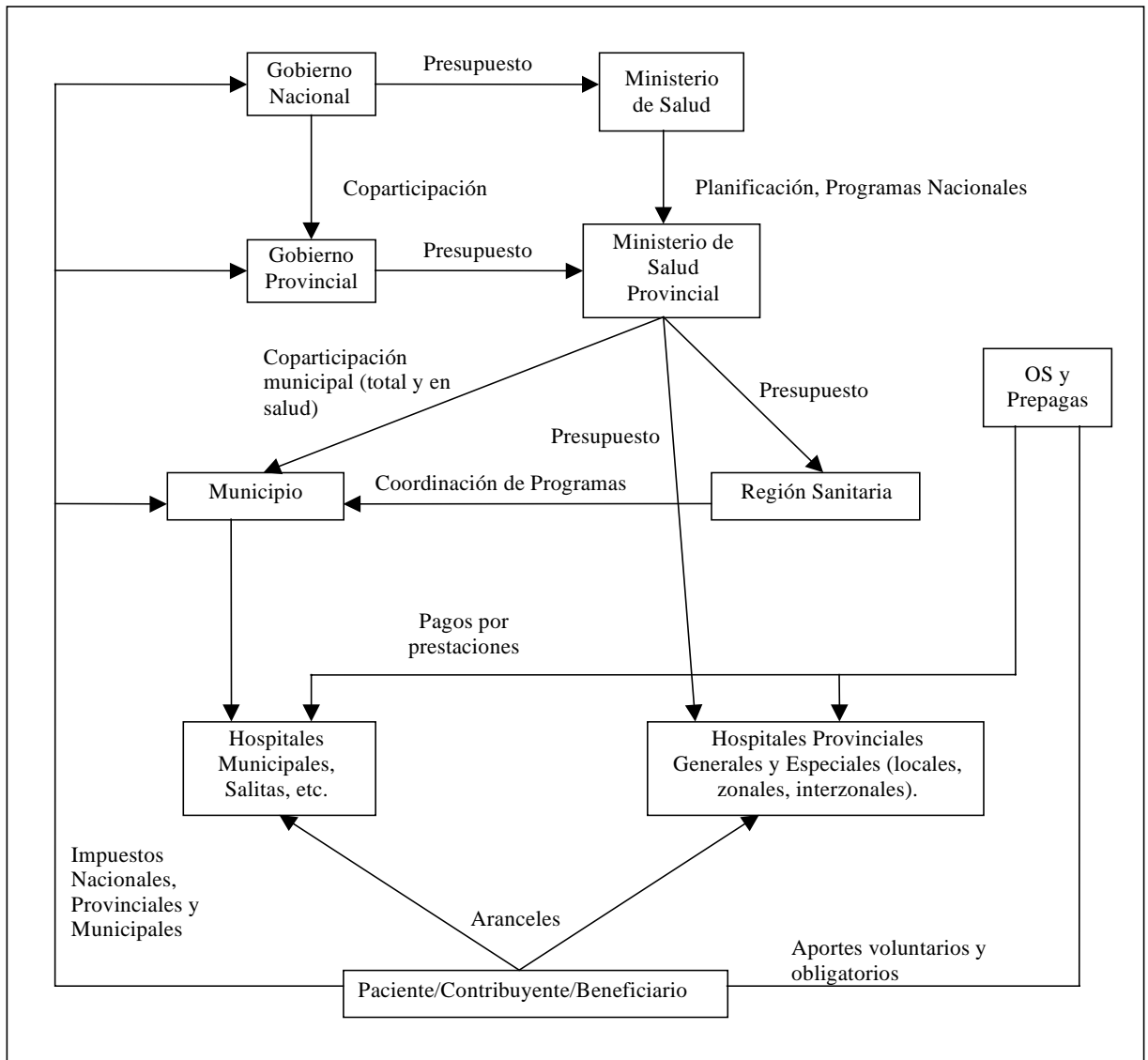
En la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud recibe y aplica las prioridades generales formuladas por la Nación, ejecutando y decidiendo las políticas de salud a aplicar en el ámbito provincial. Este se nutre de los recursos previstos en el presupuesto provincial para llevar adelante sus acciones y es el que encabeza el sistema de salud de la provincia.

Este sistema provincial de salud se estructura en torno de regiones sanitarias que poseen una organización propia y cuentan con los recursos que prevé el presupuesto provincial. Según el espíritu de las normas que las regulan, las regiones son las encargadas de

desarrollar las acciones de salud determinadas por el Ministerio. Dentro de las regiones se encuentran los hospitales provinciales, que poseen mayor complejidad y tamaño que los municipales y, por lo general, su alcance territorial abarca a un conjunto de municipios. El Ministerio de Salud de la provincia también transfiere en forma directa los recursos que requieren los hospitales públicos provinciales. Estos hospitales poseen cierta autonomía a partir del proceso de descentralización que se inició en 1993 con la instrumentación de los hospitales públicos de autogestión; de acuerdo con el esquema vigente, estos están facultados para facturar a los seguros de salud por los servicios brindados a sus asegurados o establecer aranceles a usuarios con capacidad contributiva. Sin embargo, la mayor fuente de financiamiento de estos hospitales corresponde a los aportes presupuestarios que realiza el Estado provincial.

En el último eslabón jurisdiccional del sistema provincial se encuentran los hospitales, las salitas y los centros de salud barriales, que están en el ámbito de los municipios. Los municipios reciben recursos provinciales en concepto de coparticipación en salud, que junto con sus propios recursos y el producido de los servicios hospitalarios, son destinados al financiamiento de estos servicios. Un análisis detallado del esquema de financiamiento del servicio se expone más adelante, y en lo que sigue, se expone en forma sintética la estructura organizativa y el funcionamiento del sistema provincial de salud.

**GRAFICO N° 6**  
**ORGANIZACION ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD PROVINCIAL**



Fuente: elaboración propia.

#### 4.1. EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION Y EL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

El Ministerio de Salud de la Nación se organiza en base a dos Secretarías (de Atención Sanitaria y de Políticas y Regulación Sanitaria) y cinco Subsecretarías (de Atención Primaria de la Salud, de Programas de Prevención y Promoción, de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización, de Coordinación y de Investigación y Tecnología). Este Ministerio, si bien

se limita a la planificación, regulación, fiscalización y coordinación del sistema, lleva adelante algunos programas nacionales que se realizan en coordinación con las provincias, ya sean los que cuenten con financiamiento nacional o que deban ser financiados con recursos provinciales. Entre estos cabe mencionar la Iniciativa Nacional de Estrategia de Atención Primaria de la Salud, cuyo propósito es garantizar el acceso a los servicios de salud en forma equitativa para toda la población del país. El Programa Nacional de Médicos de Cabecera, para establecer estrategias dentro de la atención primaria de la salud que permitan la descen-

tralización y racionalización de los recursos; así como una mayor eficiencia de las acciones de asistencia sanitaria en todo el territorio nacional y el Programa Materno Infantil y de Nutrición (PROMIN), destinado a apoyar la atención de la población de mujeres y niños de mayor riesgo, enfatizando la asistencia en los sectores más pobres y con peores indicadores socio-sanitarios, etc. En todos los casos, el nivel nacional tiene como función principal, establecer los lineamientos y criterios generales, comunes a todas las jurisdicciones, así como el monitoreo de la ejecución y la evaluación de los resultados, y brindar asistencia técnica permanente a las provincias para el diseño y ejecución de los proyectos.

Por su parte, el Ministerio de Salud de la provincia

desarrolla la planificación operativa y puesta en práctica de estas iniciativas, y determina las políticas puntuales a aplicar en materia de salud dentro del ámbito geográfico que le compete, siguiendo los lineamientos y guías de política marcadas por el nivel nacional. Las competencias que le corresponden al Ministerio de Salud de la provincia se delimitan en la Ley 12.355 de Ministerios de diciembre de 1999 (modificada por las Leyes 12.575 y 12.604). Según el artículo 21, le corresponde al Ministro de Salud asistir al Gobernador de la provincia en la determinación de las políticas necesarias para la prevención, recuperación y mantenimiento de la salud psico-física de la población en todos sus niveles y etapas. En el cuadro que sigue se exponen más en detalle sus competencias principales.

#### CUADRO N° 4

##### **PRINCIPALES COMPETENCIAS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA**

- 1) Formular y ejecutar planes, programas y proyectos conforme a las políticas y pautas que fije el Poder Ejecutivo y coordinar su instrumentación con los municipios y otras instituciones;
- 2) Elaborar y definir normas sobre el funcionamiento de servicios y promover programas y actividades de prevención, protección y recuperación de la salud;
- 3) Brindar asesoramiento técnico y/o asistencia financiera a los municipios y otras instituciones públicas o privadas para el desarrollo de programas y el funcionamiento de servicios de salud;
- 4) Administrar los sistemas de información sectorial y regional de estadísticas vitales, epidemiológicas, de recursos y servicios de atención sanitaria;
- 5) Realizar estudios socio-epidemiológicos para determinar la situación y necesidades de salud de la población e identificar los factores causales y de riesgo de enfermedades, evaluar el resultado de la aplicación de programas y demás acciones de salud;
- 6) Proponer políticas, elaborar planes y administrar programas de formación y capacitación del personal que interviene en los temas de salud;
- 7) Proponer políticas, elaborar planes y administrar programas destinados a la atención integral de la salud de los grupos especiales de riesgo, madres, niños, adolescentes, trabajadores, ancianos, personas con capacidades especiales y personas en estado de pobreza, y administrar, coordinar y articular los recursos sanitarios, las actividades y los sistemas de comunicación de las emergencias médicas, accidentes y catástrofes;
- 8) Ejercer el poder de policía sanitaria en el ámbito provincial, en efectores públicos o privados;
- 9) Reglamentar e intervenir en la habilitación, acreditación y fiscalización de los establecimientos asistenciales, laboratorios de análisis clínicos y establecimientos farmacéuticos, como el ejercicio y práctica de la medicina y actividades afines de la atención de la salud, coordinando pautas con la colaboración de las entidades profesionales;
- 10) Planificar el desarrollo de los recursos físicos de la red sanitaria provincial, colaborando en la ejecución de las obras de construcción, ampliación y remodelación de los establecimientos de salud en coordinación con las otras carteras competentes y con los municipios;
- 11) Intervenir en la regulación de las prestaciones de cobertura de riesgos relacionados con la salud por parte de los sistemas públicos o privados que operan en el ámbito provincial, e intervenir en el funcionamiento y administración del Instituto de Obra Médico Asistencial;
- 12) Participar, elaborar y promover campañas de prevención de la salud;
- 13) Intervenir en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas e institutos del Sistema Educativo Provincial, a fin de crear, desarrollar y fomentar la conciencia sanitaria en la población;
- 14) Intervenir en la elaboración de programas materno infantil en la provincia y sus municipios, tendientes a disminuir la mortalidad infantil y en la elaboración de programas de asistencia nutricional y de adecuación y guía alimentaria para la población en general.

Fuente: Ley 12.355 y sus modificatorias 12.575 y 12.604.



## 4.2. EL SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA ORGANIZADA (S.A.M.O.)

El Sistema de Atención Médica Organizada (S.A.M.O.) fue creado mediante el Decreto Ley 8.801 de 1977 y sucesivas leyes lo fueron modificando (Ley 9.423, Ley 10.058). Su misión es proporcionar servicios integrados de medicina preventiva y asistencial, a través de los recursos sanitarios provinciales y municipales, y la coordinación con los demás recursos oficiales y privados y/o efectores de seguridad social. Entre sus finalidades se encuentran las de organizar, programar y administrar la atención médica sanitaria para asegurar a todos los habitantes de la provincia el cuidado integral de la salud, en los niveles de promoción, protección, recuperación y rehabilitación con accesibilidad apropiada a cada necesidad, e integrar racionalmente todos los recursos financieros estatales para la atención de la salud, bajo los lineamientos de centralización normativa y descentralización ejecutiva.

La administración del S.A.M.O. está en jurisdicción del Ministerio de Salud y tiene los siguientes niveles orgánicos: a) Un Consejo Provincial; b) Una Secretaría Ejecutiva; c) Las Administraciones Zonales o Regionales; y d) Las Administraciones Municipales.

El Consejo Provincial es la máxima autoridad de la administración del S.A.M.O. y está presidido por el Ministro de Salud o en su ausencia por el Subsecretario de Salud Pública e integrado por el mencionado Subsecretario, el Subsecretario de Medicina Social, el Subsecretario de Gobierno y el Presidente del Instituto de Obra Médico Asistencial (I.O.M.A.).

Son funciones y atribuciones del Consejo Provincial: a) Proyectar y promover el dictado de las normas necesarias para el cumplimiento de sus finalidades; b) Establecer la nómina de prestaciones o servicios que considere de interés social y, en tal carácter, eximidos del arancelamiento (Ley 10.058); c) Administrar los recursos del Fondo Provincial de Salud (a describir más adelante), con excepción de los que se transfieran a los respectivos municipios y/o a cada establecimiento, en cumplimiento de las distintas posiciones que establece la Ley 8801; d) Aprobar el régimen administrativo-contable para la utilización de los recursos del Fondo Provincial de Salud, según las finalidades de la Ley 8.801 y los destinos que se determinen reglamentariamente.

A estos efectos, el Poder Ejecutivo fija los porcentajes del producido del arancelamiento que deberá destinarse a gastos de funcionamiento, inversión en bienes de capital, retribución adicional de servi-

cios profesionales y bonificaciones especiales (nótese que no existe una completa libertad en el destino de estos fondos percibidos por cada unidad asistencial); e) Determinar la capacidad instalada, complejidad y ámbito geográfico de influencia de los establecimientos que integran el S.A.M.O.; f) Considerar, compatibilizar y elevar al Poder Ejecutivo las estructuras orgánicas y planteles básicos de los niveles y unidades orgánicas correspondientes al S.A.M.O. y designar "ad referendum" del Poder Ejecutivo, al personal para cubrir los cargos previstos en los planteles previamente aprobados.

Las Administraciones Zonales del S.A.M.O. son el nivel ejecutivo y de coordinación del mismo y cuentan con un Coordinador Zonal y un Consejo Zonal de Salud. El primero es la máxima autoridad del S.A.M.O. en las respectivas regiones sanitarias que incorporan como funciones propias la de administración, control y supervisión de los establecimientos que se integren al sistema, según su dependencia. El Consejo Provincial delegará en la Administración Zonal la conducción operativa de los efectores de salud que determine. Por otro lado, los Consejos Zonales de Salud son órganos presididos por el Coordinador Zonal e integrados por todos los Directores de Salud de los Partidos (Municipios) que integran cada región. Las funciones de los Consejos Zonales de Salud son: a) Coordinar la compatibilización de presupuestos y programas de cada municipio tendiendo a la complementación de actividades; y b) Proponer la actualización de los niveles de complejidad y planteles básicos de los establecimientos de la Zona.

Por último, la ejecución y coordinación del sistema en el ámbito municipal está a cargo de un Director de Salud (Administración Municipal). Este Director propone los programas y anteproyectos de presupuesto de su área, ejecuta el presupuesto y las directivas y programas determinados para su área, y conduce las acciones de los establecimientos y servicios que le son asignados.

La regionalización sanitaria de la provincia fue implementada en 1965 mediante la Ley Provincial 7.016, donde se estableció que el Ministerio de Salud fijará los límites de las mismas de acuerdo a<sup>12</sup>: a) Factores geográficos; b) Factores demográficos; c) Factores socio-económicos; d) Medios de comunicación y transportes; e) Equipamiento sanitario; y f) Características sanitarias. En la actualidad existen once regiones sanitarias y a su vez, la región VII se divide en dos subregiones (A y B).

<sup>12</sup> Esta organización en forma de regiones sanitarias también se presenta en muchas de las provincias de Argentina.

A nivel normativo, estas regiones son delegaciones del Ministerio de Salud con idénticas facultades que el nivel central y son responsables de impulsar las líneas programáticas del Ministerio, de acuerdo a la realidad local. Así, el Ministerio de Salud conserva las funciones de planificador, coordinador, supervisor y evaluador de las prestaciones de salud, mientras que acerca al terreno y al nivel de cada región la ejecución (decisión político-técnica) para lograr que las prestaciones estén orientadas a resolver la problemática sanitaria desde la perspectiva local.

A pesar que la norma parece poseer un espíritu descentralizador bastante importante, las atribuciones dadas a las Regiones Sanitarias son limitadas. Más aún, en la práctica, las regiones realizan sólo algunas funciones de capacitación de recursos humanos de los hospitales, centralizan la información de la región para luego transmitirla al nivel central (patologías, rendimientos hospitalarios, etc.), realizan la distribución de algunos medicamentos entre los hospitales de la región, y coordinan ciertos programas con los municipios, pero su rol no explota todo el espacio previsto en las normativas.

Según la OMS constituyen acciones de atención primaria: informar y educar sobre salud, promover la disponibilidad de alimentos y la nutrición adecuada, el agua y la higiene públicas, la salud de la madre y del niño, la inmunización, la prevención y el control de enfermedades endémicas, el tratamiento de enfermedades comunes y lesiones, la provisión de medicamentos esenciales, los alcances del sistema de consultas y la salud de los trabajadores. A partir de esta definición puede observarse que no todas las acciones de atención primaria pueden ser cubiertas por el nivel municipal.

Existen razones económicas (externalidades, economías de escala, etc.) que, al igual que en la distribución del gasto público a los distintos niveles de gobierno, sirven como criterio para dividir los roles. En particular, las campañas de información y educación de la población deben ser desarrolladas y coordinadas por el nivel central, de manera de evitar una multiplicidad de planes municipales. Los programas de inmunización también deben decidirse a nivel central, dado que involucran el control de enfermedades contagiosas, que generan externalidades negativas muy importantes para toda la sociedad. El nivel municipal, entre otras cosas, puede encargarse (y en muchos países efectivamente lo hace) del tratamiento de enfermedades comunes y lesiones, tarea que se realiza mediante los establecimientos asistenciales sin internación, que se encuentran dispersos en los distintos barrios de los municipios.

El nivel secundario de atención tiene que ver con los servicios de internación o de consulta en especialidades que implican el desarrollo de acciones más complejas y también aquellas de máxima complejidad, que se sirven de recursos tecnológicos sofisticados. En este sentido, la atención que involucra la utilización de una tecnología no muy elevada, también puede ser encargada a los municipios que cuentan con establecimientos hospitalarios con internación. En general, existen centros de este tipo dispersos por casi todos los municipios de la provincia, dedicados a la atención de la población del municipio y sólo quedan ocho hospitales, categorizados como hospitales locales, en poder de la provincia. Por otro lado, la atención que involucre la utilización de alta tecnología, se debe proveer fuera del nivel municipal, porque existen importantes economías de escala, cuyo aprovechamiento requiere que tales actividades se realicen en grandes centros y el alcance de los beneficios puede cubrir a más de un municipio. Dentro de la categorización vigente, este sería el caso de los hospitales subzonales, zonales e interzonales.

Así, de acuerdo con la categorización vigente, los servicios de la mayoría de los 71 hospitales provinciales poseen un alcance territorial que cubre a más de un municipio, por lo que no sería apropiado plantear su descentralización hacia ese nivel de gobierno.

De lo expuesto, puede decirse que existe cierta relación entre el nivel de complejidad y el nivel gubernamental que presta ese tipo de servicio. Así, el nivel municipal opera principalmente en la complejidad baja e intermedia a través de los establecimientos sin internación y los hospitales locales, mientras que los hospitales provinciales detentan más altos niveles de complejidad y mayor alcance territorial.

Esta distribución jurisdiccional de centros asistenciales no implica una distribución clara de las responsabilidades por el servicio, entre el nivel municipal y el provincial; ni tampoco se está haciendo uso pleno de las regiones sanitarias como sujetos de la descentralización.

Respecto de lo primero, debe mencionarse que el sistema actual, a pesar de haber asignado la mayor parte de las facilidades destinadas a la atención primaria en el nivel municipal, en la práctica no hace lo propio con la responsabilidad sobre este tipo de servicio. Ello deriva en importantes superposiciones entre los dos niveles, ya que muchas de las consultas de baja complejidad son canalizadas a través de los consultorios externos y de los servicios de guardia de los hospitales provinciales. Esto implica pérdidas de eficiencia técnica en el funcionamiento del sistema hospitalario, puesto que los hospitales que deberían

dedicarse a la atención de alta complejidad también terminan dedicándose a la atención primaria de la salud, acumulando funciones innecesarias.

El fortalecimiento del nivel de atención municipal permitiría retener a los usuarios en ese nivel y haría posible que los establecimientos provinciales se dediquen a atender las demandas de mayor complejidad (Barbieri y otros, 2001). Sin embargo, la falta de una regulación que canalice los accesos a través de los centros municipales (sistema referencial) y de un mecanismo de financiamiento que impute debidamente el costo de las derivaciones, provocan una distorsión en el esquema de incentivos establecido a los municipios que desalienta el esfuerzo encaminado a mejorar la atención en los centros de gestión municipal. En la situación actual, los municipios pueden

derivar a sus pacientes hacia el nivel provincial, economizando costos de atención y sin afrontar por ello una pérdida equiparable de recursos.

Respecto de lo segundo, la subutilización de las regiones como sujetos de la descentralización, debe mencionarse que sólo 21 de los 71 centros provinciales con internación, son categorizados como hospitales interzonales. Exceptuando a los 8 hospitales locales que podrían ser descentralizados al nivel municipal, el resto (hospitales zonales y subzonales), podrían ser descentralizados hacia las regiones sanitarias, previo fortalecimiento de las funciones de los Consejos Zonales de Salud previstos en el S.A.M.O.. De este modo, el nivel provincial podría quedar operando un número reducido de centros de excelencia, cuyos beneficios alcancen a todo el territorio provincial.

### CUADRO N° 5

#### **NIVELES DE COMPLEJIDAD Y DISTRIBUCION DE FUNCIONES ENTRE NIVELES**

Atención primaria	Atención secundaria	Nivel que la provee
Informar y educar sobre salud Disponibilidad de alimentos y nutrición Salud de la madre y del niño Inmunización Prevención y control de enfermedades endémicas Provisión de medicamentos esenciales	Alta complejidad (internación)	Central
Agua e higiene pública Tratamiento de enfermedades comunes y lesiones (baja complejidad)	Complejidad intermedia (internación)	Municipal

Fuente: elaboración propia.

#### 4.3. EL HOSPITAL PUBLICO

El hospital público es el encargado en última instancia de brindar los servicios de salud que la población necesita. Estos hospitales han sido sujetos de un activo proceso descentralizador desde que la Ley 11.072 (del mes de marzo de 1991) facultó al Ministro de Salud de la provincia a ejecutar una reestructuración técnico-administrativa de los hospitales de su jurisdicción y de los que se adhieran, transformándolos en entes descentralizados sin fines de lucro, con participación de los trabajadores del equipo de salud, así como de la comunidad, en su conducción.

En esa Ley se sostiene que los hospitales que se incorporen al proceso de descentralización tendrán como objetivo desarrollar las actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, asegurando la atención sanitaria de la población, para lo cual deberán aumentar la capacidad de gestión y de resolución de acciones sanitarias.

Según el espíritu de la norma, una vez descentralizados, los hospitales pasan a tener un conjunto importante de nuevas responsabilidades de acuerdo a los nuevos roles que deben asumir. Entre las nuevas responsabilidades, cabe mencionar: a) Desarrollar acciones sanitarias de acuerdo con las necesidades de la población de su área de influencia; b) Formular una estructura organizacional de acuerdo con las políticas referenciales establecidas por el Ministerio de Salud; c) Promover estrategias de personal, formulación de planteles y adecuación de estructuras con el fin de su redimensionamiento y reconversión; d) Disponer el manejo de fondos a los efectos de cobros y pagos en relación a presupuestos formulados y aprobados por la autoridad ministerial; e) Favorecer la docencia y la investigación, así como la capacitación permanente del plantel de personal; f) Proponer la incorporación de tecnología; g) Asegurar la eficacia final en las distintas prestaciones, adecuando los costos a los presupuestos estimados; h) Estructurar un mecanis-

mo apto para sistematizar y procesar la atención del paciente y su consecuencia administrativa, en cuanto a procedimientos, producción de información, control de gestión y realización presupuestaria y financiera que permita la identificación de la demanda y el cobro a la Seguridad Social; i) Instrumentar mecanismos que posibiliten el aprovechamiento intensivo de los recursos instalados, incrementando los niveles de producción y calidad de los servicios; y j) Contratar servicios, obras y suministros con arreglo a las leyes pertinentes y normas del Ministerio de Salud.

Para llevar adelante estas responsabilidades, se modificó la estructura organizacional del hospital. El nuevo hospital descentralizado tiene como eje un nivel máximo de conducción que es el Consejo de Administración, integrado por representantes del Ministerio de Salud en forma mayoritaria (cuatro consejeros), de los trabajadores profesionales y no profesionales y de la comunidad (un consejero en representación de cada uno de los anteriores). La presidencia del Consejo es ejercida por uno de los representantes designados por el Ministro de Salud. Este Consejo también tiene como organismo asesor, una Comisión integrada por las instituciones representativas de la comunidad de su área de influencia, que cuenta como mínimo con 5 miembros.

El Consejo de Administración posee importantes atribuciones, entre los que cabe mencionar: a) Ejecutar la política de Salud, conforme a las pautas emanadas del Gobierno Provincial.; b) Dictar la normativa y reglamentos internos del Ente; c) Elevar al Ministerio de Salud el proyecto anual del cálculo de recursos y presupuesto de gastos e inversiones, en tiempo y forma para su aprobación correspondiente;

d) Analizar e informar trimestralmente los estados contables y de producción, de acuerdo con las normas ministeriales de control de gestión; e) Solicitar la aprobación de créditos y transferencias de partidas presupuestarias; f) Presentar anualmente ante el Ministerio de Salud la rendición de cuentas; i) Formalizar convenios con instituciones de derecho público o privado, tendientes a la complementación de servicios asistenciales, "ad-referendum" de su convalidación por el Ministerio de Salud, en las condiciones que fije la reglamentación de la Ley; y j) Someter a consideración del Ministerio de Salud, para su aprobación, los programas operativos del hospital a su cargo.

Además, el Consejo de Administración es el encargado de nominar y remover al Director Ejecutivo del hospital. Sin embargo, la designación y cese del mismo, se efectúa por Resolución Ministerial.

## **5. ENTORNO SOCIO-ECONOMICO, DISTRIBUCION REGIONAL DE LA OFERTA Y USO POR REGIONES**

El sistema provincial de salud está organizado a través de regiones sanitarias. Para una rápida visualización de esta división regional, se presenta un mapa provincial.

En esta sección se expone una serie de indicadores que tienen que ver con el contexto demográfico y socio económico general de cada una de las regiones, con la organización del sistema médico asistencial en cuanto a su disponibilidad de centros asistenciales y de recursos humanos, y con la utilización de los servicios hospitalarios.



**CUADRO N° 6**  
**DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL ENTORNO SOCIO-ECONOMICO**

Región Sanitaria	PIB per cápita ajustado (pesos)	Porcentaje de población con NBI estimada	Índice de desarrollo humano	Densidad de Población	Población total al 30 de junio
	1991	1997	1996	2000	2000
1	7.564	10,7	0,63	16	653.975
2	7.509	11,1	0,58	6	236.120
3	6.712	11,8	0,6	13	250.889
4	6.678	12,5	0,58	38	542.242
5	6.526	19,5	0,52	2.491	3.207.392
6	5.119	19,1	0,51	5.046	3.656.829
7	5.610	16,6	0,54	2.534	3.034.342
8	5.961	14,6	0,56	66	1.087.745
9	8.093	10,5	0,59	5	297.740
10	6.517	10,5	0,58	17	300.733
11	6.990	13,8	0,56	136	936.693

Fuente: Dirección Provincial de Estadística e Informe sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires (1996).

Se seleccionaron tres variables relacionadas con el nivel de vida dentro de cada región: un indicador del nivel de ingresos (el PIB per cápita<sup>13</sup>), un indicador de necesidades básicas insatisfechas (porcentaje de personas con NBI) y un indicador que combina las dos formas anteriores de evaluar calidad de vida (el índice de desarrollo humano). En todos los casos se observa una gran dispersión entre regiones. Al observar el PIB per cápita, se puede notar por ejemplo que la novena región (que abarca partidos como Azul, Bolívar, Laprida, etc.) poseía en el año 1991 un nivel de ingresos 60% superior al de la sexta región (conformada por los Partidos de Almirante Brown, Avellaneda, etc.).

Esto también se puede apreciar al observar la distribución del porcentaje de población con NBI, donde en el Conurbano (regiones 5 y 6) casi el 20% de la población no cubre sus necesidades básicas, mientras que en las regiones 1, 9 y 10 ese porcentaje es casi la mitad. Por otro lado, el índice de desarrollo humano alcanza su valor máximo en la primera región (Bahía Blanca, Coronel Suárez, etc.), siendo que en el conurbano (región 6) su valor es casi un 20% inferior al de aquella región.

También se seleccionaron dos variables demográficas que inciden sobre las posibilidades de organiza-

ción del servicio. La primera de estas variables es el nivel de población: las regiones que comprenden a partidos del Conurbano (5, 6 y 7), deben administrar un sistema que debe cubrir las necesidades de más de 3 millones de personas cada una, en tanto que la población de varias de las regiones del interior no alcanza a los 300.000 habitantes. También se observa una marcada heterogeneidad en cuanto a la densidad demográfica. Esta última alcanza incluso valores superiores a las 5000 personas por kilómetro cuadrado en las regiones más pobladas, mientras que existen regiones con una densidad inferior a 10 personas por kilómetro cuadrado. Por supuesto, las variables presentadas están relacionadas entre sí. Por ejemplo, un mayor PIB per cápita está asociado a un mayor índice de desarrollo humano y un menor porcentaje de personas con NBI. Además, las regiones más pobladas tienden a poseer menor ingreso y desarrollo humano y mayor NBI.

Esta heterogeneidad regional también se observa en los niveles de cobertura del sistema de seguro de salud<sup>14</sup> y en los afiliados a la obra social provincial (el IOMA). Esto último es lógico, ya que depende de la distribución espacial de los empleados públicos.

<sup>13</sup> Dada la información disponible sobre el producto de los diferentes municipios, este es un dato relativamente desactualizado, no obstante puede servir para mostrar diferencias estructurales en términos del grado de desarrollo de las diferentes regiones.

<sup>14</sup> Al igual que lo que sucede con los datos de nivel de ingresos, la información disponible sobre niveles de cobertura por región está significativamente desactualizada (más aún si se consideran los importantes cambios ocurridos en el mercado laboral a partir de 1991), no obstante esta puede ser útil para dar una idea de la estructura regional con relación a este tema.

**CUADRO N° 7**  
**COBERTURA REGIONAL DE SALUD**

Región Sanitaria	Población sin cobertura social (cada/1.000 hab.)	Empleados sin cobertura en salud	Afiliados a IOMA/ población
	1991	1991	1999
1	286	23,0%	14,0%
2	372	31,8%	21,6%
3	335	29,1%	17,8%
4	291	24,7%	13,8%
5	352	30,1%	5,9%
6	525	28,4%	6,9%
7	371	29,5%	5,5%
8	294	26,2%	11,3%
9	333	26,8%	18,9%
10	360	30,4%	19,2%
11	272	21,3%	32,6%
<b>Total provincia</b>	<b>385</b>	<b>28,1%</b>	<b>9,9%</b>

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Dirección Provincial de Estadística.

En las regiones donde existe una mayor proporción de personas sin cobertura del seguro de salud, se puede esperar que las presiones sobre la demanda del sistema médico asistencial del sector público, sean mayores. En las regiones del Conurbano (especialmente en la región 6) se combinan bajos niveles de ingreso, alta tasa de

personas con NBI, alta proporción de personas sin cobertura y gran tamaño poblacional, dando la pauta de mayores dificultades en la prestación del servicio.

El segundo conjunto de datos a evaluar, se refiere a la distribución de acuerdo a las regiones sanitarias de los recursos físicos y humanos.

**CUADRO N° 8**  
**DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD**

Región Sanitaria	Establecimientos hospitalarios con internación provincial	Establecimientos hospitalarios con internación municipal	Establecimientos de OS y privados con internación	Establecimientos asistenciales provinciales sin internación	Establecimientos asistenciales municipales sin internación	Médicos colegiados	Odontólogos	Camas establecimientos asistenciales provinciales	Camas establecimientos asistenciales municipales
	1998	1998	1995	1995	1995	1997	1997	1995	1995
	1	2	38	25	2	112	1.583	445	462
2	1	34	16	0	67	592	161	90	1.170
3	1	16	27	0	45	698	187	178	704
4	3	17	37	0	118	1.236	382	445	903
5	8	20	87	12	237	8.348	1.935	1.298	1.603
6	16	17	118	7	273	8.759	2.006	3.449	587
7	7	22	87	7	187	6.432	1.382	2.337	922
8	3	31	40	2	104	2.856	837	587	1.191
9	7	16	10	0	44	622	181	269	916
10	3	19	23	3	61	696	189	410	564
11	10	17	88	8	109	6.418	1.693	3.862	746

Fuente: Dirección Provincial de Estadística y Ministerio de Salud y Acción Social (1995).

En particular, el sector público nacional no tiene prácticamente injerencias en la prestación de servicios de salud a partir de la fuerte descentralización de funciones hacia los niveles inferiores, iniciada durante la década del '90. De acuerdo con la información correspondiente al año 1998, en toda la provincia existían sólo 4 establecimientos nacionales con 1.516 camas en total (aproximadamente el 6% del total de camas del sector público) y 1 sin internación. De esta manera, la prestación de servicios médico asistenciales del sector público, está mayoritariamente en manos de la provincia y sus municipios.

Al analizar la distribución regional de los recursos físicos y humanos, se observa una marcada heterogeneidad, tanto respecto de la cantidad de profesionales matriculados (médicos y odontólogos) en relación a la población, como respecto de las camas disponibles en el sector público. Es notoria la concentración de profesionales y de facilidades hospitalarias en la región 11, que es donde se encuentra la ciudad de La Plata.

Dicha región también es la que posee mayores niveles de cobertura del seguro de salud y uno de los mayores niveles de concentración de establecimientos privados y de obras sociales.

La dispersión de la oferta hospitalaria entre regiones, es más marcada en el caso de los hospitales provinciales (ver Cuadro N° 8), pero esto tiene su lógica puesto que muchos de estos centros (generalmente los de mayor tamaño) tienen alcance interzonal y se concentran en pocos núcleos urbanos (11 en el Gran Buenos Aires, 6 en La Plata, 2 en Mar del Plata, 1 en Bahía Blanca y 1 en Pergamino).

En el caso de los hospitales municipales, dichos establecimientos están distribuidos en forma relativamente más homogénea que los hospitales provinciales (ver Cuadro N° 8). No obstante, se puede establecer una cierta relación positiva entre la existencia de camas cada 1000 habitantes de este tipo de servicios y el nivel de ingresos de la región, medido a través del PBG per cápita (ver Gráfico N° 8).

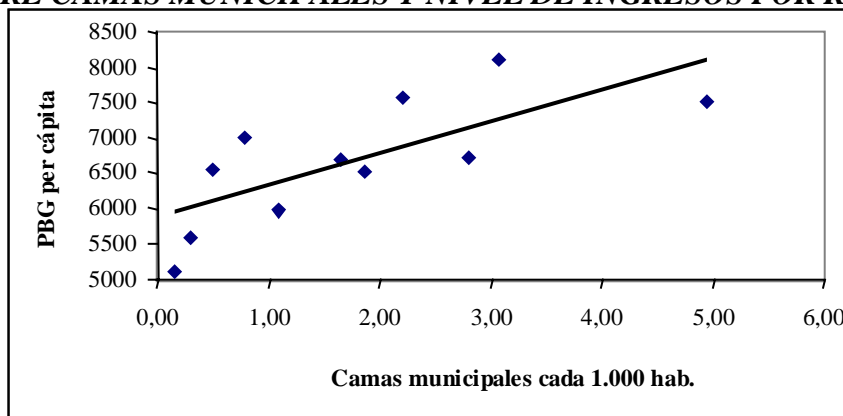
**CUADRO N° 9**  
**DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS RECURSOS DE SALUD**  
**EN RELACION A POBLACION**

Región Sanitaria	Médicos colegiados cada 10.000 hab. 1997	Odontólogos cada 10.000 hab. 1997	Camas en establecimientos asistenciales provinciales cada 1.000 hab. 1995	Camas en establecimientos asistenciales municipales cada 1.000 hab. 1995	Camas del sistema público cada 1.000 hab. 1995
1	24,2	6,8	0,71	2,21	2,92
2	25,1	6,8	0,38	4,96	5,34
3	27,8	7,5	0,71	2,81	3,52
4	22,8	7	0,82	1,67	2,49
5	26	6	0,4	0,5	0,9
6	24	5,5	0,94	0,16	1,1
7	21,2	4,6	0,77	0,3	1,07
8	26,3	7,7	0,54	1,09	1,63
9	20,9	6,1	0,9	3,08	3,98
10	23,1	6,3	1,36	1,88	3,24
11	68,5	18,1	4,12	0,8	4,92
Promedio	28,2	7,5	1,1	1,8	2,8
Desvío	13,5	3,6	1,1	1,4	1,5

Fuente: elaboración propia en base a datos de Dirección Provincial de Estadística.



**GRAFICO N° 8**  
**RELACION ENTRE CAMAS MUNICIPALES Y NIVEL DE INGRESOS POR REGIONES**



Fuente: elaboración propia en base a datos de Dirección Provincial de Estadística.

El tercer conjunto de datos a considerar, se refiere a los indicadores de uso de los hospitales públicos. En

el cuadro que sigue se exponen las variables de uso o demanda.

**CUADRO N° 10**  
**DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA DEMANDA**

Región Sanitaria	Consultas en dependencia provincial 1998	Consultas en dependencia municipal 1998	Egresos hospitalarios en dependencia provincial 1998	Egresos hospitalarios en dependencia municipal 1998	Participación de la dependencia provincial en el total de consultas	Participación de la dependencia provincial en el total de egresos
1	210.682	1.017.530	11.762	26.561	17%	31%
2	81.148	602.217	3.291	20.271	12%	14%
3	138.003	452.394	5.883	12.172	23%	33%
4	376.144	920.316	16.756	23.756	29%	41%
5	1.732.392	6.000.396	58.357	69.634	22%	46%
6	3.194.490	5.287.617	109.912	10.359	38%	91%
7	1.464.656	4.099.499	59.958	47.643	26%	56%
8	543.619	1.810.989	23.435	33.803	23%	41%
9	186.761	635.476	5.633	19.318	23%	23%
10	302.471	491.602	10.685	12.573	38%	46%
11	1.914.279	1.518.776	58.225	16.814	56%	78%
Total	10.144.645	22.836.812	363.897	292.904	31%	55%
Máximo	3.194.490	6.000.396	109.912	69.634	56%	91%
Mínimo	81.148	452.394	3.291	10.359	12%	14%
Promedio	922.240	2.076.074	33.082	26.628	28%	45%

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Dirección Provincial de Estadística.

Se observa que la mayor parte de las consultas, se hacen a nivel del municipio (69%) y la mayor parte de los egresos (esto es, prestaciones con internación), se

efectúan en el nivel provincial (55%). Esto es consistente con la distribución de facilidades entre niveles jurisdiccionales, donde los municipios poseen

la mayor parte de las facilidades destinadas a la atención de menor complejidad. Sin embargo, una participación en las consultas del orden del 31% por los hospitales provinciales resulta aún elevada, lo que serviría para mostrar que los hospitales provinciales también atienden consultas de baja complejidad, que deberían canalizarse mediante los municipios (Barbieri y otros, 2001).

La mayor proporción de consultas en dependencia provincial, se da en las regiones 6, 10 y 11 y sucede lo propio con los egresos.

Al observar los niveles de actividad con relación a los habitantes de cada región, se encuentran niveles muy heterogéneos de utilización del servicio tanto dentro de las consultas, como dentro de los egresos.

**CUADRO N° 11**  
**CONSULTAS Y EGRESOS PER CAPITA SEGUN DEPENDENCIA Y REGIONES**

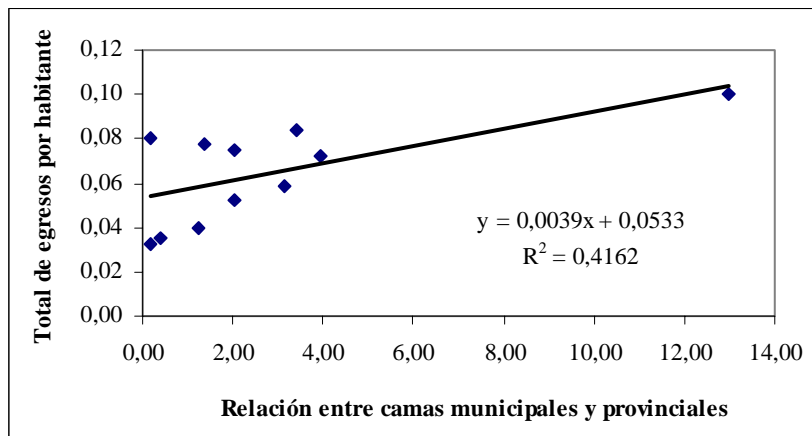
Región Sanitaria	Consultas en dependencia provincial 1998	Consultas en dependencia municipal 1998	Consultas en cualquier dependencia 1998	Egresos en dependencia provincial 1998	Egresos en dependencia municipal 1998	Egresos en cualquier dependencia 1998
1	0,32	1,56	1,88	0,02	0,04	0,06
2	0,34	2,55	2,89	0,01	0,09	0,1
3	0,55	1,8	2,35	0,02	0,05	0,07
4	0,69	1,7	2,39	0,03	0,04	0,07
5	0,54	1,87	2,41	0,02	0,02	0,04
6	0,87	1,45	2,32	0,03	0	0,03
7	0,48	1,35	1,83	0,02	0,02	0,04
8	0,5	1,66	2,16	0,02	0,03	0,05
9	0,63	2,13	2,76	0,02	0,06	0,08
10	1,01	1,63	2,64	0,04	0,04	0,08
11	2,04	1,62	3,67	0,06	0,02	0,08
Máximo	2,04	2,55	3,67	0,06	0,09	0,1
Mínimo	0,32	1,35	1,83	0,01	0	0,03
Promedio	0,73	1,76	2,48	0,03	0,04	0,06
Desvío estándar	0,48	0,34	0,51	0,01	0,02	0,02
Coefficiente de variación	0,67	0,19	0,21	0,51	0,63	0,34

Fuente: elaboración propia en base a datos de Dirección Provincial de Estadística.

Un hecho llamativo es la presencia de una asociación positiva entre la importancia de los prestadores municipales, medida como la relación entre camas municipales y camas provinciales dentro de cada región, y el nivel de utilización del servicio, medido como la cantidad de egresos por habitante dentro de cada región (ver Gráfico N° 9). Esto puede reflejar la existencia de una demanda insatis-

fecha en algunos distritos. Sin embargo, dicho comportamiento también puede ser generado por distorsiones dentro del sistema de transferencias a los municipios. Como se expone más adelante, estas transferencias dependen del nivel de actividad dentro de los hospitales municipales, restando incentivos tendientes a un adecuado control de la tasa de uso.

**GRAFICO N° 9**  
**RELACION ENTRE CAMAS MUNICIPALES Y TOTAL DE EGRESOS POR REGIONES**



Fuente: elaboración propia en base a datos de Dirección Provincial de Estadística.

Otras variables a observar son los niveles ocupacionales de los hospitales y la rotación de los pacientes (medida por la cantidad de días por estadía). El porcentaje ocupacional, por lo general, es mayor en hospitales provinciales que en hospitales municipales; en cambio, en la duración de las estadías no se observa un patrón tan marcado. En el caso de los hospitales de dependencia provincial, los mayores porcentajes se encuentran en los municipios de la costa y el centro de la provincia (región

8), en el sur oeste de la provincia (región 1) y en los partidos del Gran Buenos Aires (regiones 6 y 7). En hospitales municipales, los mayores porcentajes se encuentran en los partidos del norte de la provincia (región 5), en la costa y el centro de la provincia (región 8), en el centro y oeste de la provincia (regiones 9 y 2, respectivamente). Sólo la región 8 muestra elevados porcentajes ocupacionales, tanto en dependencia municipal como provincial (ver Cuadro N° 12).

**CUADRO N° 12**  
**OCUPACION Y ESTADIA PER CAPITA SEGUN DEPENDENCIA Y REGIONES**

Región Sanitaria	Porcentaje ocupacional en dependencia provincial	Porcentaje ocupacional en dependencia municipal	Promedio días de estadía en dependencia provincial	Promedio días de estadía en dependencia municipal
	1998	1998	1998	1998
1	84,8	58,1	100,2	14
2	57,9	66,3	5,7	21,8
3	74,6	52,3	6,8	10,4
4	71,4	57,3	6,2	8,2
5	72,9	70,5	6,4	6,5
6	81,6	59,2	11,9	4,6
7	81,6	61,2	18,1	5,3
8	92,8	69	81,3	40,5
9	74,2	67	131,5	12
10	54,1	58,3	4,9	5,8
11	69,4	55,8	17,2	9,4
Máximo	92,8	70,5	131,5	40,5
Mínimo	54,1	52,3	4,9	4,6
Promedio	74,1	61,4	35,5	12,6

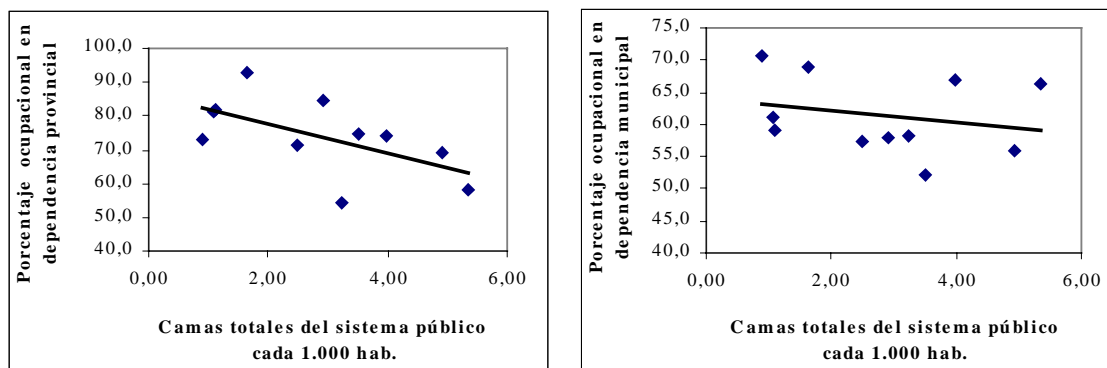
Fuente: elaboración propia en base a datos de Dirección Provincial de Estadística.

Debe destacarse que los porcentajes ocupacionales en dependencia provincial, muestran cierta relación negativa con la disponibilidad de camas

totales del sistema público, en tanto que para los hospitales de dependencia municipal, tal relación se desvanece.

### GRAFICO N° 10

#### RELACION ENTRE CAMAS MUNICIPALES Y OCUPACION POR REGIONES



Fuente: elaboración propia en base a datos de Dirección Provincial de Estadística.

En el caso de la duración de las estadías se observa una heterogeneidad entre regiones mucho más marcada en el caso de los centros de dependencia provincial, especialmente debido al tipo de servicios que prestan estos centros. Debe destacarse que la duración de las estadías es mucho más elevada que la registrada a nivel internacional, especialmente para el caso de los hospitales de dependencia provincial; en base a datos de la Organización Mundial de la Salud,<sup>15</sup> considerando una muestra compuesta por 13 países europeos (Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Italia, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido), la duración promedio de las estadías se ubica en 6,8 días, con un mínimo de 4,7 días en el caso de Finlandia y un máximo de 11 días en el caso de Alemania. En la provincia de Buenos Aires, ésta asciende a 35,5 días en los hospitales de dependencia provincial y 12,6 días en los de dependencia municipal.

## 6. LA FINANCIACION DEL SERVICIO PUBLICO BONAERENSE

El servicio de salud en la provincia, que se brinda por los hospitales municipales o provinciales,

se financia con la coparticipación recibida del nivel nacional, los recursos propios de la provincia o el municipio, los cobros realizados por la autogestión hospitalaria y los recursos recaudados por las cooperadoras.

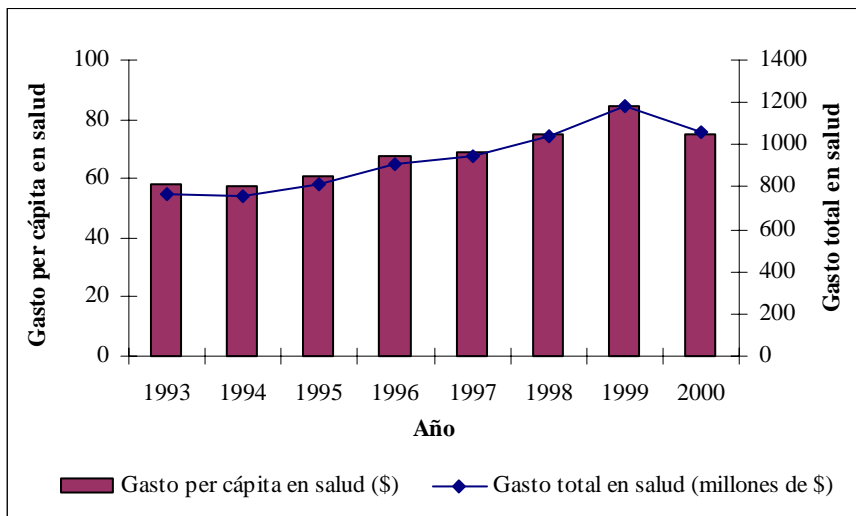
La mayor parte del financiamiento de los servicios de salud en la provincia de Buenos Aires, se hace vía rentas generales; esto es, con el producido de la recaudación de los impuestos municipales, provinciales y nacionales.

La Nación coparticipa parte de lo recaudado a las provincias, las que poseen libre disponibilidad de los fondos recibidos. La provincia complementa estos recursos con la recaudación de impuestos propios y los distribuye a los municipios según las distintas funciones que realizan (educación, salud, justicia, etc.).

El gasto total en salud del nivel provincial, se incrementó en un 40% entre 1993 y 2000; mientras que el gasto per cápita lo hizo en un 28%. Buenos Aires se encuentra así en un punto intermedio entre aquellas provincias que incluso experimentaron variaciones negativas en este tipo de gasto (como Córdoba y San Luis), y aquellas que evidenciaron un gran aumento (como La Rioja y Santa Cruz).

<sup>15</sup> Fuente: Health Care Systems in transition. European Observatory on Health Care Systems. Reporte sobre España, tabla 10 Pg 81. Página web del European Observatory on Health Care Systems.

**GRAFICO N° 11**  
**BUENOS AIRES: EVOLUCION DEL GASTO TOTAL Y PER CAPITA EN SALUD**

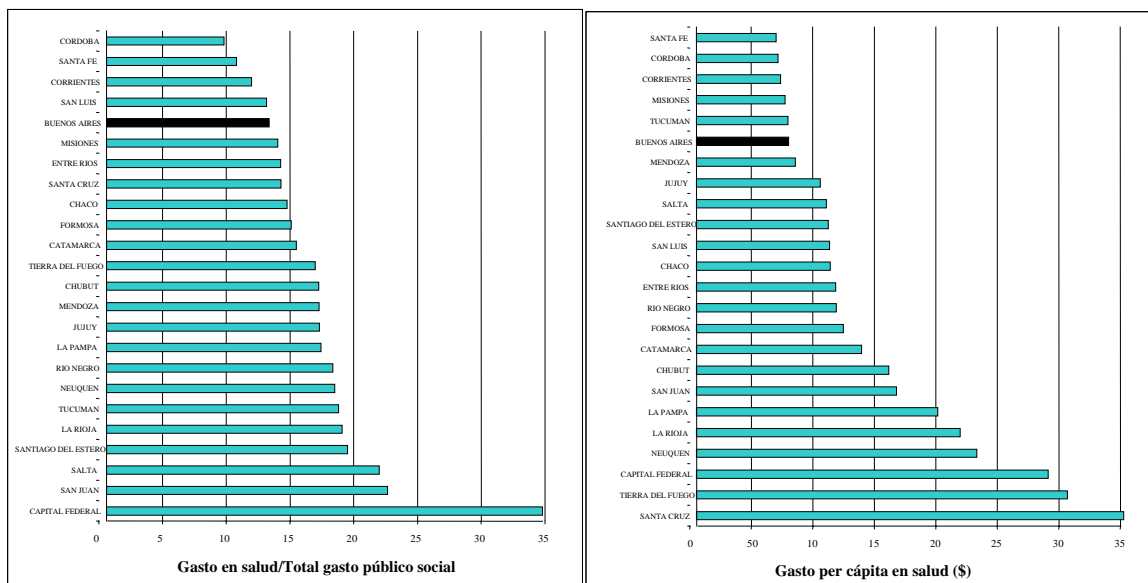


Fuente: Dirección de Gastos Sociales Consolidados (2000).

La provincia de Buenos Aires es una de las que menor proporción de su gasto social destina a la salud y también posee un relativamente bajo gasto per cápita. Estas cifras son compatibles con las evidenciadas por las otras provincias grandes como Santa Fe, Córdoba y Mendoza, pero se encuentran por debajo de los niveles de las provincias media-

nas y pequeñas. Esto no es de extrañar ya que las provincias grandes aprovechan mejor las economías de escala en la provisión del servicio. Además, debe tenerse en cuenta que en la provincia de Buenos Aires una parte importante del gasto en salud, es realizado por los municipios debido al alto grado de descentralización existente.

**GRAFICO N° 12**  
**GASTO EN SALUD Y GASTO SOCIAL. AÑO 2000**  
**GASTO PER CAPITA EN SALUD. AÑO 2000**



Fuente: Dirección de Gastos Sociales Consolidados (2000).

El financiamiento del sistema médico asistencial del sector público, se efectúa a través de dos mecanismos: las transferencias a los municipios (coparticipación por salud) y los aportes presupuestarios a los hospitales de dependencia provincial. Los hospitales también poseen fuentes de recursos adicionales: una derivada de la autogestión hospitalaria y otra, de menor importancia, originada en la actividad de la cooperadora de cada hospital.

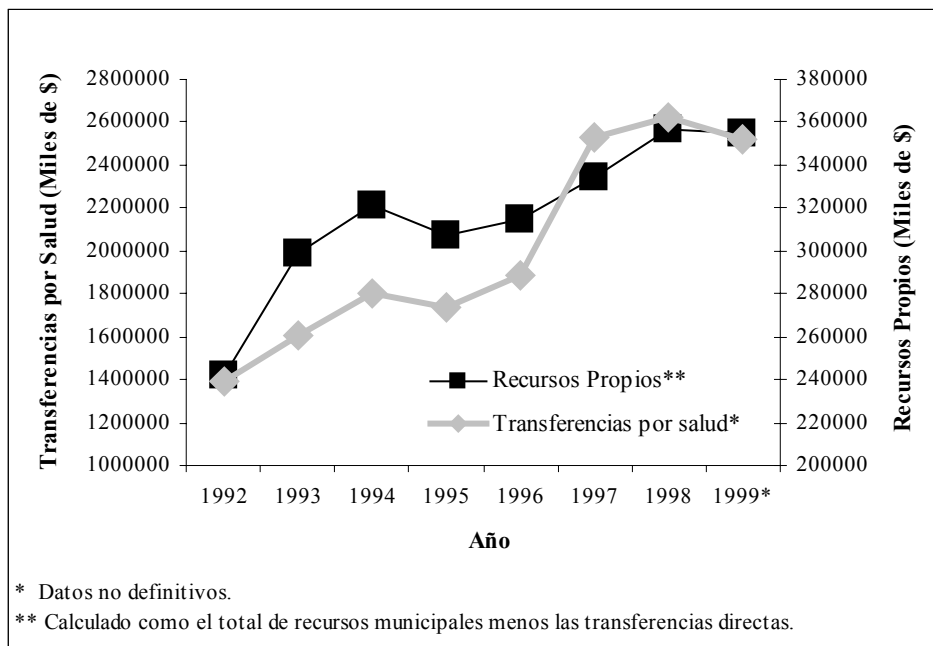
## 6.1. LA COPARTICIPACION MUNICIPAL

El sistema de distribución de recursos a los municipios de la provincia de Buenos Aires está regido por la ley 10.559/87 (y su modificatoria 10.752/88), que establece que los mismos recibirán el 16,14%<sup>16</sup> de lo

percibido por la Coparticipación Federal de Impuestos, más lo recaudado por los impuestos provinciales: Ingresos Brutos, Impuesto Inmobiliario, Impuesto a los Automotores, Impuesto a los Sellos y Tasas Retributivas de Servicios. El total resultante de la aplicación de dicho porcentaje, es distribuido de la siguiente manera:

- Un 58% en proporción directa a la población y a la superficie del municipio, e indirecta a la capacidad tributaria per cápita del mismo.
- Un 5% entre las municipalidades que tienen servicios o funciones transferidas por aplicación del Decreto-Ley 9.347/79 y sus modificatorias, excepto del sector salud pública.
- Un 37%<sup>17</sup> entre las municipalidades que posean establecimientos oficiales para la atención de la salud -con o sin internación-.<sup>18</sup>

**GRAFICO N° 13**  
**RECURSOS PROPIOS MUNICIPALES Y COPARTICIPACION EN SALUD**



Fuente: elaboración propia en base a Subsecretaría de Política y Coordinación Fiscal.

<sup>16</sup> Según el texto original de la ley 10.559 este porcentaje era 14,14%.

<sup>17</sup> En el texto original era un 35% - y 60% el primero -.

<sup>18</sup> En 1995 el único municipio que no tenía ningún establecimiento asistencial municipal era Las Flores (Fuente: Guía de Establecimientos asistenciales de la República Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social, 1995).

La Ley N° 10.820/89 establece los parámetros con que se distribuye el 37% correspondiente a los municipios que cuentan con establecimientos oficiales para la atención de la salud, y ellos son:

- 35%: en proporción directa al producto resultante de computar el número de camas disponibles (en condiciones de uso para pacientes internados), el perfil de complejidad<sup>19</sup> y el porcentaje ocupacional de camas<sup>20</sup> de los establecimientos con internación de cada partido.
- 25%: en proporción directa al número de consultas médicas (a pacientes ambulatorios) registradas en los establecimientos municipales oficiales – con o sin internación- de cada partido.
- 10%: en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación de cada partido (por alta o defunción).
- 20%: en proporción directa al número de pacientes-días<sup>21</sup> registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- 10%: en forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido.

En particular, la fórmula utilizada es la siguiente:

$$CS_i = 0,35 \left[ \frac{NC_i PC_i PO_i}{\sum_{i=1}^n (NC_i PC_i PO_i)} \right] + 0,25 \frac{CON_i}{\sum_{i=1}^n CON_i} + 0,1 \frac{NE_i}{\sum_{i=1}^n NE_i} + 0,2 \frac{SB_i}{\sum_{i=1}^n SB_i} + 0,1 \frac{ESI_i}{\sum_{i=1}^n ESI_i} \quad (1)$$

<sup>19</sup> Determinado por el Ministerio de Salud para cada establecimiento en función de sus características y de los servicios para cuya prestación resulta apto.

<sup>20</sup> Es el porcentaje de camas disponibles que en promedio estuvieron ocupadas durante un período. Se obtiene dividiendo el número total de paciente-día del período por el total de días-cama disponibles (días en que las camas se mantienen a disposición para su uso) del período.

<sup>21</sup> Paciente-día: es el conjunto de servicios brindados a un paciente internado entre las 00.00 y las 24.00 hs. de un día censal.

$$\text{Con: } PO_i = \frac{\sum_{j=1}^m DI_j}{\sum_{k=1}^K D_k}$$

Donde:  $CS_i$  = Coeficiente de distribución secundaria del municipio  $i$ .

$NC_i$  = número de camas disponibles en establecimientos oficiales de salud en el Municipio  $i$ .

$PC_i$  = Perfil de complejidad.

$PO_i$  = porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación del partido  $i$ .

$DI_j$  = cantidad de días que el paciente  $j$  permaneció internado.

$J$  = cantidad de pacientes que estuvieron internados en establecimientos asistenciales pertenecientes al municipio  $i$ .

$D_k$  = cantidad de días en que la cama  $k$  estuvo disponible.

$K$  = cantidad de camas que han estado disponibles en los establecimientos oficiales de salud del municipio  $i$ .

$n$  = número de municipios que tienen establecimientos oficiales de salud.

$CON_i$  = cantidad de consultas médicas registradas en los establecimientos asistenciales del municipio  $i$ .

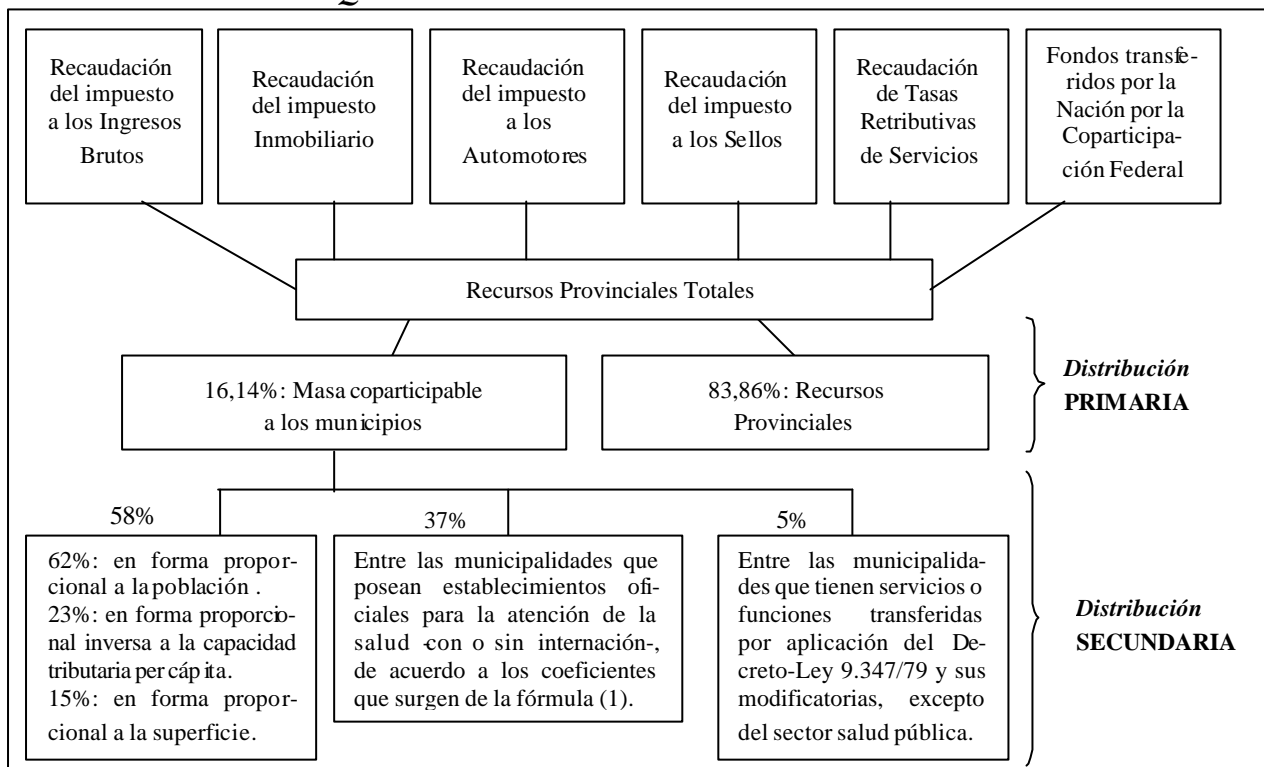
$NE_i$  = número total de egresos registrados en los establecimientos de salud del municipio  $i$ .

$SB_i$  = conjunto de servicios brindados a los pacientes del municipio  $i$ .

$ESI_i$  = cantidad de establecimientos municipales de salud sin internación que hay en el municipio  $i$ .

Debe resaltarse que los recursos recibidos por los municipios en concepto de coparticipación provincial en salud, son de libre disponibilidad para cada municipio, por lo que pueden o no destinarlos enteramente a la atención de la salud de la población. En general, estos recursos se combinarán con los que aporte el municipio para financiar el gasto en salud que desee realizar el municipio.

**GRAFICO N° 14**  
**ESQUEMA DE COPARTICIPACION MUNICIPAL**

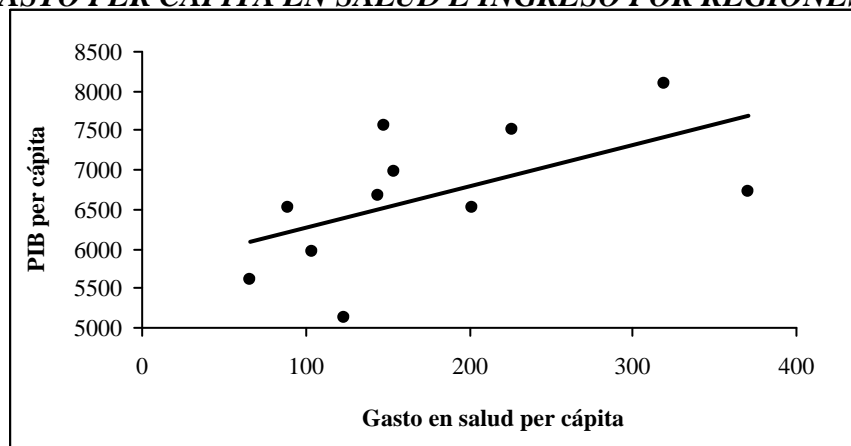


Fuente: elaboración propia.

Para el año 1999, según Barbieri y otros (2001) ese gasto alcanzó a \$677 millones, lo que representa un 41% del gasto conjunto (provincial y municipal) en salud. Cuando se computa la distribución por región sanitaria del gasto provincial y municipal per

cápita, y se lo relaciona con el PIB per cápita municipal, se llega a que los municipios con mayores ingresos poseen mayor gasto per cápita que los más pobres. Esto implica que el gasto en salud en la provincia no parece ser redistributivo entre regiones ricas y pobres.

**GRAFICO N° 15**  
**GASTO PER CAPITA EN SALUD E INGRESO POR REGIONES**



Fuente: Dirección Provincial de Estadística y Barbieri y otros (2001).



## 6.2. EL MECANISMO DE ASIGNACION PRESUPUESTARIA A LOS HOSPITALES PROVINCIALES

Según la Ley 11.072 (de reestructuración técnico-administrativa de los establecimientos oficiales) cada año, antes del 30 de junio el Consejo de Administración del hospital debe elevar al Ministerio de Salud un anteproyecto de presupuesto a efectos de su evaluación y aval. Según el espíritu de la Ley, el mismo debe reflejar las necesidades financieras del Ente, en función del desarrollo de sus programas preventivo asistenciales. A partir de allí, el Ministerio debe efectuar las observaciones que juzgue pertinentes antes del 30 de septiembre de cada año, y una vez aprobado el presupuesto se obliga a garantizar la continuidad asistencial.

La asignación del gasto provincial entre los hospitales se realiza de acuerdo al comportamiento histórico de cada establecimiento, constituyendo cada uno de los hospitales provinciales un programa distinto dentro del presupuesto provincial. La consecuencia directa que trae aparejado este tipo de mecanismo de distribución, es que no provee un sistema de incentivos que lleve a aumentar la calidad de la atención, la eficiencia en la prestación del servicio y otros objetivos considerados esenciales para el buen funcionamiento de los establecimientos oficiales.

En los últimos tiempos se ha intentado modificar en parte esta situación. Así, en el marco de reformas que se están dando, el Ministerio de Salud (a través de la Dirección Provincial de Hospitales -DPH-) ha comenzado a desarrollar una experiencia piloto con un conjunto de hospitales mediante la firma de contratos, a través de los cuales los hospitales se comprometen a cumplir metas de eficiencia, atención, etc. a cambio de un aumento en los recursos transferidos. El objetivo de estos contratos, denominados "Compromiso de Gestión", es aumentar la eficiencia y la calidad en la producción hospitalaria, al tiempo que se propicia mayor descentralización y autonomía para el hospital. Para ello, el hospital se compromete a poner en ejecución las acciones necesarias para solucionar los problemas que hayan sido detectados en su funcionamiento (para lo cual el Ministerio realiza un diagnóstico previo de la situación de cada hospital). También se compromete a establecer un Régimen Especial de Recompensas para el personal que haya contribuido al logro de las metas del hospital. A partir de allí, antes de finalizado el contrato, la DPH evalúa el grado de cumplimiento del contrato por parte del hospital y, si se aprueba su gestión, autoriza la remisión al

hospital de un porcentaje de la recaudación efectiva que el hospital haya cobrado en concepto de servicios facturados a las OS. Estos fondos sólo pueden ser utilizados para el Régimen Especial de Recompensas a implementar por el hospital.

## 6.3. LA AUTOGESTION HOSPITALARIA

La autogestión hospitalaria es la principal modificación de los últimos años en el modo de financiamiento de los hospitales públicos, e implica un cambio cultural importante tanto para los administradores como para los médicos y pacientes. En abril de 1993 se creó el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA), mediante el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 578/93. El objetivo es lograr una mejora en la accesibilidad, la eficiencia, la equidad y la calidad de la atención médica, planteando una mayor optimización de los recursos disponibles mediante una mayor descentralización en la captación de recursos.

Una herramienta fundamental, en este sentido, es la obligación para los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud de pagar las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los hospitales públicos que estén inscriptos en el Registro Nacional de HPA, con el objetivo de recuperar parte de los costos del servicio.<sup>22</sup> Esta facturación se hace de acuerdo a los aranceles modulares establecidos por Resolución Ministerial (actualmente rige la Resolución N° 855/00) donde se establecen los montos a facturar por cada tipo de servicios que presta el hospital al beneficiario (atención ambulatoria, días de internación, intervenciones quirúrgicas, etc.). En ningún caso se prevé el cobro de coseguros al beneficiario por parte del hospital. Aún así, el HPA continúa recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción de la cual depende, para el habitual funcionamiento del mismo.<sup>23</sup>

Pueden inscribirse en el Registro los hospitales públicos de jurisdicción tanto nacional como provincial o municipal, debiendo cumplir con un conjunto de requisitos entre los que cabe señalar: a) Contribuir

---

<sup>22</sup> La idea es que muchos beneficiarios de seguros sociales y privados se atienden en los hospitales públicos sin que estas aseguradoras solventen ningún costo. De esta manera, el estado brindaba atención gratuita a personas que tienen cobertura de salud lo cual reduce el gasto en aquellos que realmente lo necesitan.

<sup>23</sup> Debe notarse que si bien los hospitales que se adhieren son en su mayoría provinciales y municipales, se requiere de una normativa nacional dado que parte importante de las obras sociales y su regulación son nacionales.

a la extensión de la cobertura; b) Contar con un proceso técnico administrativo de gestión ágil y eficiente que asegure la optimización y el uso racional de los recursos; c) Disponer de un Área de Servicio Social que posibilite el establecimiento de la situación socio-económica y el tipo de cobertura de la población que demande servicios; d) Aprobar la evaluación periódica del control de eficiencia y calidad que defina la autoridad competente. Una vez inscripto, este hospital actúa como organismo descentralizado (de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción) y cuenta con capacidad para: a) Realizar convenios con entidades de la Seguridad Social; b) Complementar servicios con otros establecimientos asistenciales; c) Cobrar los servicios brindados a personas con capacidad de pago o a terceros pagadores que cubran las prestaciones, como las mutuales, las empresas de medicina prepaga, seguros de accidentes, medicina laboral, etc.; y d) Integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente habilitados.

Estos hospitales tienen la obligación de: a) Elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional, para su aprobación, el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos; b) Elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios; c) Diseñar y proponer a la autoridad jurisdiccional la constitución o implementación de nuevos servicios y programas; d) Designar, promover y reubicar al personal de acuerdo a las normas vigentes; e) Disponer la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital.

En la actualidad, todos los hospitales de la provincia son de autogestión aunque no sucede lo mismo con los hospitales municipales (se pueden mencionar como ejemplos de hospitales municipales de autogestión, a los hospitales de Malvinas Argentinas y de Olavarría).

Los recursos recaudados por autogestión no son de libre disponibilidad para los hospitales, ya que se establece que porcentaje va a salarios, que parte a infraestructura, etc. En particular, el Decreto 3.372/87 que reglamenta al Decreto 8.801/77 del S.A.M.O. determina que de lo producido por los aranceles: el 10% debe destinarse a la creación de un Fondo que el Consejo Provincial de Salud debe asignar a las finalidades establecidas por el Decreto Ley 8.801/77; el 40% para gastos de inversión en bienes de capital; y el 50% debe destinarse al pago de bonificaciones especiales para el personal comprendido en las Leyes 10.430 y 10.471 (de Carrera Profesional Hospitalaria).

Los HPA cobran los recursos de las obras sociales y las prepagas en forma directa y no existe ninguna institución intermedia que administre las cobranzas.

En la práctica, el proceso de cobro lleva mucho tiempo y es trabajoso. En primer lugar, el hospital inicia el trámite de cobro correspondiente ante las mismas obras sociales y empresas de medicina prepaga, las cuales tienden a rechazarlos. A partir de allí, el hospital debe iniciar un nuevo expediente en la Superintendencia de Seguros de Salud, la cual al cabo de cierto tiempo le retiene los fondos a las OS y a las prepagas, y los deposita en una cuenta del hospital.<sup>24</sup> Así, los fondos terminan siendo recibidos varios meses más tarde que la prestación del servicio.

Los hospitales de autogestión poseen diferentes estructuras administrativas para el cobro de estos recursos. Pero sólo un hospital posee una oficina especializada para determinar si el paciente cuenta con obra social o si tiene capacidad para hacer frente al pago de las prestaciones. Esta oficina realiza una entrevista con el paciente para determinar su capacidad de pago, y de acuerdo a esto se lo arancela o no. Recién en el último tiempo, los hospitales de autogestión han comenzado a organizarse y a cumplir con las obligaciones que se establecen en la ley.

Si bien no se cuenta con datos oficiales sobre los recursos que, por esta vía, se generaron para estos hospitales, según Tobar (2001) hasta el año 2000 el flujo de estos recursos financieros no tuvo impacto significativo sobre el gasto de las obras sociales.

#### 6.4. OTROS RECURSOS

Finalmente, la última fuente de recursos de los hospitales, que es también la de menor importancia relativa, proviene de las cooperadoras. Estos recursos no se encuentran registrados en ningún lado, aunque es sabido que han alcanzado montos importantes en los últimos tiempos, llegando a financiar la ejecución de obras de infraestructura en algunos casos.

### 7. LA ORGANIZACION DE LOS RECURSOS HUMANOS

La organización de los recursos humanos dedicados a la atención de la salud en el ámbito de los establecimientos provinciales, se rige por dos regímenes: el régimen que determina el estatuto y escalafón de la administración pública de la provincia y el régimen especial de la Carrera Profesional Hospitalaria, desti-

<sup>24</sup> Un elemento que contribuye a este problema es que los hospitales están atomizados y no tienen poder de negociación con las OS y prepagas.

nado a los profesionales de la salud. Existe un tercer régimen, el derivado de la Ley 11.759, que establece mayor autonomía para los directores de los hospitales en el manejo del personal y mejores incentivos al desempeño de los agentes, pero dicho régimen está en desuso.

El escalafón de la administración pública fue establecido por la Ley 10.430 y sus modificatorias, y rige para algunos profesionales de la salud y el resto del personal que se desempeña en los hospitales públicos, como así también se aplica a la mayor parte del personal administrativo de la provincia. La Carrera Profesional Hospitalaria se establece mediante la Ley 10.471 y sus modificatorias (10.528, 11.159, 10.678 y 10.622) y se aplica para los profesionales (que posean título universitario y en algunos casos título terciario no universitario) que prestan servicios en los establecimientos asistenciales correspondientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Este régimen abarca las actividades destinadas a la atención médica integral del individuo, por medio de la práctica de los profesionales de la salud, ejercida a través de las acciones de fomento, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, y a programar, dirigir, controlar y evaluar las mismas.

El acceso a la misma se hace mediante un concurso abierto de méritos, antecedentes y evaluación (este sistema puede favorecer la competencia y así llevar a una mejor selección de los recursos humanos). El personal comprendido en el presente régimen se clasifica en: 1) Planta permanente, que comprende personal escalafonado en cargos y funciones; 2) Planta temporaria, que comprende: personal interino, personal reemplazante y personal transitorio; y 3) Régimen pre-escalafonario que comprende los concurrentes y residentes.

Los que están en la planta permanente tienen un escalafón horizontal de cargos y uno vertical. En este

último, se establece una jerarquía creciente, estableciéndose que para los más elevados (Director Asociado y Director), dichos cargos deberán ser desempeñados por profesionales universitarios de la salud que serán designados y carecerán de estabilidad en el cargo. El resto de los escalafones verticales (entre los que se encuentran Jefe de Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, Jefe de Unidad de Internación o de Consulta, Jefe de Unidad Sanitaria, etc.), poseen una estabilidad por un período de cuatro años y son cubiertos por concurso. Para los concursos del personal escalafonado se tiene en cuenta: antigüedad, antecedentes, examen de oposición y consenso.<sup>25</sup>

Las horas trabajadas y el sueldo básico mensual, se determinan en la legislación (con lo cual tienen un esquema rígido). En particular, este último se establece en función del salario básico del Agrupamiento del Personal Profesional fijado por el Escalón General del Personal de la Administración Pública de la Provincia (Clase 4, grado 14 de la Ley 10.430). En cuanto a la movilidad de los recursos humanos, se tiene que ningún agente puede ser trasladado contra su voluntad, excepto en algunos casos muy especiales. Al contrario de las horas trabajadas y del sueldo, el acceso a las licencias es muy flexible. Existe una licencia anual ordinaria de treinta días corridos y una licencia anual complementaria cuya extensión es del cuarenta por ciento de los días de licencia anual ordinaria. Además, los profesionales pueden solicitar licencia sin goce de sueldo de hasta un año por motivos particulares. También existen licencias con goce de haberes para los agentes que deseen mejorar su preparación científica, profesional o técnica en actividades relacionadas con la especialidad que desempeñan en los establecimientos sanitarios (hasta un año) y cuando deban desarrollar actividades colegiadas o gremiales (veinte días y ciento ochenta días más sin goce de sueldo).

---

<sup>25</sup> Se otorgará hasta treinta (30) puntos para cada uno de los tres (3) primeros conceptos y hasta (10) puntos al consenso.

## Capítulo 2

# Funcionamiento y Resultados del Sector de Salud Pública en la Provincia de Buenos Aires

### 1. INTRODUCCION

En el capítulo anterior se describió la oferta y la demanda del servicio de salud en la provincia de Buenos Aires. En el presente capítulo se completa el análisis del sistema, describiendo los resultados a los que lleva la interacción entre la demanda y la oferta. Los resultados son evaluados en términos de filtraciones, acceso, equidad, calidad y eficiencia, que según Knowles, Leighton y Stinson (1997), muestran las cuatro dimensiones del desempeño de un sistema de salud.

El objetivo del capítulo es detectar las posibles fallas en la demanda y en la oferta (por ejemplo, si los recursos de los hospitales no dependen del nivel de servicios provistos, pueden existir pocos incentivos a aumentar la calidad y la eficiencia). Por supuesto, gran parte de los resultados que se presentarán se encuentran muy influenciados por las condiciones socioeconómicas de la población, que está fuera del alcance del sistema de salud y son tomadas como hechos contextuales en este trabajo.

### 2. FILTRACIONES

En el presente contexto se entiende por filtración a una mala asignación del usuario a algún tipo de servicio. Un filtrado es aquella persona que accede a determinado servicio o financiamiento cuando en realidad no debería recibirlo, ya sea porque está fuera del grupo objetivo de la política considerada o porque no necesita las prestaciones recibidas. En base a esta definición amplia pueden distinguirse dos tipos de "filtraciones". Un primer tipo de filtración es de tipo "general", que ocurre cuando una persona recibe gratuitamente un servicio público (consulta, análisis clínico, etc.) que no debería recibir sin costo, ya sea porque posee cobertura social o porque posee los medios económicos para financiar la atención. Otra filtración es la que se da entre "niveles de atención pública", que ocurre cuando una persona asiste a un hospital público cuando podría haber sido atendido en una sala de atención primaria de la salud o cuando asiste a un hospital provincial pudiendo haber asistido a uno municipal.

Un procedimiento para estimar el primer tipo de filtraciones, utilizando datos de la Encuesta de Desarrollo Social de 1996/1997, podría ser el siguiente. Se divide el total de personas que concurren a un servicio público de salud (donde la consulta ha sido total o parcialmente financiada por ese servicio) en un grupo que posee cobertura de salud y en otro que no. Los que forman parte del primer grupo, se consideran filtrados ya que podrían haber sido atendidos en un establecimiento privado o la obra social o prepaga les podría haber cubierto la totalidad de la consulta en el servicio público. Para aquellos que no poseen cobertura, debe evaluarse si no la poseen en forma voluntaria o involuntaria. Esto es, pueden existir personas que decidieron voluntariamente no poseer un seguro de salud pero que, dado su nivel de ingresos o de riqueza, podrían poseerlo si lo desean, lo cual los convierte en filtrados del sistema público. La idea es entonces tratar de distinguir esa voluntariedad, lo que puede hacerse considerando variables que sirvan de aproximación a esa decisión (como pobreza, quintil de ingreso, situación de desempleo, calidad de la vivienda, condición de propietarios de vivienda y automóvil).

En este último caso, el establecimiento del límite entre filtrados y no filtrados es necesariamente arbitrario, puesto que depende de los indicadores observados, de cómo se combinan dichos indicadores y de dónde se determina el corte (por ejemplo, a partir de que nivel de ingreso una persona pierde el derecho de atenderse gratuitamente). Por ello se establecieron tres hipótesis alternativas que conducen a cuantificar tres niveles diferentes de filtraciones. La primera, consiste en suponer que de las personas sin cobertura, sólo los pobres son no filtrados; la segunda supone que todos los sin cobertura son no filtrados; y la tercera es un caso intermedio, según el cual se intenta determinar la voluntariedad de la no posesión de cobertura en base a ciertas características distintivas (pobreza, desempleo, etc.). Estas hipótesis y los resultados a los que llevan para el caso de las consultas y los análisis clínicos en el servicio público de la provincia de Buenos Aires, se exponen en los cuadros siguientes.

De los Cuadros N° 14.a y 14.b puede observarse que bajo la primera de las hipótesis, el 56% de las

consultas y el 58% de los análisis, donde el servicio público se hizo cargo (total o parcialmente) del financiamiento, deben ser consideradas filtraciones. En el extremo opuesto se encuentran los resultados obtenidos bajo la segunda de las hipótesis, ya que sólo el 25% de las consultas y análisis serían filtraciones (esta hipótesis sólo recoge las filtraciones provenientes del sistema de seguro de salud). La tercera de las hipótesis, cae en un punto intermedio llevando a considerar como filtraciones al 35% de las consultas y al 38% de los análisis financiados por el servicio público.

Esto significa que, como mínimo, un 25% de los servicios efectuados por los hospitales o por las salitas podrían haberse facturado al seguro de salud de los beneficiarios. Si se incluyen los pacientes que no hubieran tenido dificultades económicas en enfrentar algún tipo de arancelamiento, dicho porcentaje se eleva significativamente.

Estos resultados muestran que existe margen para que los establecimientos públicos incrementen sus ingresos propios y puedan prestar un mejor servicio a aquellos que no poseen un seguro de salud y no pueden enfrentar el costo que significa su posesión.

**CUADRO N° 13**  
**HIPOTESIS PARA ESTIMAR LOS FILTRADOS**

Contenido	
Hipótesis 1	Del total de personas que el servicio público se hizo cargo (total o parcialmente) de la consulta se consideran no filtrados a los pobres sin cobertura. Todo el resto es considerado filtrado.
Hipótesis 2	Del total de personas que el servicio público se hizo cargo (total o parcialmente) de la consulta se consideran filtrados a los que poseen cobertura. Todo el resto es considerado no filtrado.
Hipótesis 3	Del total de personas que el servicio público se hizo cargo (total o parcialmente) de la consulta se consideran como no filtrados los que poseen ciertas características distintivas. Estas son, por ejemplo, ser pobres sin cobertura, ser desempleado, vivir en una vivienda de mala calidad, no ser propietario de vivienda y automóvil, etc. Por otro lado, las características utilizadas para distinguir a los filtrados consisten en la posesión de cobertura, el pertenecer al 4to y 5to quintil de ingreso y la propiedad de vivienda y de 1 o más automóviles.

Fuente: elaboración propia.

**CUADRO N° 14.A**  
**FILTRADOS Y NO FILTRADOS**  
(Consultas)

Total Provincia			
	Hipótesis 1	Hipótesis 2	Hipótesis 3
Filtrados	56%	25%	35%
No Filtrados	44%	75%	65%

Fuente: elaboración propia en base a la EDS (96/97).

**CUADRO N° 14.B**  
**FILTRADOS Y NO FILTRADOS**  
(Análisis clínicos)

Total Provincia			
	Hipótesis 1	Hipótesis 2	Hipótesis 3
Filtrados	58%	25%	38%
No Filtrados	42%	75%	62%

Fuente: elaboración propia en base a la EDS (96/97).

En el segundo tipo de filtraciones, el objetivo consiste en determinar si existen filtraciones entre “niveles de atención pública”. En este caso, la mala asignación radica en que una persona asiste a un nivel de atención cuando debería haber asistido a otro y, en principio, podrían distinguirse dos casos. Un primer caso de mala asignación entre niveles, se daría cuando

una persona se atiende en un hospital público cuando en realidad podría haber asistido a un centro más básico de salud, como es una sala de atención primaria o viceversa. El otro caso de filtración se daría cuando una persona asiste a un hospital provincial (que poseen mayor complejidad), cuando podría haber concurrido al hospital municipal (que provee un ser-

vicio más básico). En ambos casos, dadas las fuentes de información disponibles, solo se pueden insinuar algunos resultados mediante la observación de indicadores muy rudimentarios.

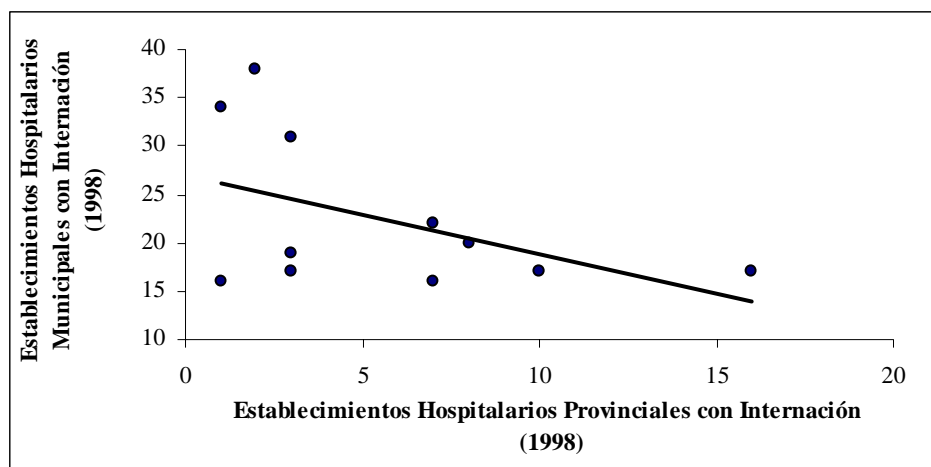
Para el primer caso, sólo se pueden establecer resultados tentativos a partir del procesamiento de la Encuesta Provincial de Salud 1998 (válida sólo para el GBA); utilizando dichos datos se puede observar donde se efectuó la consulta (en un hospital público o en una salita) por tipo de patología. Si para igual patología se verifican consultas en ambos tipos de centros asistenciales, ello daría un indicio sobre la existencia de superposiciones entre ambos niveles de atención que, a su vez, podrían estar reflejando problemas de filtraciones entre niveles asistenciales. Dichas superposiciones se ubican entre el 12% y el 19% de las consultas.

En cuanto al segundo tipo de filtración, se trata de la incorrecta asignación de la complejidad hospitalaria a diferentes patologías, llevando a que una persona asista a un hospital provincial, que es de alta tecnolo-

gía, cuando en realidad podría haber sido atendido en uno municipal. Esto puede verse a partir del gráfico siguiente donde puede observarse que hay un efecto sustitución entre provincia y municipio en los establecimientos con internación, lo que significa que los hospitales municipales tienden a situarse donde los provinciales no lo hacen. Esto puede reflejar problemas importantes en la distribución geográfica de las unidades prestacionales, ya que en principio los dos tipos de servicios deberían ser diferenciados y de esta manera complementarse. Lo anterior muestra que posiblemente, los hospitales provinciales están prestando servicios que podrían ser prestados por los municipios, lo cual convierte a esos usuarios en filtrados hacia un nivel de tecnología superior.

El caso paradigmático al respecto, es la ciudad de La Plata donde sólo existen 9 establecimientos provinciales con internación y ningún establecimiento municipal del mismo tipo. Se evidencia así una distorsión importante en la distribución de establecimientos municipales.<sup>26</sup>

**GRAFICO N° 16**  
**ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS PROVINCIALES CON INTERNACION,**  
**MUNICIPALES CON INTERNACION, DE OBRAS SOCIALES Y PRIVADOS**  
**Y MUNICIPALES SIN INTERNACION**



Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Salud y Acción Social (1995).

### 3. ACCESO

Por norma general, el concepto de "acceso" se refiere a la presencia o ausencia de barreras físicas o económicas que pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud, lo cual hace que una persona que es merecedora del servicio no pueda obtenerlo.

Por barreras físicas se entienden aquellas relacionadas con la disponibilidad y suministro general de los servicios de salud y la distancia a que se encuentran los establecimientos de salud. Algunos indicado-

<sup>26</sup> Esta relación también se evidencia con las camas disponibles ya que donde existen muchas camas provinciales existen pocas camas municipales.

res usualmente utilizados para medir las barreras físicas involucran: porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud, hospital, farmacia, etc.; la población por médico o por enfermera; la población por cama de hospital; el tiempo necesario para viajar a los establecimientos; el costo del transporte; el costo de oportunidad del tiempo de viaje; etc. En cuanto a las barreras económicas, por lo general se entiende que son aquellas relacionadas con el costo de buscar y obtener atención médica con respecto a los ingresos del paciente o del hogar y el indicador más utilizado es el costo de la consulta para el paciente, internación, compra de medicamentos, etc., con relación al ingreso mensual per cápita del hogar. Dentro de este último concepto, también se podría incluir el costo de oportunidad del tiempo de espera para ser

atendido, debido a que las colas de espera constituyen una forma de racionamiento alternativa al arancelamiento.

Dado que no se cuenta con información relacionada con el costo de internarse para el paciente, hacer una consulta médica o adquirir medicamentos (acceso económico), se hará hincapié sólo en las barreras físicas de acceso. Ya se ha dicho que uno de los indicadores más utilizados es la distancia al centro de atención. Este indicador para la provincia de Buenos Aires refleja que no existe un problema importante de acceso, porque aproximadamente el 70% de la población vive a menos de 3 Km. de un hospital público. Sin embargo, existe cierta diferencia entre el GBA y el interior, ya que en este último caso el acceso parece ser más fácil que en el Gran Buenos Aires, dado que las ciudades son más pequeñas y de esta forma las distancias son menores.

**CUADRO N° 15**  
***DISTANCIA AL HOSPITAL PUBLICO***

	<b>GBA</b>	<b>Interior</b>
De 0 a 3 Km.	67%	73%
Más de 3 Km.	33%	27%

Fuente: elaboración propia en base a la Encuesta de Desarrollo Social 1996/1997.

Otros indicadores del acceso físico como la disponibilidad de camas cada 1000 habitantes o la población por médico, que ya fueran expuestos con anterioridad, indican que en la provincia existe una disponibilidad de recursos físicos y humanos que es muy aceptable, tanto en las comparaciones internacionales como entre las otras provincias argentinas.

Finalmente, al considerar la información disponible por falta de acceso por falta de tiempo resulta imposible distinguir a manera cierta si se trata de problema de acceso físico o económico, debido a que no se distingue entre la falta de tiempo necesario para viajar a los establecimientos o la falta de tiempo para realizar la espera necesaria para la obtención del servicio. La importancia relativa de cada una de las cuestiones que explican la no consulta en condiciones de enfermedad, puede determinarse mediante el procesamiento de la Encuesta

de Desarrollo Social 1996/1997 (ver Cuadro N° 16). Allí se preguntó las razones que llevaron a las personas a no consultar a un médico, a pesar de haber sufrido malestares o enfermedades. Dentro de los causales, la lejanía del centro de atención no es para nada importante en la decisión de acudir (en concordancia con el resultado anterior respecto de la distancia al centro de atención). En cambio, el no tener tiempo ni dinero y perder horas de trabajo, sí parecen relevantes ya que explican el 25,4% de la no consulta.

En resumen, la distancia a los centros de atención no parece ser una barrera importante como para impedir el acceso a la atención de la salud. Tampoco parece haber un problema respecto a la disponibilidad de recursos físicos y humanos destinados a atender a la población. La falta de tiempo y dinero, sí son importantes para determinar la no asistencia.

**CUADRO N° 16**  
**RAZONES DE NO CONSULTA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

Razones	Porcentaje
No le pareció importante	46,6%
Se medicó sólo	17,5%
No tenía dinero	12,6%
No tuvo tiempo	10,9%
Otro	8,3%
Perdía horas de trabajo	1,9%
La atención es mala	1,9%
Fue y no lo atendieron	0,4%
Quedaba lejos	0,0%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia en base a la EDS.

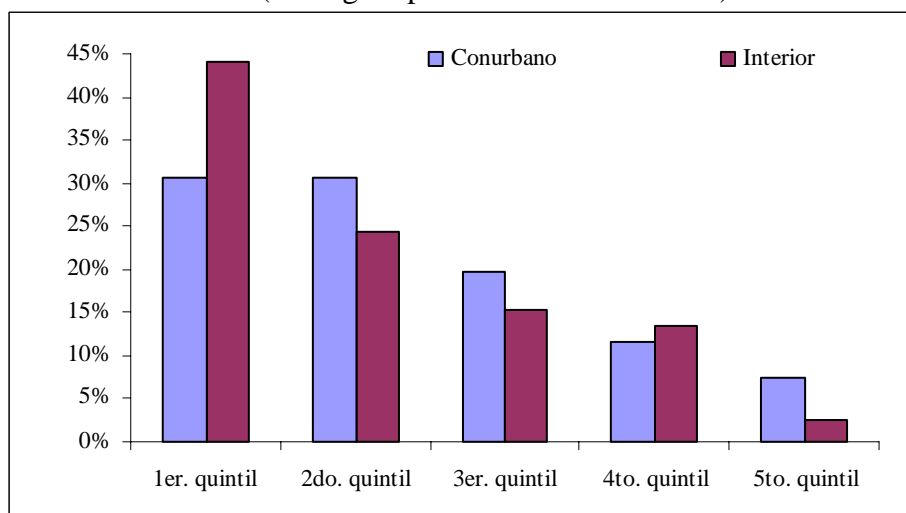
#### 4. EQUIDAD

El concepto de equidad en los sistemas de salud se puede referir indistintamente a diferencias en la utilización o acceso a los servicios de salud entre diferentes grupos de ingresos, socioeconómicos, demográficos, étnicos y/o de género. El análisis de esta sección está destinado a evaluar la equidad sólo dentro del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires, sin embargo debe alertarse que la falta de equidad en la provisión de los servicios de salud, es presumiblemente más

marcada entre las personas que tienen acceso a otros servicios por fuera de dicho sistema (porque posee seguro de salud, por ejemplo) y las que no lo tienen.

En lo que hace a la utilización del sistema médico asistencial público, el Gráfico N° 17 expone las consultas al servicio público por quintiles de ingreso. Del mismo puede observarse que tanto en el interior como en el Gran Buenos Aires, la mayoría de los usuarios corresponden a los quintiles más bajos de ingresos. De esta manera, el gasto en salud pública parece ser pro-pobre y así no sería iniquitativo.

**GRAFICO N° 17**  
**CONSULTAS AL SERVICIO PUBLICO POR QUINTIL DE INGRESO EQUIVALENTE**  
(Corregido por economías de escala)



Fuente: elaboración propia en base a la EDS.



Una forma de ver si existe un problema de acceso diferencial entre distintos grupos de agentes, es analizar las razones de no acceso presentadas en la sección previa, por quintiles de ingreso. Estos resultados se exponen en el Cuadro N° 17. De allí se observa que no existe una alta iniquidad debido a la falta de acceso por razón de falta de tiempo (este problema afecta similarmente a todos los quintiles), aunque sí parece existir una fuerte iniquidad en el caso de la falta de dinero y de

la pérdida de horas de trabajo. Esto significa que el no contar con los medios económicos (para costear el transporte, por ejemplo) o no tener la posibilidad de resignar horas de trabajo son una barrera importante para las personas de menores ingresos. Así, si bien no existen problemas de equidad en lo que hace a las personas que terminan accediendo al sistema, existen ciertos problemas con relación a algunas causas puntuales para los que no pueden acceder.

**CUADRO N° 17**  
**RAZONES DE NO ACCESO POR QUINTILES**

	Quintiles				
	1	2	3	4	5
No le pareció importante	13%	17%	24%	33%	12%
No tuvo tiempo	22%	11%	14%	27%	22%
No tenía dinero	32%	21%	30%	17%	0%
Perdía horas de trabajo	37%	43%	0%	19%	0%
Fue y no lo atendieron	0%	0%	0%	100%	0%
La atención es mala	18%	16%	33%	34%	0%
Se medicó sólo	18%	21%	17%	28%	17%
Otro	31%	29%	16%	21%	4%

Fuente: elaboración propia en base a la EDS.

## 5. CALIDAD

El concepto de calidad de la atención, tiene múltiples dimensiones pero no tiene una definición consensuada. Sin embargo, la literatura (Knowles, Leighton y Stinson, 1997) normalmente hace una distinción entre las dimensiones de estructura y procedimientos de la calidad.

Por estructura, se entienden todos los aspectos de un sistema de salud que respaldan o están relacionados con la interacción entre el sistema de salud y el paciente: establecimientos de salud, sistemas de seguro, medicamentos, sistemas de distribución de medicamentos, gestión y supervisión. Los indicadores usualmente utilizados para medir la calidad de un sistema de salud, en lo que hace a la estructura, abarcan los estándares nacionales para las calificaciones profesionales de los recursos humanos en salud, la proporción del personal de la salud que posee calificaciones profesionales, la existencia de estándares nacionales para establecimientos, la proporción de establecimientos de salud que cumplen con los estándar-

dares de estructura básicas en base a los servicios que se proveen, la proporción de establecimientos de salud que no tuvieron problemas de existencia de medicamentos durante un determinado período, la proporción de casos en que todos los medicamentos recomendados estaban disponibles, etc.

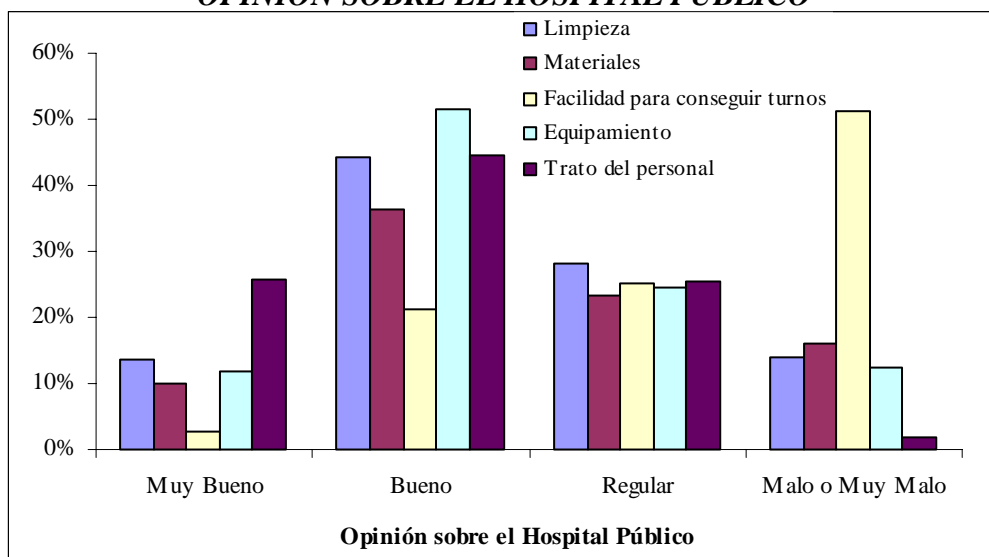
Por procedimientos, generalmente se entiende todo lo que ocurre durante la interacción entre el sistema de salud y el usuario, lo que incluye los aspectos interpersonales de la atención y también aquellos del contexto de la prestación del servicio (como salas de reconocimiento limpias, flujo ordenado de pacientes, etc.) que afectan directamente al paciente. Algunos indicadores habitualmente utilizados, involucran: proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento (debe reflejar un buen examen físico del paciente y exámenes de laboratorio adecuados); proporción de usuarios que conocen y comprenden las medidas esenciales necesarias para completar los tratamientos y evitar futuras complicaciones posibles de prevenir; propor-

ción de usuarios que prosiguen los tratamientos recomendados hasta su término (tasa de abandono); satisfacción de los usuarios; etc.

Los datos disponibles para la provincia de Buenos Aires permiten contar con información sólo para los procedimientos del sistema público de salud, de acuerdo a la visión que posee la población general. Así, en la Encuesta Provincial de Salud de 1998 realizada en el conurbano bonaerense, se efectuaron varias preguntas relacionadas con la imagen que posee la gente sobre determinados aspectos del hospital públi-

co (limpieza, materiales, facilidad para conseguir turnos, recursos humanos, aspectos burocráticos, etc.). Los resultados se exponen en el Gráfico N° 18, en el que se observa que al momento de realizar la encuesta (en 1998), en general, la gente poseía una imagen “buena” del hospital público en casi todos los aspectos. Lo que menos satisfacía era la dificultad para conseguir turnos donde la imagen predominante era la de “mala o muy mala”; mientras que sobresale como “muy bueno” el trato del personal.

**GRAFICO N° 18**  
**OPINION SOBRE EL HOSPITAL PUBLICO**

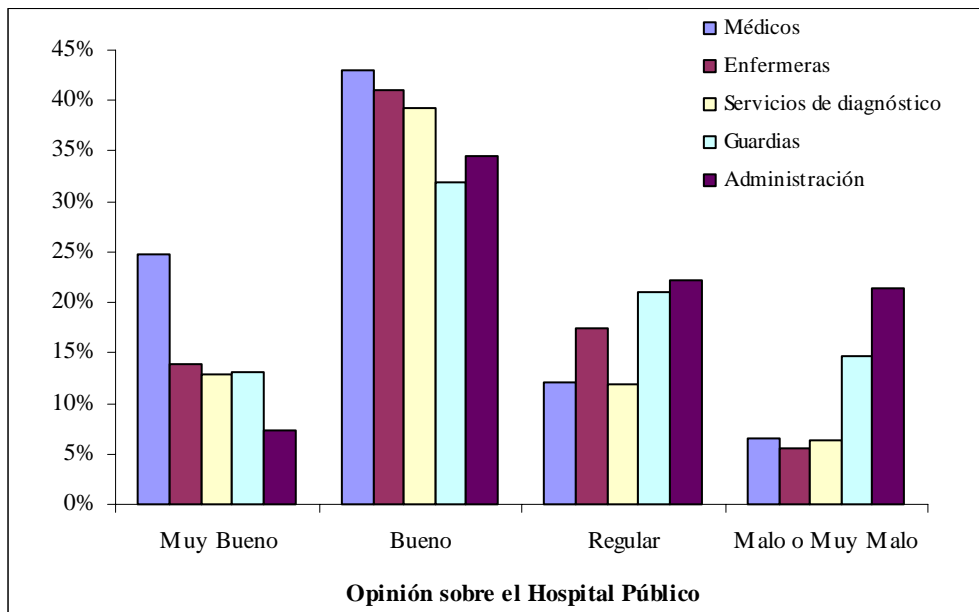


Fuente: elaboración propia en base a la EPS.

Otros aspectos del hospital público (médicos, enfermeras, servicios de diagnóstico, guardias y administración) están en línea con los resultados anteriores. Del Gráfico N° 19 puede verse que lo que más valoran las personas, son los recursos humanos del hospital público provincial, en especial los médicos (casi el 70% de los encuestados los considera “buenos o muy buenos”), aunque las enfermeras también poseen una imagen relativamente buena (55% las consi-

dera “buenas o muy buenas”). Lo que menos satisface a los usuarios, es el servicio de administración, lo que puede estar indicando la existencia de una burocracia importante que impide un rápido acceso a los servicios. En conjunto, la imagen que posee la gente sobre los hospitales públicos provinciales, lleva a clasificarlos como “buenos” en el 42%, “muy buenos” en el 9%, “regulares” en el 33% y “malos y muy malos” en el 10% (el resto no sabe o no contesta).

**GRAFICO N° 19**  
**OPINION SOBRE EL HOSPITAL PUBLICO. OTROS ASPECTOS**



Fuente: elaboración propia en base a la EPS.

En lo que hace a la comparación de la calidad entre el sector público y el privado, sólo se cuenta con información relativa al tiempo de espera hasta ser atendido en los hospitales y salitas de la provincia y en el servicio privado y en las obras sociales (ver Cuadro N° 18). En principio, estos resultados muestran que el sector privado brinda una mejor calidad de la atención,

reflejado esto en un menor tiempo de espera. Por supuesto, el indicador de calidad considerado no es homogéneo dentro del mismo sector público, para lo cual pueden observarse las diferencias entre el Gran Buenos Aires y el interior. El resultado es que en el interior, la calidad de la atención aproximada por el tiempo de espera es mayor.

**CUADRO N° 18**  
**TIEMPO HASTA SER ATENDIDO**

	Hospitales públicos y salitas	Privados y obras sociales
Menos de 30 min.	42%	64%
De 30 a 60 min.	27%	23%
De 60 a 120 min.	15%	9%
Más de 120 min.	17%	4%
Ns/Nr	0%	0%
Total	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a la EDS.

**CUADRO N° 19**  
**TIEMPO DE ESPERA POR REGIONES**

	<b>GBA</b>	<b>Interior</b>
Menos de 30 min.	39%	49%
De 30 a 60 min.	27%	24%
De 60 a 120 min.	16%	10%
Más de 120 min.	17%	17%
Ns/Nr	0%	0%
Total	100%	100%

*Fuente:* elaboración propia en base a la EDS.

En la Encuesta Provincial de Salud también se solicitó a la gente que compare a los establecimientos de la provincia con los del sector privado. Así, del Cuadro N° 20 se ve que la gente posee en general una

buena imagen del servicio público, en comparación con el privado, ya que casi la mitad de los encuestados catalogaron a los hospitales provinciales como iguales o mejores que los privados.

**CUADRO N° 20**  
**COMPARACION CON LOS ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS**

<b>Los hospitales provinciales son:</b>	<b>1998</b>
Mejores	20%
Iguales	29%
Peores	33%
Ns/Nr	18%

*Fuente:* Subsecretaría de Planificación de la Salud (1998).

## 6. EFICIENCIA

La eficiencia posee dos dimensiones (técnica y económica) que se relacionan con la cantidad de servicios de salud que se producen y con el modo en que se producen. Un proveedor de salud es eficiente desde un punto de vista técnico, cuando produce el máximo de servicios (efectivos) físicos (por ej., número de visitas) para un determinado nivel de insumos. Un proveedor de salud es eficiente desde el punto de vista económico, si usa combinaciones de insumos (por ej., médicos, enfermeras, medicamentos) que le permiten producir un determinado nivel de servicios (efectivos) al menor costo.

Algunos indicadores usualmente utilizados para medir estos tipos de eficiencia, son los indicadores de productividad laboral (como las visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de

médico; visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera; relación entre las visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal; etc.), los indicadores de costos unitarios (como el costo por visita de paciente ambulatorio; el costo por día-cama de hospital; etc.), y otros indicadores (como los costos de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud -por hospital-; el gasto en medicamentos e insumos como porcentaje del gasto ordinario total en salud; la duración promedio de las estadías de pacientes hospitalizados; la tasa de ocupación de las camas de hospital; etc.).

Los datos para los Hospitales Públicos de la provincia de Buenos Aires permiten contar con cierta información referida a los costos unitarios y a otros indicadores, pero no se puede hacer lo propio con el análisis de la sobre productividad laboral, dado que no se tiene información sistematizada del número de médicos, personal

auxiliar, horas de trabajo, etc. de tales establecimientos. Así, con el objetivo de realizar un análisis general sobre la eficiencia de los hospitales públicos provinciales, en el Cuadro N° 21 se exponen algunos indicadores que sirven para realizar una aproximación general, pero muy útil al respecto. Dado que los hospitales provinciales brindan distintos tipos de atención médica (para diferentes enfermedades), un análisis que aglutine a los distintos tipos de hospitales y los trate por igual, sería incorrecto. En base a ello se agruparon los hospitales públicos en cuatro categorías: materno infantil, medicina integral, medicina oncológica y psiquiátrica, que se supone utilizan una tecnología de producción similar. Para cada uno de ellos se calculó el gasto total del hospital por consulta y por egreso realizado, los egresos en relación a las camas y la proporción del gasto total que se destina al personal. A partir de allí, se computaron los valores máximo, mínimo, el promedio y el coeficiente de variación al interior de cada grupo.

Lo primero que puede observarse con relación al primero de los indicadores de costos unitarios (gasto por consulta), es que si bien la atención materno infantil y la medicina integral poseen un costo similar y relativamente bajo, la medicina oncológica y la psiquiátrica poseen un costo muy superior. Un patrón similar se observa para el gasto por egreso. Una constante en los dos tipos de indicadores es que al interior de cada grupo existe una muy alta dispersión. Así, por ejemplo, en lo que hace a la atención psiquiátrica existe un hospital que posee un gasto por consulta que es 42 veces superior al hospital con menor gasto; y para el gasto por egreso esa relación es de 16 veces. Sin embargo, las mayores diferencias en cuanto a los valores máximo y mínimo, se encuentran en la

medicina integral, ya que el gasto por consulta del máximo es 38 veces superior al del mínimo y el gasto por egreso es 119 veces superior. Estos resultados también se obtienen de observar que los coeficientes de variación son sustancialmente superiores a cero<sup>27</sup>, siendo que los máximos valores se observan para la medicina psiquiátrica.

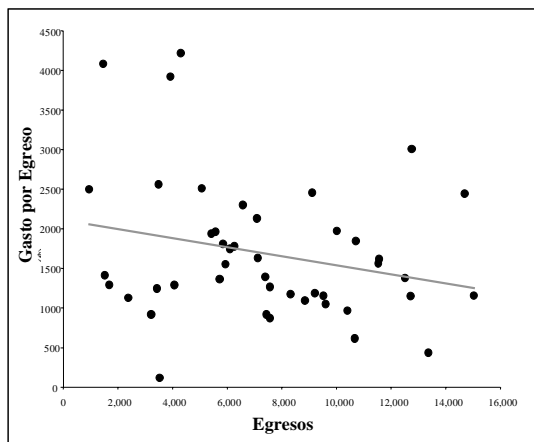
Una primera explicación para tamañas diferencias en el gasto por consulta y por egreso puede ser la existencia de economías de escala que lleva a que los hospitales que atienden a un mayor número de personas difundan el uso de sus instalaciones y de esta manera posean un menor costo que los hospitales que atienden a pocas personas. Así, los dos gráficos siguientes exponen la relación entre gasto por egreso y número de egresos (Gráfico N° 20) y gasto por consulta y número de consultas (Gráfico N° 21) para el caso de los hospitales de atención médica integral. De allí puede observarse que si es cierto que existen economías de escala, las mismas no parecen ser estadísticamente relevantes como para explicar las diferencias encontradas en los costos unitarios al interior de cada grupo.

De esta manera, una explicación que no debe descartarse y que complementa a la anterior, es la existencia de ineficiencias al interior de los hospitales. Si esto es cierto, sería posible reducir el costo de varios hospitales sin afectar el número de egresos y de consultas (eficiencia económica) o se podría aumentar significativamente el número de egresos y consultas manteniendo el gasto constante (eficiencia técnica). Sin embargo, un problema que presentan los indicadores de eficiencia de los costos unitarios, es que las variaciones de los costos unitarios entre los establecimientos de salud pueden indicar diferencias de calidad y no indicar nada acerca de la eficiencia relativa.

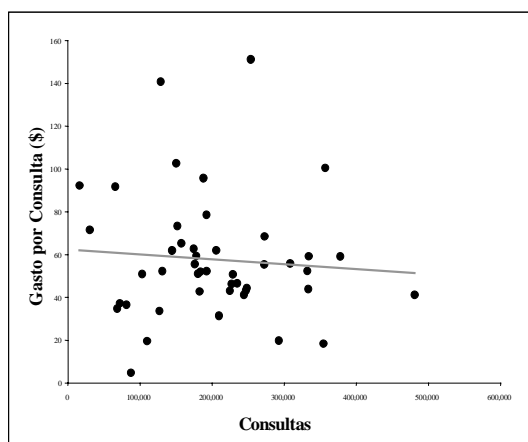
---

<sup>27</sup> Cuanto más cercano a cero se encuentra el coeficiente, menos dispersión existe en la serie considerada.

**GRAFICO N° 20**  
**ECONOMIAS DE ESCALA**  
**EN LOS EGRESOS**



**GRAFICO N° 21**  
**ECONOMIAS DE ESCALA**  
**EN LAS CONSULTAS**



Fuente: elaboración propia en base al Presupuesto Provincial para el Ejercicio 2000.

En cuanto a los otros indicadores presentados, del Cuadro N° 21 también puede observarse que los hospitales materno infantiles son los que mayor número de egresos por cama presentan, seguidos de los integrales, luego los oncológicos y por último los psiquiátricos (al igual que antes, estas diferencias se deben a los distintos tipos de enfermedades atendidas). Al igual que en los casos anteriores, existen diferencias importantes en el número de egresos por cama al interior de cada grupo, medido esto comparando los máximos con los mínimos o mediante el coeficiente de variación. Las mayores diferencias entre el máximo y el mínimo, se presentan en la atención médica integral y en la atención psiquiátrica. Esto significa que existen algunos hospitales que hacen un uso intensivo de sus camas, mientras que otros no las utilizan de manera importante. Al igual que antes, hay que ser muy cuidadoso a la hora de evaluar estos resultados, ya que un alto número de egresos por cama puede estar indicando una baja calidad de la atención y no una alta eficiencia.

En cuanto al gasto en personal, el mismo suele aplicarse para monitorear el grado de eficiencia económica ya que en la atención de la salud se combinan tanto recursos humanos como físicos y otros tipos de insumos. Si se llegara a observar que el gasto en personal ocupa casi el 100% del gasto total del hospital, es muy probable que hayan otros insumos necesarios que no se están utilizando y por lo tanto los insumos se dejan de combinar a fin de minimizar los costos. En casos extremos, la calidad de la atención cae por debajo de niveles aceptables y los establecimientos se subutilizan. Igualmente ocurre en caso de que se utilicen escasos recursos humanos. De esta manera no es deseable una muy baja o muy alta participación del gasto en personal, respecto del gasto total. En los hospitales de la provincia de Buenos Aires puede observarse que las diferencias no son muy importantes al interior de cada grupo y que entre los distintos tipos de atención, ese porcentaje se encuentra aproximadamente en el 70%, lo que parece ser bastante razonable.

**CUADRO N° 21**  
**MEDIDAS DE EFICIENCIA DE LOS HOSPITALES PROVINCIALES**

<b>Tipo de atención</b>	<b>Gasto total del hospital/consultas del hospital 2000</b>	<b>Gasto total del hospital/egresos del hospital 2000</b>	<b>Egresos del hospital/camas del hospital 1999</b>	<b>Gasto en personal/gasto total 2000</b>
<i>Materno Infantil</i>				
Máximo	96	1384	96	76%
Mínimo	37	790	60	74%
Promedio	67	1139	73	75%
Coeficiente de Variación	30	310	20	1%
<i>Médica Integral</i>				
Máximo	187	14262	70	86%
Mínimo	5	119	2	22%
Promedio	60	2029	42	69%
Coeficiente de Variación	34	2071	13	10%
<i>Médica Oncológica</i>				
Máximo	274	6211	40	87%
Mínimo	84	1568	7	70%
Promedio	179	3890	24	79%
Coeficiente de Variación	134	3283	24	12%
<i>Médica Psiquiátrica</i>				
Máximo	1.394	25795	5	86%
Mínimo	33	1611	1	60%
Promedio	351	7738	3	71%
Coeficiente de Variación	472	8653	1	10%

*Fuente:* elaboración propia en base al Presupuesto Provincial para el Ejercicio 2000.

También se cuenta con indicadores de días de estadía y porcentaje ocupacional para el nivel provincial y para un conjunto de países, por lo que se puede efectuar una comparación internacional y así determinar la posición relativa de la provincia (Cuadro N° 22). En el Cuadro N° 23 se presenta una tabla que expone los países clasificados de acuerdo a si tienen un alto o bajo promedio de días de estadía, y un alto o bajo porcentaje ocupacional. Una posición de eficiencia sería una en la que se realiza un uso intensivo de las instalaciones (alto porcentaje ocupacional) y se requieren pocos días para lograr un egreso. Por contraposición, una situación ineficiente sería la que conlleva una baja ocupación y un alto promedio de días de estadía. Los otros dos casos (bajo promedio de estadía y bajo porcentaje ocupacional y alto promedio de estadía y alto porcentaje ocupacional) pueden considerarse casos intermedios. Del Cuadro N° 23

puede observarse que Bélgica, Dinamarca e Irlanda se encuentran en el grupo más eficiente, mientras que Alemania se encuentra en el menos eficiente. Por otro lado, Buenos Aires se encuentra en una posición intermedia, con un alto porcentaje ocupacional pero también con un elevado promedio de días de estadía. El desafío, para la provincia, pasa por lograr una reducción razonable en el promedio de estancia en los hospitales provinciales, lo que permitiría extender e incrementar el servicio a un mayor número de pacientes y disminuir la presión por nuevas inversiones de capital en capacidad hospitalaria. Al igual que antes, hay que ser cuidadoso a la hora de extraer conclusiones definitivas de los datos aportados, ya que otro factor que puede estar afectando el promedio de días de estadía es el tipo de enfermedades que se tratan en los países mencionados y en la provincia de Buenos Aires (diferente perfil epidemiológico de las sociedades).

**CUADRO N° 22**  
**DIAS DE ESTADIA Y PORCENTAJE OCUPACIONAL**

País	Promedio de días de estadía	Tasa de ocupación (%)
Alemania	11,0	76,6
Austria	7,1	74,0
Bélgica	7,5	80,6
Dinamarca	5,6	81,0
España	8,5	76,4
Finlandia	4,7	74,0
Francia	6,0	75,7
Irlanda	6,7	82,3
Italia	7,0	76,0
Portugal	7,3	75,5
Reino Unido	4,8	-
Suecia	5,1	77,5
Buenos Aires*	14,0	80,8

Nota: \*dependencia provincial.

Fuente: DPE y European Observatory on Health Care Systems (2000).

**CUADRO N° 23**  
**EFICIENCIA – COMPARACIONES INTERNACIONALES**

	Porcentaje ocupacional	
	Bajo	Alto
Días de estadía	Austria, España, Finlandia, Francia, Italia, Portugal, Suecia	Bélgica, Dinamarca, Irlanda
	Alemania	Buenos Aires

Fuente: elaboración propia en base a los datos del Cuadro N° 22.



## Capítulo 3

# Experiencia internacional

### 1. INTRODUCCION

En este Capítulo se describe la organización de los sistemas públicos de atención hospitalaria y primaria en un conjunto de países seleccionados, y se detallan las reformas aplicadas en los últimos años.

Los casos presentados son: Inglaterra, España, Italia y Chile. Originalmente, también se había incluido a Canadá dentro de la lista de casos a evaluar, pero luego de analizarlo se lo dejó de lado puesto que en dicho país, a pesar de existir un seguro público de salud, la red prestacional es privada, por lo que se pierde relevancia para los propósitos de este estudio. Los cuatro casos presentados son considerados, en general, como casos exitosos en materia de reforma de salud.

La reforma de Inglaterra es sumamente atractiva puesto que constituye uno de los paradigmas en cuanto a modelos de reforma. A comienzos de la década del '90, este país revirtió radicalmente la organización del sistema prestacional público, dejando de lado el esquema de organización tradicional basado en relaciones jerárquicas y pasando a un esquema de relaciones contractuales; con ello se buscó recrear el esquema de incentivos propio de las relaciones de mercado. En los últimos años se han introducido importantes reformas destinadas a subsanar fallas de dicho proceso, pero estas no han revertido la esencia organizativa del sistema. Muchos de los mecanismos empleados en Inglaterra (especialmente aquellos relacionados con la canalización del financiamiento hacia los hospitales), pueden ser de utilidad para la reforma en la provincia de Buenos Aires.

En el caso de España, se partió de un esquema basado en la seguridad social, con un fuerte predominio de los hospitales públicos en la actividad prestacional. En este país, al igual que lo sucedido en Argentina, también se inició un proceso de descentralización (en la década del '70, durante el período de transición hacia la democracia) sin haber resuelto los problemas de fondo del sector: quedaban pendientes aspectos centrales como la definición de un modelo en torno del cual debía organizarse el sistema de salud. La situación inicial española en materia de organización, era realmente caótica: existían una multiplicidad de redes prestacionales pertenecientes a diferentes jurisdicciones, que funcionaban en forma desorganizada y se apreciaban innumerables falencias en la organización de las prestaciones primarias. Luego de la transición a la democracia, se empen-

dió un lento proceso de reformas que progresivamente mejoraron la organización del sistema de salud. La "Ley General de Sanidad" aprobada en el año 1986, sirvió para sistematizar los pequeños cambios que se habían adoptado en el período previo y fijar la orientación de las reformas subsecuentes. La reforma española puede aportar experiencias útiles para Argentina en cuanto al manejo de la transición hacia un nuevo modelo de salud (desde uno de Seguridad Social a un modelo de Sistema Nacional de Salud). Con relación al caso de la provincia de Buenos Aires, se pueden extraer lecciones importantes en lo que respecta a la organización de las prestaciones primarias. A su vez, los pasos dados por algunas comunidades autónomas en cuanto al método de gerenciamiento y financiamiento de sus hospitales, también constituyen modelos válidos para la reforma en Buenos Aires.

En Italia, al igual que en España, también se encuentra un ejemplo de transición desde un modelo de Seguridad Social hacia uno de Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, en Italia los reordenamientos introducidos se han efectuado en lapsos relativamente breves. Este no es el único paralelismo que guarda el caso italiano con Inglaterra; el modelo de descentralización adoptado por Italia en 1978, fue similar en muchos aspectos al empleado por Inglaterra y, más recientemente, las reformas aplicadas en 1992 y 1999 se han guiado por los mismos principios organizativos adoptados por Inglaterra en 1991 y 1999, respectivamente.

Finalmente, el caso de Chile constituye un ejemplo de reforma exitosa dentro de un país latinoamericano. Luego de la descentralización de la década del '80, en los '90 se ha emprendido un proceso de recupero y modernización del sistema público que ha permitido la adopción de métodos de gestión y financiamiento de los servicios realmente sofisticados.

### 2. INGLATERRA

#### 2.1. ORGANIZACION GENERAL DEL SERVICIO Y EVOLUCION HISTORICA

El servicio de salud de Inglaterra es desempeñado mayoritariamente por el sector público a través del Servicio Nacional de Salud (National Health Service -NHS-). Menos del 11% de la población cuenta con alguna forma de seguro privado de salud. Existen,

además, aproximadamente 230 hospitales privados independientes en el Reino Unido, agrupados, por lo general, en cadenas de alcance nacional, algunas de las cuales están integradas verticalmente con las principales compañías del seguro de salud. Sin embargo, la mayor parte de las prestaciones hospitalarias se lleva a cabo dentro de los centros pertenecientes al NHS.

El NHS fue instaurado en 1948, estableciendo la responsabilidad colectiva para el Estado de un servicio gratuito y abierto. Inicialmente hubo una fuerte oposición de parte de los médicos a la instauración de dicho sistema, sin embargo, mediante arduos procesos de negociación con los colegios profesionales (Royal Colleges) se alcanzó el apoyo de los mismos. La configuración del sistema dio lugar a dos tipos de relaciones laborales: contratos independientes, para los médicos generales (General Practitioners -GPs-), y empleo en relación de dependencia, para los especialistas que prestan servicios en los hospitales (Senior Specialists). Esta última forma de relación laboral no invalidó la actividad privada de dichos profesionales.

Desde su creación, el NHS contó con dos sectores fundamentales que actuaron como subsistemas administrativamente separados entre sí: el sector de atención hospitalaria (Hospital and Community Health Service) y el de atención primaria (Family Health Service). Sin embargo, a partir de las reformas introducidas desde la segunda mitad de los '90, se está tendiendo a una creciente integración administrativa y operativa entre los mismos.

En el año 1973, como respuesta a la crisis del estado de bienestar, se emprendió un primer conjunto de reformas orientadas a la descentralización del servicio. Se establecieron regiones y distritos sanitarios, y se adoptó un criterio objetivo para el reparto territorial de los recursos.

Las reformas subsecuentes estuvieron orientadas a perfeccionar el proceso de descentralización. Durante el período de gobierno conservador el énfasis estuvo puesto en la eficiencia del sistema: primero (1979) se adoptaron algunas medidas para elevar la eficiencia interna de los hospitales, ordenándose la terciarización de algunos servicios, como por ejemplo lavandería, luego (reforma de 1983) se abordó el problema de la complejidad administrativa derivado del sistema de autoridad multinivel que había generado el proceso de descentralización, y se reformó el estilo de management dentro de los hospitales, dentro de otras unidades administrativas del sistema y de la propia conducción del mismo; más tarde (reforma de 1991) se acudió a mecanismos de mercado tales como la separación entre las decisiones de compra y de provisión del

servicio, y el cambio desde las relaciones jerárquicas hacia relaciones contractuales entre los actores del sistema; también se dio un mayor protagonismo a la atención primaria como forma de acrecentar la eficiencia y la contención de los costos dentro del sistema. Finalmente, con el retorno al poder de los laboristas, se cambió el acento de la política de reformas, propendiendo a la elevación de la calidad y equidad dentro del servicio, pero se mantuvieron muchas de las características organizativas del período previo; el eje de los cambios que actualmente se están implementando está puesto en la introducción de pautas regulatorias que subsanen fallas del esquema contractual que se había establecido previamente.

## 2.2. REFORMAS SELECCIONADAS

### *Descentralización*

Un primer conjunto de reformas fue introducido en 1973, con el inicio del proceso de descentralización. A partir de ese año se pasó toda la responsabilidad en materia de planeamiento del NHS, a las Autoridades Regionales de Salud (en inglés, RHAs). El territorio inglés fue dividido en 90 regiones, que gozaban de amplia autonomía. Muchas de estas fueron a su vez divididas en distritos; los equipos de gestión de cada distrito eran los encargados de la conducción del hospital general ubicado en su jurisdicción. Esta reforma pronto evidenció falencias, relacionadas con la lentitud en la toma de decisiones y el excesivo costo burocrático que imponía.

Con el propósito de buscar la forma de agilizar la toma de decisiones y de reducir el costo burocrático del sistema, en el año 1976 se estableció la "Merrison Royal Commission". Ésta emitió un reporte en el año 1979 que sugirió la necesidad de abandonar el sistema de autoridad multinivel. En el año 1982 se obró en consecuencia y se introdujo una reforma, que dio lugar al surgimiento de 192 Autoridades de Distritos de Salud (en inglés, DHAs), que han sido las unidades básicas del sistema de administración del NHS hasta la actualidad. Las regiones progresivamente pasaron a tener un rol más acotado y fueron perdiendo autonomía. A su vez, su número fue drásticamente reducido con el propósito de eliminar estructuras. De las 90 regiones originales, para el año 1991 quedaban sólo 14 regiones y en 1994 fueron reducidas a 8, que actualmente funcionan como delegaciones del NHS Executive, dependiente de la Secretaría de Estado de Salud, en el nivel nacional.

Junto con la descentralización se abordó la tarea de establecer una regla automática de reparto geográfico de los recursos del NHS. A tal efecto, en el año 1975 se creó una comisión, la "Resource Allocation Working Party" (RAWP), que en 1976 recomendó el empleo de una fórmula basada en las necesidades de atención de la salud; los argumentos de la fórmula adoptada fueron: el tamaño de la población de cada distrito, su composición en cuanto a sexo y edad, el nivel de morbilidad (usando la tasa de mortalidad estándar como una proxy) e indicadores de diferencias geográficas que expliquen diferentes costos en la provisión del servicio (densidad poblacional, por ejemplo).

Dicho criterio de reparto, que en definitiva establece un sistema de cápitales ponderadas, se empleó para la distribución de recursos entre regiones y se mantiene prácticamente invariante hasta la actualidad. En la segunda mitad de los '90, se recomendó la incorporación de indicadores del estatus sanitario más sofisticados y de factores sociales (desempleo, por ejemplo).

El reparto de recursos hacia adentro de cada región (hacia cada uno de los distritos), sigue en general un criterio de cápitales ponderadas, similar al aplicado a nivel nacional. Sin embargo, ello no es posible en todos los casos (especialmente en las poblaciones de escaso tamaño) donde se mantiene el criterio histórico de transferencia en función de costo y actividad.

### *Reforma de la atención primaria*

El Reino Unido ha contado tradicionalmente con un esquema de atención primaria basado en médicos de cabecera. Estos profesionales se relacionan con el NHS a través de un contrato independiente, en contraposición a los médicos de hospital que poseen una relación de dependencia.

El 99% de la población se halla registrada en la lista de algún médico general (el 1% restante corresponde a personas sin hogar o es friccional, en el sentido de que se trata de pacientes que están cambiando de radicación y por ende de médico, por ejemplo). El 90% de los contactos de los pacientes con el NHS se hace a través de los médicos generales abocados a la atención primaria. El acceso a los hospitales respeta un sistema referencial por medio del cual los médicos derivan a los pacientes que deben ser tratados en dicha instancia.

Con el propósito de brindar una atención durante las 24 horas, los 365 días del año (evitando de este modo los ingresos a través de las guardias hospitalarias), se ha motivado el agrupamiento de los médicos

generales. En 1998, el promedio de médicos por cada una de estas unidades era de alrededor de 3 profesionales (existían 27.392 médicos registrados y 8.994 unidades de servicio). Menos del 10% de los médicos operaban en forma individual, lo cual es un claro avance respecto de lo que sucedía en la década del '50 (en los primeros años del NHS) cuando más del 50% de los médicos operaban individualmente.

De acuerdo con la información de 1998, cada médico posee 1.866 pacientes en promedio dentro de su lista y realiza, también en promedio, unas 10.000 consultas anuales, lo que constituye un nivel de actividad más elevado que el registrado en otros países.

La mayoría de los pacientes mantiene una relación de largo plazo con su médico, a pesar de que está vigente la libre opción de estos profesionales dentro de cada distrito. La asignación de profesionales por distritos está regulada: cada nuevo profesional puede registrarse libremente en los distritos establecidos como abiertos dentro de la regulación (generalmente aquellos que evidencian déficits en materia de recursos humanos), pero sólo excepcionalmente puede hacerlo en las áreas sobre pobladas de médicos.

Desde comienzos de la década del '90 se vienen desarrollando reformas destinadas a fortalecer la atención primaria y a perfeccionar su coordinación con la atención secundaria.

En 1990, se modificó el contrato con los médicos generales (GPs) cuya esencia permanecía inalterada desde la creación del NHS en 1948. Esta reforma realzó el rol de control de las Autoridades del Servicio de Salud Familiar (en inglés, FHSAs), sobre estos profesionales; hasta el año 1996 las FHSAs fueron la contraparte de las DHAs, en lo referido a los cuidados primarios y a partir de esa fecha fueron absorbidas por estas últimas.

Con la reforma de 1990, entre otras cosas, se le requirió a los GPs la presentación de reportes anuales conteniendo las prescripciones de medicamentos que habían efectuado a sus pacientes, junto con presupuestos indicativos de los mismos; también se les exigió el alcance de determinados objetivos en cuanto a la realización de chequeos médicos y al desarrollo de servicios preventivos.

El componente esencial de esta reforma fue el cambio operado en el sistema de pagos a los médicos, que permitió la incorporación de un esquema de incentivos tendiente a mejorar la performance de estos profesionales.

A los médicos generales también se les asignó un importante rol en la reforma del sistema hospitalario

de 1991, se pasó progresivamente a un esquema de compra de los servicios hospitalarios basado en el sistema de atención primaria, mediante la instrumentación de los GP Fundholdings, que eran fondos financiados por el NHS y administrados por los médicos generales (GPs), destinados al financiamiento de las prácticas hospitalarias encargadas por éstos.

### *Gestión y financiamiento de los hospitales*

Este tipo de reformas se iniciaron a partir de 1979, con el advenimiento del gobierno conservador. Estuvieron destinadas a elevar la eficiencia de gestión dentro de las unidades administrativas y de los efectores del sistema.

Una de las primeras medidas adoptadas fue la terciarización de los servicios auxiliares de los hospitales (lavandería, cocina, limpieza, etc.). Mas tarde, en 1983, se modificó el sistema de management de las autoridades de salud correspondientes al sistema de atención hospitalaria. Se pasó del esquema de equipos de gestión que funcionaba dentro de las autoridades de distrito (DHAs), al de un “gerente general” en cada uno de ellos. A su vez, en el nivel central se establecieron áreas separadas para cumplir las funciones de política y planificación de la salud por un lado, y la del manejo operativo del sistema de atención hospitalaria por el otro; esta última responsabilidad recae actualmente sobre el NHS Executive, del cual dependen las delegaciones regionales.

A partir de abril de 1991, mediante la puesta en vigencia del “NHS and Community Care Act” de 1990, la gestión de cada uno de los hospitales quedó en manos de los NHS Trusts. De este modo, los hospitales fueron convertidos en “Organizaciones sin Fines de Lucro”, que si bien pertenecen al NHS, están fuera del control de las autoridades distritales de salud (DHAs). Los NHS trusts son cuerpos de directores ejecutivos y no ejecutivos, que gozan de amplia autonomía y operan cada unidad prestacional del sistema de servicios hospitalarios y comunitarios (Hospital and Community Health Service).<sup>28</sup>

Por lo general, esta nueva forma de conducción de los hospitales se ha organizado en torno de un conjunto de directorios de especialidades clínicas (Clinical Directorates -CDs-); cada directorio cuenta con un director, asistido por una jefa de enfermería y un encargado

de negocios (business manager), y es responsable del manejo clínico y financiero de su especialidad. A su vez, dentro de cada centro existe un director médico, encargado de coordinar a los diferentes CDs y trabaja junto con el Jefe Ejecutivo del hospital.

Con esta reforma también se revirtió por completo el sistema de financiamiento hospitalario. La misma desarrolló un cuasi-mercado entre el conjunto de prestadores, separando las decisiones de provisión del servicio de las compras de los mismos. Lo cual también implicó un cambio fundamental en el modo de relacionamiento de los actores dentro del sistema, puesto que se pasó de un esquema basado en relaciones jerárquicas a uno basado en relaciones contractuales.

La oferta de servicios hospitalarios quedó bajo la responsabilidad de los NHS trusts, que, tal como se articuló el nuevo sistema, debían competir entre sí por la obtención de contratos con las unidades responsables de la compra del servicio.

La demanda de servicios fue desempeñada inicialmente por las autoridades de distrito (DHAs) y, en forma creciente, por una nueva institución creada con esta reforma: los GP fundholdings. Estos fondos estuvieron destinados a cubrir determinadas prestaciones prescriptas por los médicos generales, para ser desarrolladas en los hospitales. La delegación regional del NHS Executive, fue la responsable del financiamiento y supervisión de los mismos, pero el manejo efectivo de los recursos correspondía a médicos generales (GPs). Éstos disponían de un presupuesto para contratar con los hospitales los servicios incluidos en la cobertura de los GP Fundholdings.

La creación de estos fondos fue una experiencia piloto destinada a explorar mecanismos para generar una mayor integración entre el sistema de atención hospitalaria y el de atención primaria y, con el correr del tiempo, el uso de este mecanismo se hizo masivo abarcando a un número creciente de servicios hospitalarios. Posteriormente, surgieron otras variantes<sup>29</sup>; entre las que se pueden mencionar: los Multifunds, también dependientes del NHS Executive; y más recientemente, los Total Purchasing Pilots, que funcionaron con el mismo criterio pero bajo la dependencia de las DHAs. El desarrollo adoptado por este proceso hizo que el sistema de GP fundholding se transformara progresivamente en el principal canal de recursos hacia el sistema hospitalario, en detrimento del financiamiento canalizado por los contratos efectuados entre las DHAs y los hospitales.

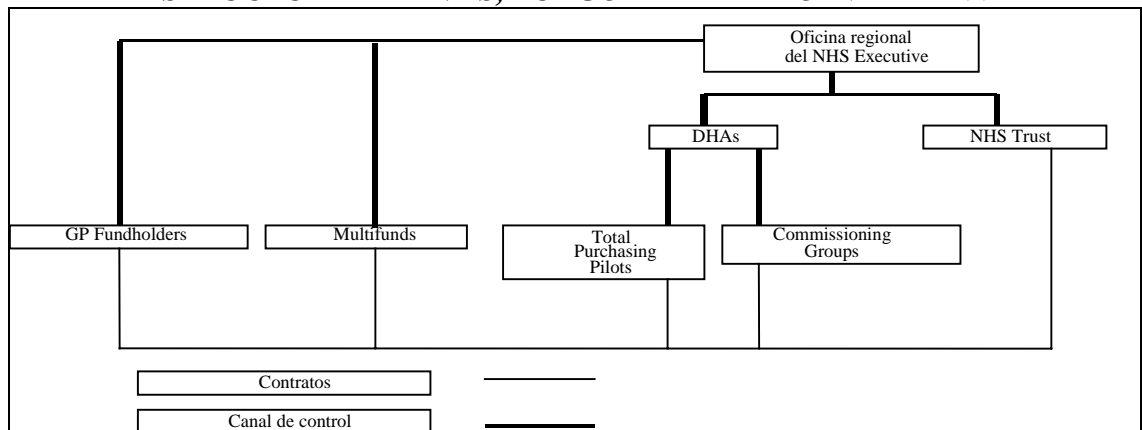
<sup>28</sup> Esto incluye hospitales, prestadores de servicios comunitarios y de servicios ambulatorios. Para el año 1998, todas las unidades prestacionales habían adquirido el estatus de NHS Trust.

<sup>29</sup> El apoyo gubernamental fue fundamental para esta expansión. Hubo una serie de incentivos para los médicos que adhirieran al sistema.

Inicialmente hubo una fuerte oposición de parte de la entidad que nuclea a los médicos, la British Medical Association (BMA); pero luego, al verificarse una creciente adhesión de los médicos generales a este esquema, la BMA terminó dando un amplio apoyo. Para el año 1998, alrededor de 15.000 médicos generales habían adherido a este sistema de GP Fundholding, 2.600 al de Multifunds y 1.500 estaban dentro de los Total Purchasing Pilots; en conjunto, esto es alrededor del 70% de los médicos generales del NHS.

Un gran número de los médicos que permanecieron reticentes a ingresar en el esquema de GP Fundholding,<sup>30</sup> se organizaron en torno de lo que se denominó “Commissioning Groups”. Estos eran grupos de médicos que trabajaban en conjunto con las DHAs, para establecer prioridades y estrategias en la contratación de los servicios a los hospitales que efectuaban estas últimas. Para el año 1998 había 7.000 médicos generales dentro de este sistema. En cada distrito, el esquema quedó articulado tal como se expone en el Gráfico N° 22.

**GRAFICO N° 22**  
**ESTRUCTURA DEL NHS, LUEGO DE LA REFORMA DE 1991**



Fuente: Health Care Systems in transition. European Observatory on Health Care Systems. Reporte sobre Reino Unido.

Se desarrollaron tres tipos de contratos entre los NHS Trusts y las entidades encargadas de efectuar las compras de los servicios hospitalarios: contratos en bloque, contratos de costo y volumen, y contratos de costo por caso. La mayor parte de estos contratos se estipulaban por el término de un año.

Los contratos en bloque establecen un sistema capitado; se abona un importe a cambio del acceso de un grupo poblacional determinado (los residentes de un distrito, por ejemplo), a un cierto conjunto de servicios. En la práctica, se ha desarrollado una forma derivada de este tipo de contrato, que se lo denomina “contrato en bloque sofisticado”, donde además se establece un mínimo y un máximo de actividad a desarrollar por el prestador y se prevén cláusulas de ajustes para cuando la actividad se desvía de dichos límites. Los contratos de costo y volumen fijan un importe a cambio de un número predeterminado de tratamientos brindados, de casos atendidos, etc. Finalmente, los contratos de costo por caso fijan un importe para cada prestación.

Un estudio realizado sobre un conjunto de DHAs, indica que el 69% de los contratos concertados por

dichas autoridades con los hospitales de agudos, son del tipo de los contratos en bloque sofisticados, el 25% corresponde a contratos de costo y volumen y el 5% corresponde a contratos de costo por caso. Esta última forma de contratos ha sido más utilizada en los servicios pagados por los GP fundholdings a los hospitales.

Las principales críticas efectuadas al sistema implantado con la reforma de 1991, fueron: a) existencia de un servicio fragmentado, que provocaba desigualdades en los tratamientos dados a los pacientes que asistían a médicos adherentes o no adherentes al esquema de GP fundholding; b) existencia de altos costos de transacción asociados a la negociación de los contratos con los NHS Trusts; y c) excesivo énfasis en la contención de costos a expensa de la calidad de las prestaciones.

La propuesta de los laboristas contenida en el libro blanco, “The new NHS: modern, dependable”, cons-

<sup>30</sup> La principal causa de no adhesión se debió a cuestiones ideológicas, como por ejemplo la oposición a efectuar alguna forma de racionamiento en el servicio.

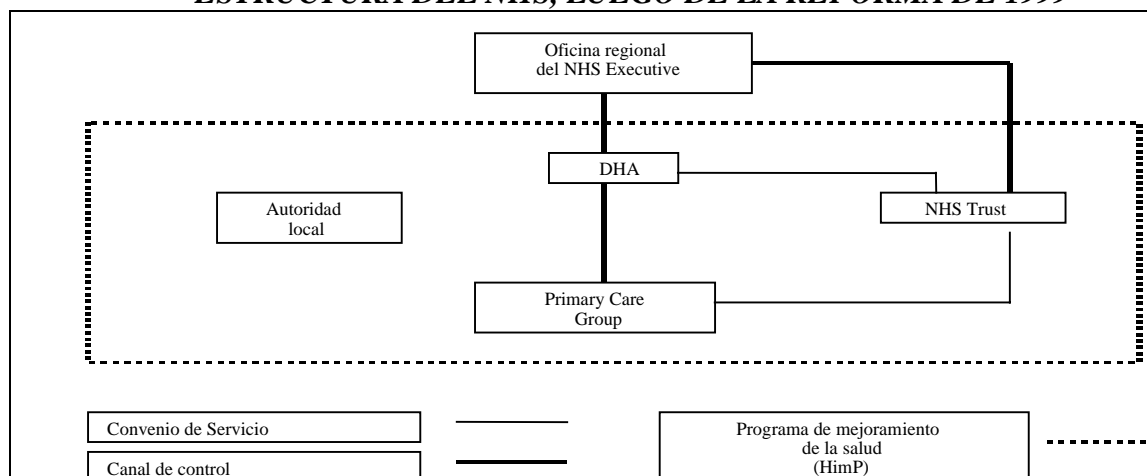
tituye una agenda de reforma de 10 años que trata de revertir los problemas antes enunciados, manteniendo los logros obtenidos en materia de atención primaria con el sistema de GP Fundholding. Además, se trata de pasar de un esquema de incentivos basado en la competencia, a uno basado en principios asociativos y de colaboración. Dentro de las principales medidas que se están adoptando, se pueden mencionar:

- **Reemplazo de los contratos anuales por convenios de servicio de tres años de plazo.** Esta medida está destinada a reducir los costos de transacción que implica la negociación de los contratos todos los años.
- **Reemplazo del sistema de GP Fundholding por el sistema de Primary Care Groups (PCG).** Esta nueva figura, a diferencia del sistema anterior, se circunscribe a un área geográfica determinada y todos los médicos generales registrados en dicha área, tienen la obligación de adherir al PCG correspondiente. El propósito de esta reforma es la eliminación de las

desigualdades en la atención que recibían los pacientes que asistían a un médico adherente al sistema de GP Fundholding y los que asistían a uno que no era adherente.

- **Traspaso gradual de la función de contratación de servicios de las DHAs, hacia los PCGs.** Esta reforma tiende a concentrar toda la contratación de los servicios en los PCGs, dejando en las DHAs la función estratégica de liderar y coordinar el plan de salud de su distrito (Health Improvement Plan -HimP-). En esto último se prevé también la coordinación con otras agencias locales, externas al NHS. En el marco de los HimPs, se prevé revertir parte de la conflictividad generada por el esquema de mercado, dando lugar a un entorno de mayor colaboración entre los actores dentro de cada distrito: la DHA, el PCG, el NHS Trust y otra serie de entidades locales que se relacionan con el sistema. La nueva estructura del sistema se puede apreciar en el Gráfico N° 23.

**GRAFICO N° 23**  
**ESTRUCTURA DEL NHS, LUEGO DE LA REFORMA DE 1999**



Fuente: Health Care Systems in transition. European Observatory on Health Care Systems. Reporte sobre Reino Unido.

- **Creación y desarrollo de un nuevo conjunto de instituciones centrales destinadas a promover la calidad del servicio.** Esto incluye la creación del Instituto Nacional de Excelencia Clínica, para diseminar información dentro del NHS sobre las mejores prácticas clínicas; el desarrollo de un servicio nacional destinado a recomendar las formas más adecuadas de tratamiento ante enfermedades específicas; y la formación de la Comisión para el **Mejoramiento de la Salud**, destinada a monitorear el mejoramiento de

los estándares de salud en el nivel local.

- **Creación de programas específicos para áreas degradadas.** Se crearon 26 Zonas de Acción en Salud (en inglés, HAZs) en las áreas más afectadas por la exclusión social. A la administración de cada una de estas zonas se le ha encargado la tarea de estimular trabajos conjuntos entre el NHS, el gobierno local, la industria local y organizaciones voluntarias, tendientes a mejorar el estándar de salud en dichos lugares.

### *Régimen y remuneración de recursos Humanos*

La configuración del sistema dio lugar a dos tipos de relaciones laborales: contratos independientes, para los médicos generales dentro del sistema de atención primaria, y empleo en relación de dependencia, para los médicos de hospital.

#### Médicos generales

Los términos del contrato que relaciona a estos profesionales con el NHS, son negociados a nivel nacional entre el General Medical Services Committee (la representación de los médicos generales dentro de la British Medical Association) y el Departamento de Salud.

A partir de 1990, los pagos comprendidos en este contrato pasaron a tener tres componentes: un arancel fijo, un pago por capitas de acuerdo al número de pacientes que cada médico mantiene en su lista, y una serie de pagos específicos en función del desempeño dentro de los objetivos antes enunciados. Este cambio sentó las bases para reformas subsiguientes.

#### Médicos de Hospital

A diferencia de los médicos generales, estos profesionales perciben un ingreso salarial. La escala salarial es determinada cada año por el gobierno nacional. La selección de estos profesionales corre por cuenta de la conducción del hospital.

A los profesionales que optan por un contrato full time con el NHS, se les permite obtener hasta sólo el 10% de su ingreso bruto mediante la realización de prácticas privadas. En el caso de los que optan por una actividad part time, no existen restricciones a la realización de actividades en forma privada.

En adición a estas remuneraciones, a partir de la instrumentación de los NHS trusts, cada hospital suele otorgar premios por mérito a un conjunto de profesionales seleccionados anualmente de su planta. Este sistema está siendo actualmente criticado puesto que el criterio de selección se basa, casi exclusivamente, en logros en materia de investigación y poco o nada en la performance médica, que es más difícil de evaluar.

#### Personal de enfermería y otros componentes del staff

A partir de 1998 se introdujo una reforma en la carrera hospitalaria de este personal. Se establecieron

nueve escalas, que van desde el nivel (A) que comprende a los auxiliares de enfermería y otros trabajadores que realizan tareas rudimentarias de apoyo para el desempeño de los hospitales, hasta el nivel (I) que comprende al personal de enfermería que reviste cargos de conducción en las diferentes unidades del hospital.

La escala salarial también es definida por el gobierno central. A partir de 1998 se elevó sustancialmente la remuneración para motivar un mayor ingreso de personas a esta actividad.

### **3. ESPAÑA**

#### **3.1. ORGANIZACION GENERAL DEL SERVICIO Y EVOLUCION HISTORICA**

A diferencia del caso inglés, donde en 1991 se aplicó rápidamente una reforma radical al sistema, el proceso de reformas de España se viene desarrollando lentamente a lo largo del último cuarto de siglo. A su vez, el último conjunto de reformas aplicado en los '90, fundamentalmente destinado a mejorar la gestión dentro del sistema, se halla actualmente en la faz experimental.

Tradicionalmente España tuvo un sistema de salud basado en un modelo de seguridad social. Los primeros intentos de descentralización en España se efectuaron en 1972 (antes de la transición hacia la democracia iniciada en 1975), con la Ordenanza General sobre Régimen, Gobierno y Servicio en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicha ordenanza estableció una configuración territorial del sistema de centros prestacionales de la seguridad social, basada en las provincias, pero ello no implicó un traspaso de responsabilidades hacia dichos niveles de gobierno; el gobierno central estableció delegaciones en cada una de estas jurisdicciones. Más allá de este cambio, durante años permanecieron sin resolución una serie de problemas de fondo relacionados con la organización del sistema de salud. Se pueden mencionar, por ejemplo:

*a) Existía un conjunto de redes de salud en diferentes reparticiones del Estado, con poca conexión y coordinación entre ellas.* Las prestaciones de salud de la seguridad social dependían del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, este subsistema era también el responsable de la administración de los Hospitales Generales Nacionales que constituían el componente más importante de la oferta de servicios hospitalarios.

La responsabilidad sobre la salud pública correspondía a la "Gobernación" (el equivalente al Ministerio de Interior). Las autoridades locales (ayuntamientos y provincias) poseían sus propias redes de centros asistenciales y eran responsables del tratamiento de enfermedades infecciosas, de los neuropsiquiátricos y de las prestaciones a personas necesitadas que no contaban con cobertura de la seguridad social; el 30% de las camas disponibles en el sector público correspondían a estos niveles de gobierno. También había otras redes dentro del nivel central: el Ministerio de Defensa era el responsable de la salud de los militares y poseía sus propios centros asistenciales; los hospitales universitarios eran administrados por el Ministerio de Educación; en tanto que las prestaciones dentro del sistema carcelario, correspondían a la "Gobernación". Sólo en el nivel central existían más de 50 departamentos desperdigados en varios ministerios, que tenían alguna responsabilidad sobre el sistema de salud.

b) *El cuidado primario había alcanzado un escaso desarrollo.* La atención primaria dentro del sistema de seguridad social se efectuaba a través de médicos generales que trabajaban en forma individual, con dedicación part-time (2 hs. y media por día) y recibían un arancel por cápita de pacientes registrados en su lista. La función de estos médicos era exclusivamente curativa y funcionaban en redes con escasa conexión. Por ejemplo, para la atención en zonas rurales, los médicos eran empleados por los ayuntamientos, aunque dependían formalmente del sistema de seguridad social del nivel central, en tanto que los centros ambulatorios de las zonas urbanas integraban una red separada, administrada directamente por el sistema de la seguridad social.

c) *No existía cobertura universal, lo que conducía a un acceso inequitativo.* Los necesitados poseían sólo un acceso limitado a las redes locales, los trabajadores asalariados que accedían a los beneficios de la seguridad social y los segmentos más pudientes de la población, accedían a la red de sanatorios privados.

A partir del año 1977 se inició un ciclo de reformas destinadas a revertir estos problemas; la primera medida fue la concentración de todos los programas y centros de salud del nivel central, bajo la responsabilidad del recientemente creado Ministerio de Salud y Seguridad Social.

Al año siguiente, la reforma constitucional de 1978 estableció el derecho de todos a gozar de una adecuada protección de la salud, estableciendo el principio de cobertura universal. Dicha norma también modificó la organización territorial del país, devolviendo mucho del poder que había concentrado el gobierno central, hacia las 17 regiones autonómicas

("las autonomías"). Esto último implicó que la descentralización de la política de salud progresivamente cobrara un nuevo impulso. Inmediatamente después de la reforma constitucional, se transfirió a las autonomías la responsabilidad sobre la salud pública. Sin embargo, con relación a la administración del sistema prestacional y del seguro de salud, recién a partir del año 1981 se registraron avances serios en la materia.

En 1978 también se creó el Seguro Nacional de Salud y el organismo encargado de administrar el sistema de seguro de salud (INSALUD), lo que permitió la separación organizativa entre la administración de la seguridad social y la del sistema público prestacional del gobierno central. A partir de 1981, el Ministerio de Salud y Seguridad Social, pasó a ser simplemente Ministerio de Salud.

En 1981 también se inició un proceso asimétrico de descentralización del sistema prestacional y del seguro de salud hacia las autonomías.<sup>31</sup> La primera en recibir estas funciones ese año fue Cataluña. Más tarde, se hizo lo propio con Andalucía en 1984, Valencia y el País Vasco en 1988, Navarra y Galicia en 1991 y las Islas Canarias en 1994.

En el año 1984 se inició la reforma del sistema de atención primaria de la salud, que era la parte más desfinanciada del sector y también sobre la que existía mayor descontento popular. Unos años antes se habían sentado las bases para el desarrollo de esta estrategia, mediante la creación de la especialidad de médico de familia, para la cual se requirieron 3 años más de capacitación por sobre los 6 años necesarios para ser médico general. A partir del año 1984, se inició un proceso de fuerte inversión destinada a ampliar la capacidad en la atención primaria y también se comenzó a desarrollar una nueva forma de prestación de este servicio, basada en equipos de profesionales dentro de centros de atención primaria. Adicionalmente se reformó la definición de objetivos de la atención primaria, pasando del rol meramente curativo que habían desempeñado los médicos generales, a una función más amplia que incluye promoción de la salud, prevención, aplicación de tratamiento curativos y rehabilitación.

Finalmente, en el año 1986, se aprobó la "Ley General de Sanidad" que sistematizó las reformas adoptadas en el período 1977-1986 y fijó una agenda para las reformas subsecuentes. Dicha norma también definió formalmente la transformación del modelo de

<sup>31</sup> Se lo denomina asimétrico puesto que todas las autonomías no recibieron un tratamiento homogéneo. Aún hoy, en 10 de las 17 autonomías el sistema continúa siendo gestionado por el nivel central.



salud, desde un sistema de seguridad social (modelo de Bismarck) hacia un sistema nacional de salud (modelo de Beveridge), prescribiendo la sustitución progresiva del financiamiento proveniente de los cargos a la nómina laboral, por uno proveniente de rentas generales.

A pesar de los pasos dados en la reorganización del sistema de salud, a comienzos de la década del '90, el nivel de insatisfacción de la ciudadanía continuaba siendo elevado (Blendon y otros 1991).<sup>32</sup> A su vez, el gasto en salud había comenzado a crecer en forma significativa. Se puede decir que el énfasis de la reforma puesto en los '80 sobre la reestructuración general del sistema, su racionalización y la mejora en la cobertura y el acceso; cambió en los '90 hacia objetivos tales como la contención de los costos, la elevación de la calidad y el incremento de la satisfacción de los ciudadanos.

Las reformas de los '90 se concentraron fundamentalmente en la introducción de mejoras administrativas y de gestión, dentro del sistema público. Varias de estas iniciativas se derivan del reporte de 1991 elaborado por una comisión parlamentaria creada específicamente para evaluar los problemas del sistema de salud y sugerir reformas (el Informe Abril). El Informe tuvo un fuerte rechazo, puesto que sus sugerencias fueron consideradas como una forma de privatizar la salud. A pesar de ello, las principales propuestas terminaron siendo adoptadas, ya sea en la legislación del nivel central o en la legislación de las autonomías, que operan sus propios sistemas.

A continuación se describen con más detalle las reformas aplicadas dentro de los tópicos enunciados previamente, que pueden ser de utilidad para el caso de la provincia de Buenos Aires. Tal es el caso del proceso de descentralización (tanto la transferencia de responsabilidades hacia las autonomías, como la reorganización territorial del servicio en términos operativos), la reforma de la atención primaria iniciada en 1984, los cambios en la gestión y financiamiento hospitalario efectuados en los '90 y las modificaciones introducidas en el régimen de recursos humanos.

## 3.2. REFORMAS SELECCIONADAS

### *Descentralización*

#### Transferencia de responsabilidades hacia las regiones autónomas

España emprendió un proceso de descentralización asimétrico, conduciendo a que el servicio de salud quedara estructurado en forma disímil a lo largo del territorio. De las 17 autonomías en que se halla dividido políticamente el territorio, 10 autonomías, que aglutinan el 37% de la población, cuentan con un régimen que sigue siendo administrado por el gobierno central; las restantes 7, que obtuvieron ciertas prerrogativas en la reforma constitucional de 1978 o que calificaron para la descentralización del servicio, poseen un régimen especial que es administrado por cada una de ellas.

En las autonomías que funcionan bajo el esquema centralizado, la gestión y el financiamiento del sistema, corre por cuenta de INSALUD. En el caso de las autonomías que administran su propio sistema, el financiamiento se canaliza desde el gobierno central a través de un esquema de transferencias específicas para los gastos en salud, que progresivamente ha convergido hacia un sistema de "cápitas ponderadas", similar al RAWP que emplea Inglaterra para la distribución de los recursos entre regiones. A su vez, dos de las autonomías con régimen especial (País Vasco y Navarra), a partir del año 1998 financian sus sistemas directamente a través de sus propios presupuestos, a cambio de lo cual obtuvieron una mayor autonomía fiscal.

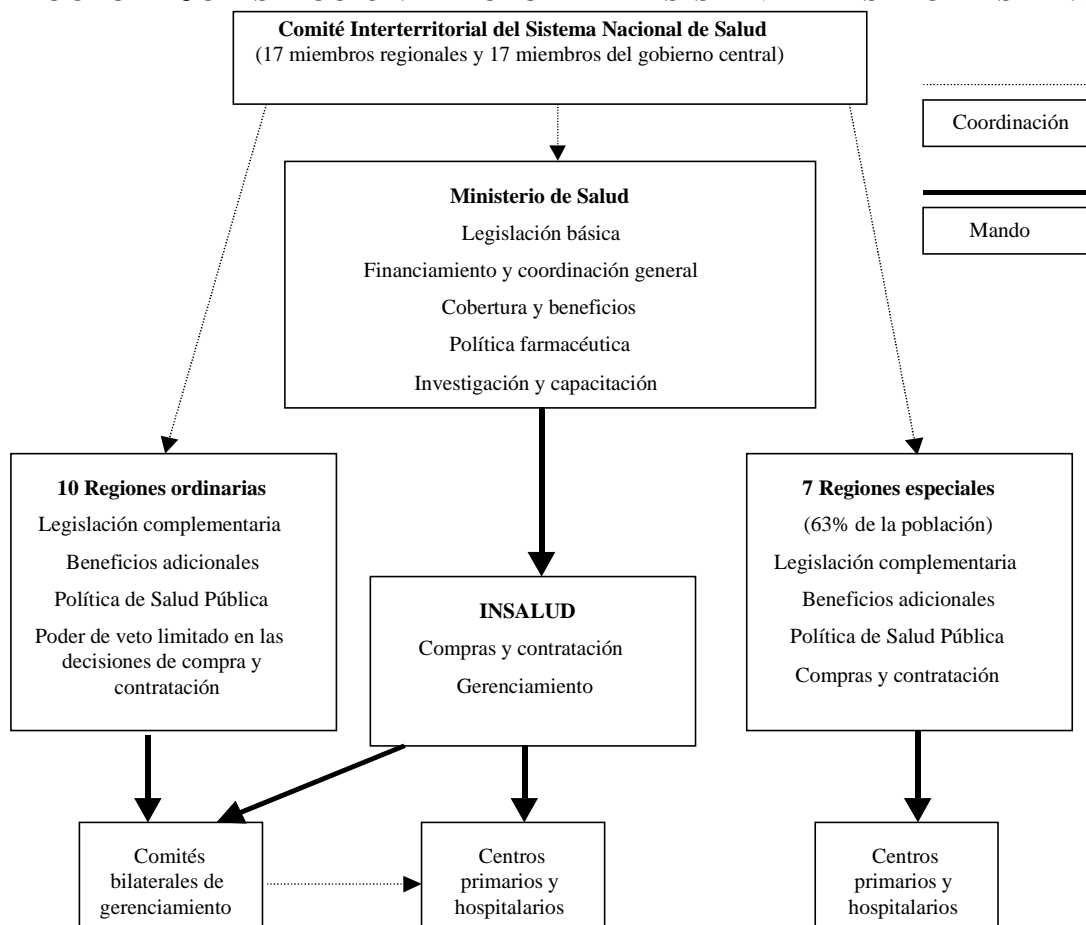
Los lineamientos básicos sobre la organización de los sistemas públicos de atención primaria y hospitalaria, fueron creados por la legislación central durante la década del '80. Las autonomías que han obtenido un estatus especial, tienen cierto margen para establecer sus propias pautas organizativas, pero por lo general los criterios seguidos no difieren significativamente de lo vigente para el resto del país. En el Gráfico N° 24 se esquematiza la organización del sistema de salud actualmente vigente.

---

<sup>32</sup> Blendon R., Donelan K., Jovell A., Pellisé L. y Costas E.(1991).

## GRAFICO N° 24

### ESTRUCTURA JURISDICCIONAL ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD ESPAÑOL



Fuente: Health Care Systems in transition. European Observatory on Health Care Systems. Reporte sobre España.

#### Reorganización territorial del servicio

La reforma de 1986 estableció la división de cada región en "Áreas de Salud", estipuladas en base a particularidades geográficas, estándares socioeconómicos, demografía, empleo, factores epidemiológicos, cuestiones culturales, conexión brindada por los medios de transporte y existencia de establecimientos del sistema de salud. Las áreas, se dividieron en zonas básicas de salud.

Como regla general, cada Área de Salud debería poseer una población de entre 200.000 y 250.000 habitantes y contar con (o estar ligada a) al menos un hospital general. Además de los hospitales también existen centros de servicios ambulatorios especializados, los cuales dependen del hospital del área de salud correspondiente. En muchos casos, el personal de

estos centros pertenece al cuerpo de servicios clínicos del hospital, que concurren a los centros ambulatorios en forma rotativa.

Cada área es responsable del manejo de los hospitales y los programas del servicio de salud, dentro de su alcance geográfico. El director de cada área de salud reporta ante la autoridad de salud nacional o regional, en el caso de las autonomías que cuentan con régimen especial.

Las zonas de salud se demarcan en torno de los centros de atención primaria, donde funcionan los "Equipos de Atención Primaria" (EAP); por lo general se estipula que la distancia entre el centro de atención primaria y el punto más distante de su zona, no puede haber un tiempo de viaje superior a 30 minutos. En función de ello, la población cubierta por cada una de estas zonas oscila entre los 5.000 y los 25.000

habitantes, dependiendo de la densidad demográfica.

El coordinador del EAP es el encargado de coordinar las actividades de prevención, promoción, tratamiento en cuidados primarios y desarrollo de actividades comunitarias dentro de su zona. Los coordinadores de los EAP reportan ante el director del área de salud correspondiente.

### *Reforma de la atención primaria*

A principios de los '80 se había creado la especialidad de médico de familia, luego, a partir de 1984, se inició un proceso de fuertes inversiones tendientes a ampliar la capacidad dentro de este tipo de prestaciones. También desde entonces se vienen operando importantes cambios institucionales en el sector.

A partir de estas reformas el servicio de atención primaria fue definido como el cuidado del individuo, las familias y la comunidad en su conjunto. Dicha función debe ser cumplimentada a través de un grupo de programas destinados a la promoción de la salud y la prevención, y también a través de tratamientos curativos y de rehabilitación prestados por la red de centros de atención primaria.

La reforma de 1984 introdujo los Equipos de Atención Primaria (EAP), en torno de los cuales se delimitan las zonas básicas de salud como forma de organizar el servicio. Actualmente hay 2.448 de estas zonas a lo largo de todo el territorio español. La convergencia al sistema de EAPs fue gradual; aún hoy un 20% de la población sigue siendo tratada mediante el mecanismo de médicos generales que regía previo a la reforma de 1984.

Desde 1986 los pacientes pueden optar por diferentes médicos de la misma área y a partir de 1993 también por médicos de otras áreas. Una parte del ingreso del médico (aunque relativamente pequeña) es una cápita en función de los pacientes incluidos en su lista.

Está estipulado que el primer contacto del paciente con el sistema sea la atención primaria y existe un sistema referencial orientado en este sentido. Desde la atención primaria se deriva a los pacientes a una atención especializada, si es necesario. La obligación del ingreso al sistema a través de la atención primaria no es necesaria en el caso de la visita a obstetras, oculistas, dentistas, y tampoco en el caso de ingresos por emergencias.

La calidad de los servicios de atención primaria ha aumentado notablemente y se ha reducido el tiempo de espera; el 92% de los pacientes debe esperar menos de un día para ser atendido en esta instancia. Sin em-

bargo, recientemente se ha mostrado preocupación por la gran cantidad de pacientes que ingresan directamente a los hospitales a través de los departamentos de accidentes y emergencias (el doble de los registrados por este concepto, a mitad de la década del '90). Aproximadamente un tercio de estos ingresos se dan durante el horario de atención de los EAP, de los cuales, la mitad corresponden a problemas que también pueden ser atendidos en ese nivel de atención.

### *Gestión y financiamiento de los hospitales*

Luego de las reformas de la década del '80, el esquema organizativo dentro de los hospitales quedó estipulado a través de la normativa del gobierno central. Se contempló la existencia de una división médica, una división de enfermería y una división administrativa, todos subordinados jerárquicamente a un director general, que reporta directamente a la autoridad de salud nacional o regional, según sea el caso. Hasta ya entrados los años '90, el financiamiento de los hospitales se efectuó por medio de reembolsos retroactivos, prácticamente sin negociaciones previas en cuanto al tamaño de los recursos transferidos.

A principios de la década del '90, se comenzó a modificar el mecanismo presupuestario de los hospitales yendo hacia la estipulación de contratos-programa. En un comienzo se establecieron proyectos piloto con ciertos hospitales y luego se fueron generalizando. El Gobierno Catalán fue uno de los pioneros en esta materia y luego se adoptaron criterios similares en el resto de las autonomías y también en la parte del sistema administrado por INSALUD. La modificación consistió en utilizar esquemas de financiamiento basados en contratos. Bajo este sistema, el gobierno (ya sea la autonomía o INSALUD) actúa como "pagador" del sistema, contratando con los hospitales un conjunto de objetivos a ser alcanzados; luego el financiamiento queda ligado al cumplimiento de dichos objetivos.

Esto exigió el desarrollo de fuentes de información relativamente sofisticadas para posibilitar mejores formas de contratación con los hospitales. En particular se trató de desarrollar mecanismos de ajuste por riesgo, que complementaran a los indicadores tradicionales como número de ingresos, días de internación, etc. Así, a partir de principios de la década del '90, se estableció un sistema informativo denominado Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB). Para 1999, el CMDDB cubría a la mayoría de los hospitales españoles.

A partir de 1991, se desarrolló en Catalunya la primera unidad agregada para medir la actividad de los hospitales, que fue obtenida mediante estudios de costos dentro del sistema hospitalario; esto se hizo para poder efectuar comparaciones entre hospitales.<sup>33</sup> El sistema de unidad de medición agregada fue adoptado más tarde en otras autonomías y también por INSALUD. Dentro de INSALUD, esta unidad se denomina “Unidad Ponderada Asistencial” (UPA) y consiste en expresar el costo de una serie de actividades hospitalarias como múltiplo del costo de un día de internación médica. Otras actividades especiales (e.g.

transplantes, diálisis) han permanecido fuera del sistema UPA y su financiamiento se calcula en forma separada.

Para la aplicación de la fórmula UPA, se efectúan proyecciones del nivel de actividad de los hospitales, que son introducidas en los contratos-programa, ello determina un primer presupuesto, al cual se le suma la proyección del costo de las prestaciones extra UPA; la suma de los dos conceptos arroja el presupuesto total para el funcionamiento del hospital considerado.

A continuación se expone el equivalente en UPAs de un conjunto de actividades hospitalarias

**CUADRO N° 24**  
**UNIDAD PONDERADA ASISTENCIAL. UPA**

Línea de Producción	Número de UPAS
<b>Internación</b>	
Médica	1,0
Quirúrgica	1,5
Obstétrica	1,2
Pediátrica	1,3
Neonatólogica	1,3
Terapia Intensiva	5,8
<b>Consultas</b>	
Primera	0,25
Sucesiva	0,15
<b>Emergencias</b>	
Urgencias no ingresadas	0,3
Cirugía ambulatoria no especificada	0,25

*Fuente:* Análisis de actividad y gasto en los hospitales del INSALUD de 1990 a 1993. Página web del Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Desde mediados de la década del '90, los hospitales tienen acceso a fuentes adicionales de recursos mediante la provisión de servicios a los planes de salud privados o mediante la venta de sus propios planes de cobertura para personas que no están alcanzadas por el seguro nacional de salud.

A pesar de estos cambios, el sistema continuó afrontando problemas relacionados con la falta de calidad en las prestaciones; la mayoría de los contratos-programa con los hospitales no estaban adecuadamente ligados a la calidad de las prestaciones, tampoco contenían mecanismos que indujeran a

una mayor coordinación con la atención primaria y no se habían introducido esquemas de incentivos destinados a motivar el compromiso de los profesionales y de la conducción de los hospitales, para la obtención de los objetivos del programa.

En la última parte de la década, se fueron introduciendo indicadores adicionales dentro de los contratos destinados a monitorear la efectividad de los tratamientos y la calidad de las prestaciones, especialmente en Catalunya y en el País Vasco. Adicionalmente, en 1998 se aprobó el plan estratégico para INSALUD, que incluyó un plan de mejoramiento de la calidad. En función de ello, se estableció un coordinador del plan a nivel de cada hospital y se introdujo un esquema de incentivos tendiente a la obtención de las metas de calidad fijadas en el plan.

<sup>33</sup> Catalunya cuenta desde 1998 con un sistema de pago a los hospitales de competencia por comparación (yardstick competition), para el cual el sistema de medición de la actividad hospitalaria ha sido sumamente útil.

Más recientemente, las Autonomías de Cataluña, Andalucía y el País Vasco, han establecido programas piloto que involucran formas de financiamiento más sofisticadas, que emplean agrupamientos de pacientes en función del diagnóstico (en inglés, Diagnostic Related Groups -DRGs-).

Por último, también se está experimentando con esquemas de gestión privada y con la transformación de los hospitales públicos en fundaciones. Tal es el caso de la Fundación Hospital de Alcorcón (Madrid), y del Hospital de la Ribera (Alzira, Valencia).

El hospital de Alcorcón es una fundación pública creada por el INSALUD en diciembre de 1996, con el propósito de introducir nuevas formas de autogestión en el sistema nacional de salud. El financiamiento de dicho hospital se efectúa mediante un presupuesto que la conducción del hospital acuerda con INSALUD.

El Hospital de La Ribera, en cambio, es un centro de titularidad pública con gestión privada, que inició sus actividades el 1° de enero de 1999. Esta fue la primera experiencia en España de colaboración entre el Estado, como financiador del servicio sanitario, y el sector empresarial, como proveedor del mismo. La gestión del Hospital de La Ribera corresponde a una Unión Temporal de Empresas, que además fue la encargada de construir y financiar la construcción del complejo. A cambio de dicha inversión obtuvo una concesión por diez años, con derecho a una prórroga por otros cinco. Al finalizar dicho lapso las instalaciones deben pasar a ser propiedad de la Administración Valenciana.<sup>34</sup> El financiamiento de los servicios prestados por este centro, está basado en un sistema de pago por cápitass, que en 1999 se estipuló en 34.000 pesetas por habitante al año (unos 190 dólares aproximadamente).

### *Régimen y remuneración de recursos humanos*

El régimen de recursos humanos del sistema español posee tres agrupamientos: personal con título universitario (médicos, dentistas, bioquímicos, etc.), con título terciario (trabajadores sociales, personal de enfermería, psicoterapistas, etc.) y resto del personal (mantenimiento, servicios auxiliares, etc.).

Los médicos, tanto los que se desempeñan en los hospitales como los abocados a los equipos de atención primaria, poseen una relación de dependencia con el sistema de salud. Los médicos generales que se

desempeñan en forma individual (que constituyen el remanente del viejo sistema de atención primaria), poseen un contrato independiente y perciben un pago por cápita según el número de pacientes incluido en su lista.

En términos generales, el salario anual de los médicos varía en un rango de entre los 5 y 8 millones de pesetas (esto es, entre u\$s 27.000 y u\$s 44.000). El salario mínimo está establecido en 1 millón de pesetas.

Los médicos de los EAP también perciben una proporción de su ingreso en función del número de pacientes, pero este componente es relativamente bajo (aproximadamente el 15% del ingreso). Dentro de este plus, el valor de las cápitass es variable de acuerdo a las características del grupo de pacientes (ancianidad, etc.).

El nivel de salarios está regulado por el gobierno nacional. Sin embargo, las autonomías que cuentan con un sistema descentralizado, tienen la posibilidad de aplicar complementos salariales. Existe una fuerte heterogeneidad entre las diferentes regiones, en cuanto al tipo y monto de estos complementos.

Una gran parte de los médicos que se desempeñan en el sistema público también desarrollan actividades privadas. En los últimos años se ha comenzado a instrumentar un esquema de incentivos económicos para favorecer el trabajo full time dentro del sector público.

El reclutamiento de los profesionales es efectuado por el nivel central. Los postulantes a cubrir las vacantes, luego de la aprobación de un examen inicial, adquieren un estatus de empleado permanente del sistema. La autoridad del hospital tiene una capacidad muy limitada en cuanto a la selección del personal y a la negociación de incentivos salariales.

## **4. ITALIA**

### **4.1. ORGANIZACION GENERAL DEL SERVICIO Y EVOLUCION HISTORICA**

Italia es uno de los países que adoptó una reforma radical de su sistema de salud en un lapso relativamente breve. Entre los años 1974 y 1978, descentralizó el sistema hospitalario hacia las regiones y adoptó un modelo de Servicio Nacional de Salud a cambio del modelo de seguridad social que regía previamente. Durante la década del '90, emprendió nuevas reformas destinadas a corregir falencias del sistema gene-

---

<sup>34</sup> Valencia es una de las Autonomías que posee un régimen especial y por ende, la Administración Valenciana es la responsable del servicio en dicha región

rado en la década del '70. Entre los años 1992 y 1993, estableció un sistema de mercado interno o cuasi mercado similar al modelo inglés, orientado a introducir competencia entre los prestadores. En 1999, en el marco de las reformas tendientes al federalismo fiscal en la relación entre la nación y las regiones, implementó otra reforma.

Previo a la reforma de 1978, las instituciones públicas destinadas a proveer servicios hospitalarios, ya funcionaban como entes autónomos dependientes del Ministerio de Salud (en 1968 se habían creado los "enti ospedalieri", que eran las entidades que administraban cada uno de estos hospitales). El sistema de seguro, en tanto, funcionaba con una multiplicidad de fondos aseguradores (más de 100 fondos diferentes), cada uno con su propia regulación. Algunos de estos fondos prestaban directamente los servicios a través de su propia red de prestadores y otros lo hacían en forma indirecta, reembolsando los costos que afrontaban los pacientes por acudir a prestadores independientes. A su vez, funcionaban dos entes públicos encargados de administrar y controlar el sistema de seguridad social: el ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i Dipendenti Statali), que tenía la responsabilidad de los servicios prestados a los empleados públicos; y el INAM (Istituto Nazionale Assicurazione Malattie), que hacía lo propio con los empleados del sector privado.

Al comienzo de la década del '70 el sistema de salud afrontaba problemas estructurales: fragmentación organizativa, compartimentación entre niveles prestacionales, duplicación innecesaria de servicios, excesiva burocratización y rápido crecimiento de los costos. Adicionalmente, el elevado déficit de los fondos de seguro, condujo a una crisis financiera que motivó la intervención estatal; esto generó el espacio necesario para la aplicación de la reforma iniciada en 1974.

El esquema montado en 1974 no cumplió con algunos de los objetivos inicialmente propuestos (tal es el caso de la contención de costos), y a su vez generó problemas adicionales: falta de coordinación entre niveles jurisdiccionales, por ejemplo.

Estas falencias condujeron a la aplicación de reformas adicionales durante la década del '90. La primera, emprendida en el año 1992, se orientó a generar un cuasi mercado dentro del sistema hospitalario, separando las decisiones de compra y de provisión del servicio (similar a la reforma inglesa de 1991). La segunda reforma fue adoptada en 1999. En este caso, los tres grandes objetivos fueron: regular el cuasimercado creado con la reforma previa, elevar la equidad en el acceso al sistema y compatibilizar su funcionamiento con la transición hacia el federalismo fiscal,

que había comenzado a desarrollar Italia durante la década del '90.

A continuación, se exponen las principales reformas introducidas en el sistema italiano en función de los ejes que hemos seleccionado para este trabajo: descentralización, reformas de la atención primaria, reorganización de la gestión y financiamiento de los hospitales, y modificaciones en el régimen de recursos humanos.

## 4.2. REFORMAS SELECCIONADAS

### *Descentralización*

Las leyes 386/1974 y 382/1975, transfirieron la responsabilidad del manejo de los hospitales públicos a las regiones<sup>35</sup>, eliminaron los fondos de salud y crearon el servicio nacional de salud. La ley 833/1978 terminó de dar forma a este cambio, estableciendo la cobertura universal para todos los ciudadanos italianos. Sus objetivos fueron: permitir un acceso igualitario a los servicios de salud independientemente de las diferencias de ingreso entre regiones<sup>36</sup>; desarrollar un esquema de prevención efectivo; contener el gasto en salud; establecer un control democrático del sistema mediante la representación directa de los partidos políticos en la conducción del mismo; e iniciar una transición hacia el financiamiento pleno del sistema a través de impuestos, suplantando las cargas sobre el salario.

La reforma estableció tres jerarquías jurisdiccionales dentro del sistema: el nivel central, el nivel regional y el nivel local.

El gobierno central quedó como responsable de la determinación del total de recursos asignados a la salud, de la planificación general del sistema (a través de planes trienales de salud) y la asignación de los recursos entre las regiones, respetando un criterio de igualdad de las condiciones de acceso.

Las regiones pasaron a ser responsables de la planificación local respetando los objetivos generales del plan nacional, de la gestión de la red de centros dentro de su jurisdicción y de la asignación de recursos hacia las autoridades locales.

En el nivel local el sistema pasó a ser administrado por agencias operativas, encargadas de prestar

<sup>35</sup> Al igual que en España, las Regiones aglutinan a un conjunto de provincias.

<sup>36</sup> Existen diferencias económicas muy marcadas entre las regiones del norte, que son más ricas, y las del sur que son más pobres.

servicios a través de la red de centros de su jurisdicción o contratándolos con el sector privado. La mayoría de los hospitales públicos quedó bajo el control directo de las autoridades locales de salud y su financiamiento también pasó a ser parte del presupuesto de dichas autoridades locales. Estas agencias eran conducidas por comités de gestión integrados por representantes de las fuerzas políticas de cada distrito.

El funcionamiento de este esquema generó conflictos en tres sentidos: a) no se alcanzó un grado de coherencia aceptable entre la planificación nacional y la regional, b) la separación de la responsabilidad sobre financiamiento (en manos del gobierno central) respecto de las decisiones de gasto (en manos de las regiones y de las autoridades locales) dio por tierra con el objetivo de contención de costos (entre otras cosas, la falta de una regla estricta de distribución de los recursos permitió que las regiones acumularan importantes niveles de deuda que luego debía ser rescatada por el nivel central), y c) la apertura de la gestión a representantes de las fuerzas políticas locales condujo a una excesiva politización del sistema, dando lugar incluso a prácticas de clientelismo y episodios de corrupción en el nivel local.

Estas falencias condujeron a la aplicación de las reformas de la década de los '90. Dentro de los cambios emprendidos con estas reformas, también se incluyeron modificaciones en materia de descentralización. En la de 1992 se empleó el criterio de descentralización hacia el hospital: se transformó a los hospitales públicos más importantes en consorcios, otorgándoles amplia autonomía; a los hospitales que permanecieron bajo la órbita de las autoridades locales, también se los dotó de autonomía financiera.

En la reforma de 1999 los avances en materia de descentralización se concentraron en la relación entre el Estado Nacional y las Regiones; esta reforma implicó la transferencia de fuentes de financiamiento del sistema de salud hacia estas últimas, como forma de fortalecer el federalismo fiscal.

Previo a 1998, se había asignado a las regiones la responsabilidad por el servicio, pero el financiamiento seguía bajo la órbita del gobierno central. El Gobierno central conformaba un Fondo Nacional de Salud por medio de rentas generales y de contribuciones obligatorias para el seguro de salud, que luego redistribuía entre las regiones. El funcionamiento de este esquema condujo a la acumulación de importantes déficits en algunas regiones y, en muchos casos, el gobierno central debió efectuar transferencias por fuera del Fondo Nacional de Salud.

A partir de 1998, se crearon nuevos impuestos regionales con asignación específica al sistema de sa-

lud, destinados a reemplazar las contribuciones salariales a la seguridad social y se adoptó un sistema de cápitas ponderadas para la transferencia de los restantes recursos nacionales.

Se creó un IVA regional, el IRAP (imposta regionale sulle attività produttive), que grava el valor agregado de las compañías, de los trabajadores independientes y también el salario de los empleados públicos. También se creó un impuesto regional al ingreso (el IRPREF regional), suplementario del IRPREF nacional. La alícuota de este impuesto fue establecida inicialmente en el 0,5%, operándose una baja equivalente en la alícuota del impuesto nacional. El 100% del IRPREF regional y el 90% del IRAP, deben ser asignados obligatoriamente al sistema nacional de salud.

El gobierno nacional asumió la responsabilidad de cubrir la brecha entre la pérdida de recursos derivada de la eliminación de los impuestos al trabajo, y la ganancia por el producido de los nuevos impuestos, pero también se comprometió a no efectuar nuevos rescates en el caso en que los déficits fueran generados por desbordes del gasto; en tales situaciones, los desbalances deberían ser cubiertos con elevación de los impuestos regionales, o con mayores niveles de co-pago por parte de los usuarios del servicio.

### *Reforma de la atención primaria*

La atención primaria es provista por médicos generales, pediatras y médicos independientes. El gobierno paga por sus servicios por medio de un contrato que establece un arancel por cápita incluidas en la lista de cada profesional.

Los médicos generales son autorizados a trabajar dentro del sistema de atención primaria del Servicio Nacional de Salud, luego que hayan adquirido la especialidad (en el caso de los médicos generales esto implica un curso de especialización de 2 años) y hayan obtenido experiencia clínica desempeñándose como pasantes dentro de los establecimientos del sistema nacional de salud.

El ingreso a los servicios hospitalarios se produce por autorizaciones emitidas por los médicos generales. Los pacientes pueden optar libremente por su médico con la única restricción de que la lista del médico seleccionado no supere un límite máximo de pacientes preestablecido (ver régimen y remuneración de recursos humanos).

La reforma de 1999 introdujo importantes cambios orientados a perfeccionar el sistema de atención primaria, motivando el agrupamiento de profesiona-

les, introduciendo incentivos económicos para un mejor desempeño de los mismos y generando una interfase entre los servicios de atención primaria de la salud y otra serie de servicios sociales; esto involucra a los médicos generales dentro de actividades como cuidados sociales, atención domiciliaria, educación para la salud, salud ambiental, etc.

El plan nacional de salud 1998-2000 se orientó hacia el establecimiento de un esquema integrado de cuidados domiciliarios donde los médicos, las enfermeras y los trabajadores sociales, en colaboración con la familia del paciente, puedan desempeñar una atención de alta calidad, evitando en muchos casos la hospitalización. Los distritos (que integran las Unidades Locales de Salud) son los responsables de coordinar este tipo de atención. Las regiones sólo definen las condiciones generales para este tipo de servicios. Los médicos generales juegan un importante rol: son quienes evalúan al paciente y recomiendan al distrito su inclusión dentro del programa, prescriben los tratamientos a ser efectuados y supervisan las actividades de los trabajadores de la salud y de los trabajadores sociales involucrados en el tratamiento de dicho paciente. De acuerdo al convenio colectivo nacional con los médicos generales de 1998-2000, estos son responsables por los resultados de dichos tratamientos.

Por su parte, el decreto 299/99, estableció una lista de servicios que deben ser provistos en un marco de colaboración entre el sistema de salud y el sistema de servicios sociales. Esta norma identifica tres grupos de servicios localizados dentro de dicha interfase: a) servicios de atención de la salud con relevancia social (que deben ser provistos bajo la responsabilidad de las Autoridades Locales de Salud), b) servicios sociales con relevancia para la salud (cuya responsabilidad recae sobre los municipios) y c) un tercer grupo que se caracteriza por una integración compleja entre ambos sistemas (que son de responsabilidad conjunta). Actualmente el Ministerio de Salud junto con el departamento de políticas sociales, están desarrollando un borrador para materializar dichos criterios en definiciones operativas. De acuerdo con dicho borrador, dentro de los servicios sociales con relevancia para la salud, se incluye por ejemplo la incorporación de discapacitados y de drogadependientes dentro del sistema laboral. Dentro de los servicios de salud con relevancia social, se incluyen aquellos que, al influenciar las condiciones ambientales, determinan las posibilidades de realización social del individuo. Finalmente, dentro de las actividades que representan una integración compleja entre ambos servicios, se incluyen los centros de asesoramiento para la planificación familiar y los servicios de atención social, psicológica

y de rehabilitación, prestados dentro de los establecimientos de salud a madres y niños.

### *Gestión y financiamiento de los hospitales*

Previo a la reforma de 1978, los hospitales públicos eran entes autónomos, dependientes del sistema de seguridad social. El financiamiento de los servicios de dichos hospitales provenía de reembolsos que efectuaban los fondos del seguro en función de los días-cama que requerían las prestaciones: el cuerpo de directores de cada hospital establecía la tasa por día-cama de dicho sanatorio, considerando los costos directos e indirectos incurridos en proveer un día de cuidados hospitalarios; luego, los fondos reembolsaban los costos así calculados, automáticamente y prácticamente sin control sobre la calidad y eficiencia de los servicios prestados. Este sistema establecía incentivos perversos en cuanto a la sobrevaluación de los servicios y la extensión de las internaciones.

La reforma de 1978 cambió el sistema de financiamiento hospitalario hacia la asignación de un presupuesto fijo, con el propósito de contener el gasto y reducir el número de camas. Esta reforma puso a la mayoría de los hospitales bajo el control directo de las autoridades locales de salud: fueron plenamente integrados dentro de la estructura administrativa de dichas autoridades y su financiamiento también era parte del presupuesto que las regiones asignaban a las autoridades locales.

El resto de los hospitales públicos que no fueron integrados con las autoridades locales (fundamentalmente los hospitales escuela), también pasaron a ser financiados por un presupuesto fijo, calculado en base a la evolución histórica del gasto de cada centro. El criterio de financiamiento en base a una tasa por día-cama se mantuvo para el caso de los hospitales privados y religiosos. Estos hospitales podían integrarse al sistema público mediante acuerdos concertados con las autoridades locales de salud. Sin embargo, el cálculo de la tasa por día-cama dejó de ser efectuado por el cuerpo de directores de cada sanatorio, y pasó a ser establecido por un convenio de alcance nacional, actualizable cada tres años.

La reforma de 1992 cambió sustancialmente este esquema. Los hospitales altamente especializados y los centros de relevancia nacional, también fueron quitados de la órbita de las autoridades locales. Éstos, junto con los hospitales escuela, recibieron el estatus de consorcios y con ello, una considerable independencia financiera y plena responsabilidad por su presupuesto, financiamiento, gestión y funcionamiento



técnico. A los hospitales que permanecieron bajo el control de las autoridades locales, también se les garantizó cierta autonomía financiera y se les exigió la puesta en práctica de un sistema contable separado de dichas autoridades.

Junto con esta reforma que introdujo un cuasi mercado dentro del sistema médico asistencial italiano, se inició un proceso que cambió el sistema de pago a los hospitales desde mecanismos de reembolso de costos (tasas por día-cama o asignación del presupuesto según criterios históricos) a sistemas de pago prospectivo, tanto para internaciones como para atención ambulatoria. Este proceso muestra un grado de avance heterogéneo entre regiones.

A partir de 1995 se adecuó la normativa del nivel central para hacerla consistente con este cambio en el sistema de financiamiento. En el caso de los servicios ambulatorios especializados, se establecieron aranceles determinados a nivel nacional para cada tipo de servicio y se dio a las regiones la posibilidad de adecuarlos a su realidad particular, por debajo del tope establecido por el nivel central. En el caso de las internaciones dicha reforma instó a que se emplearan agrupamientos de pacientes en función del diagnóstico (en inglés, DRGs). El pago por día-cama quedó circunscripto sólo a dos casos especiales: los servicios de rehabilitación y la atención de patologías que requieren un tratamiento largo. Para evitar la estancia innecesaria de los pacientes en el hospital, la tasa por día-cama es decreciente en el tiempo; por lo general, cuando se superan los 60 días de internación, dicha tasa se reduce automáticamente un 40%.

También se permitió que las regiones adoptaran esquemas de financiamiento específico en ciertas actividades especiales que sirven de soporte a las actividades financiadas mediante el mecanismo de DRGs. Por lo general se canaliza financiamiento

adicional de parte de los gobiernos regionales en el caso de las unidades de servicios de emergencias, las unidades coronarias, las unidades de atención de quemados, los centros de trasplantes de órganos, los centros de atención de enfermos de SIDA, la atención domiciliaria, las actividades de entrenamiento, de educación e investigación.

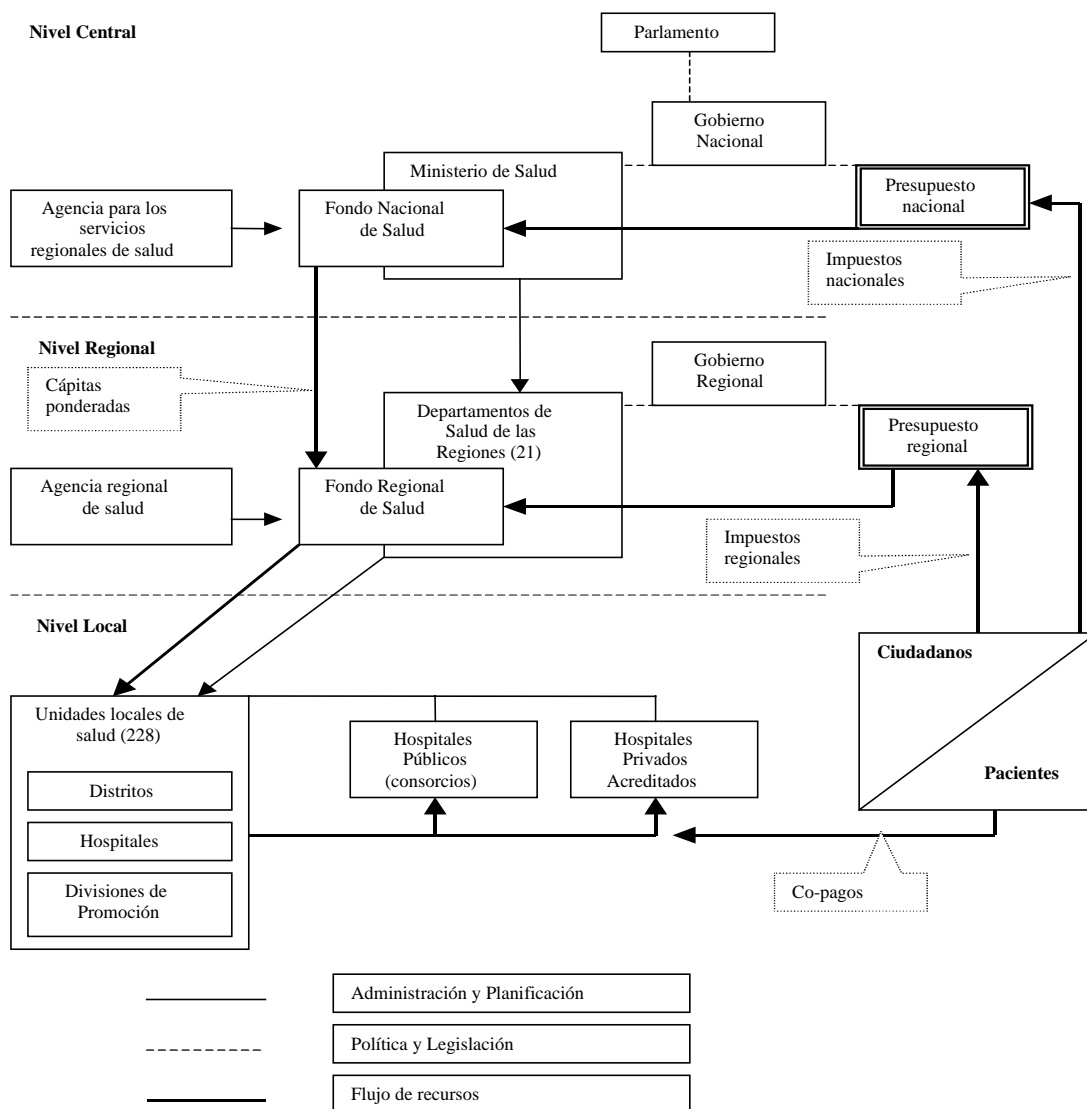
Esta reforma también dio libertad a las regiones para adecuar sus esquemas organizativos. Por ejemplo, la región Lombarda a partir de 1998 dio estatus de consorcio a todos los hospitales, independizando incluso a los que habían quedado bajo la órbita de las autoridades locales en la reforma de 1992. Esto permitió que todos los centros de atención operaran bajo un sistema de pago prospectivo. En contraposición, las regiones más pequeñas y menos desarrolladas pudieron optar por un esquema organizativo que establece la negociación directa entre el departamento de salud regional y los hospitales, en cuanto al volumen de atenciones y financiamiento de los mismos. En varias regiones del sur, el sistema de pago prospectivo aún no ha sido implementado.

La reforma de 1999 llevó aún más lejos el sistema de pago prospectivo, estableciendo que todos los hospitales debían ser financiados por medio de un presupuesto predefinido, compuesto de dos elementos:

- Pagos en base a DRGs como regla general, empleando tasas predefinidas y proyecciones de servicio.
- Pagos en base a los costos medios de producción para: a) emergencias, accidentes y otro tipo de atenciones que posean elevados costos de espera, b) actividades preventivas, c) servicios sociales, d) trasplantes y e) atención de actividades crónicas.

La organización del servicio médico asistencial de Italia vigente en el año 2000, se expone en el siguiente gráfico.

**GRAFICO N° 25**  
**ORGANIZACION DEL SISTEMA ITALIANO. AÑO 2000**



Fuente: Health Care Systems in transition. European Observatory on Health Care Systems. Reporte sobre Italia.

**Régimen y remuneración de recursos humanos**

Los médicos generales y los pediatras que se desempeñan dentro de los sistemas de atención primaria y medicina preventiva, cobran sobre la base de un pago por cápita dentro de su lista de pacientes. Los médicos de los hospitales son contratados en relación de dependencia de modo que perciben un salario mensual. Las enfermeras se ubican en el nivel superior de la estructura jerárquica no profesional, también son asalariadas

y sus remuneraciones son definidas en convenios colectivos negociados a nivel nacional.

Médicos generales y pediatras integrados al servicio de atención primaria

A partir de la reforma de 1978 se estableció el pago por cápitas, con topes máximos dentro de la lista de pacientes, en función de la cantidad de horas destinadas a la actividad privada. El valor de las cápitas,

así como los topes máximos de pacientes, se negociaban cada 3 años entre el Ministerio de Salud y las agremiaciones médicas.

Actualmente el tope para profesionales con dedicación full time al Sistema Nacional de Salud está fijado en 1.500 pacientes para los médicos generales y 800 para los pediatras. Para aquellos profesionales que poseen una actividad part time en el sector privado (5 horas diarias), el tope se reduce a 500 y 400 pacientes, respectivamente. A su vez, está estipulado que el tope se reduzca en 37,5 pacientes por hora adicional a las 5 horas diarias dedicadas a la actividad privada. Los profesionales con dedicación exclusiva al Sistema Nacional de Salud, también reciben una compensación adicional por el riesgo laboral de trabajar exclusivamente en dicho sistema.

En las reformas de 1992 y 1999 se adoptaron nuevas modificaciones dentro del sistema de pagos, destinadas a reducir las derivaciones hacia los servicios de guardia de los hospitales y a comprometer a estos profesionales en la contención de costos.

Para atender al primer objetivo, se introdujeron bonificaciones para los médicos que se asocien, conformando equipos de atención primaria que provean servicios las 24 horas, los 365 días del año (de modo de reducir los ingresos por guardia a los hospitales). En cuanto al segundo objetivo, se segmentó el sistema de pagos que era exclusivamente por cápitales, en tres componentes: uno fijo, uno variable y un adicional por contención de costos.

El componente fijo es idéntico al pago por cápitales del sistema anterior: en el caso de los médicos generales este componente actualmente está fijado en (€euros) 15,5 por paciente por año para los médicos que recién ingresan al sistema y €21,2 euros para los médicos de mayor antigüedad. Para los médicos que integran equipos de atención primaria, estos pagos se incrementan un 6%.

La remuneración variable está compuesta por el pago por servicio de una serie de actividades que pueden desarrollar dichos profesionales (cirugía menor, actividades preventivas, terapias y seguimiento pos quirúrgico, etc.)

Finalmente, el adicional por contención de costos es una proporción de la diferencia positiva entre el gasto que genera el médico y el gasto esperado por la autoridad sanitaria. Este concepto de gasto incluye los costos de medicamentos, de análisis de laboratorio, de otras prácticas de diagnóstico, de tratamientos terapéuticos, etc., indicados por el médico.

Los componentes fijo y variable son comunes a todos los médicos del país, ya que se estipulan en convenios colectivos nacionales. En cambio, en la

determinación del adicional por contención de costos, el rol de las regiones es significativo. Estas deciden la forma de imputar el gasto por paciente originado por cada médico y la forma de calcular el gasto esperado. Para la determinación de este último, suelen emplearse el gasto histórico promedio por paciente, corregido por características demográficas y epidemiológicas de los pacientes de cada médico.

En el caso de los pediatras la estructura de pagos es similar a la de los médicos generales, solo que la cápita fija es más elevada debido a que el tope máximo de pacientes dentro de la lista es más bajo; actualmente está fijada en €35,1 y €49,1 por paciente por año, dependiendo de los años de servicio.

Un médico general con 10 años de antigüedad en el servicio, trabajando con dedicación exclusiva y con el máximo de pacientes incluido dentro de su lista, puede percibir un ingreso anual de €42.400 al año (esto es, unos u\$s38.200). Un pediatra, en las mismas condiciones, ganaría €37.200 (unos u\$s33.500).

### Médicos de Hospital

A partir del año 1992, la carrera hospitalaria fue simplificada, estableciéndose solo dos niveles: dirigente médico di primo livello y dirigente médico di secondo livello. El primero comprendía a aquellos profesionales que poseían responsabilidades clínicas únicamente, en tanto que el segundo incluía a quienes poseían cargos semipermanentes dentro de la gestión hospitalaria, tanto dentro de los departamentos correspondientes a las diferentes especialidades clínicas, como dentro del nivel gerencial.

La estructura de remuneraciones respondía a la estructura jerárquica. Un médico del primer nivel percibía un ingreso anual de alrededor de €41.300 (u\$s 31.200), y uno del segundo nivel aproximadamente €62.000 (u\$s 55.800), incluyendo guardias nocturnas y de fines de semana, en ambos casos.

A estos médicos se les permitía percibir ingresos adicionales provenientes de tratamientos que proporcionaban en forma privada a sus pacientes, sobre la base del cobro de aranceles por servicios, ya sea desempeñándose en centros de atención privados o incluso utilizando las instalaciones de los hospitales públicos.

Con la reforma del año 1999 se modificó significativamente este esquema. El objetivo se orientó a clarificar los límites entre lo público y lo privado, y a evitar los incentivos perversos que se originaban con esta dualidad de sistemas. Dicha reforma estuvo entre las de mayor grado de conflicto.

En primer lugar, se eliminó la división jerárquica, estableciéndose un solo nivel, con la estructura de remuneraciones ligada a la responsabilidad del cargo ejercido. Los cargos de dirección de especialidades clínicas y gerenciales, fueron preservados para los médicos que optaran por una dedicación exclusiva al sistema público. Del mismo modo, se prohibió el tratamiento de pacientes en forma privada para los médicos ingresados al servicio público, con posterioridad a 1998.

Para los médicos ingresados con anterioridad a esa fecha, se estableció la posibilidad de optar por un régimen que les permite continuar con sus prácticas privadas, pero pasando a un contrato part time en el sistema público, con lo cual el salario es menor y se ve limitada la posibilidad de ascensos a cargos con responsabilidad. A los médicos que no optaron por el régimen part time, se les exigió que optaran entre realizar sus prácticas privadas exclusivamente dentro de las instalaciones del sector público o exclusivamente en sanatorios privados. Dicha norma estableció que quienes se encuadraran dentro de la primera opción deberían pagar una proporción de sus ingresos extras al hospital. Los que optaran por la segunda opción no podrían llegar a cargos con responsabilidad sobre la conducción del hospital.

#### Personal de enfermería y otros componentes del staff

A partir del año 1998 se establecieron cuatro niveles jerárquicos dentro de la carrera no profesional. El primer nivel (grupo A) abarca empleos de baja calificación, dentro de este nivel se incluyen servicios auxiliares, limpieza, etc. El grupo B aglutina empleos que requieren algo más de calificación, pero que son de baja responsabilidad (asistentes técnicos y administrativos). Los grupos C y D son los del nivel superior, en ellos se desempeñan las enfermeras, otros técnicos de la salud (radiólogos, dietólogos, ortopedistas, etc.) y el personal administrativo de mayor responsabilidad.

Todos los empleados de esta carrera poseen dos conceptos dentro de su remuneración: un salario básico y un plus por productividad. Al igual que lo que sucede con el resto del empleo público, el salario básico se establece por medio de negociaciones efectuadas a nivel nacional y está ligado a la ubicación de cada agente dentro de la estructura jerárquica. El plus por productividad es determinado dentro de cada hospital y, por lo general, el director médico es el responsable de llevar adelante las evaluaciones para determinar la asignación del mismo.

## 5. CHILE

### 5.1. ORGANIZACION GENERAL DEL SERVICIO Y EVOLUCION HISTORICA

El sistema de salud único estatal de Chile, fue adoptado en 1952. A partir de 1980, esta organización sufrió importantes cambios, que se pueden sintetizar en: la reforma constitucional de 1980 que dio jerarquía constitucional al derecho básico a la salud; la creación del sistema de gestión privada para administrar el sistema de la seguridad social (las Instituciones de Salud Previsional -ISAPRE-); la descentralización hacia las regiones de la atención hospitalaria y la municipalización de la atención primaria.

La norma constitucional consagra un sistema dual de atención de la salud al garantizar que cada persona “tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado”. Mientras el Ministerio de Salud debe asegurar el acceso libre e igualitario a las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como a las de rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. También debe coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar acciones en los ámbitos mencionados.

El subsector público quedó constituido por los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud; los Servicios Sanitarios Regionales distribuidos en todo el país, de los cuales dependen los hospitales públicos; el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que cumple una función de seguro público de salud; el Instituto de Salud Pública; la Central de Abastecimientos y la Superintendencia de las ISAPRE; este último organismo es el regulador de los fondos de seguro de salud privados. A ellos deben agregarse los centros de atención primaria, que son operados por las administraciones municipales.

Dentro de la red prestacional pública, el Ministerio de Salud formula los lineamientos estratégicos y las metas nacionales, y los servicios regionales de salud elaboran los planes y programas detallados. Los servicios regionales de salud poseen autonomía financiera, presupuestaria y de acción, y constituyen el centro de gravedad del sistema público de salud chileno. El Ministerio de Salud, que fue históricamente el proveedor básico de servicios de salud en el país, en la actualidad se reserva un papel rector y regulador.

El FONASA es un Servicio Público funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de

personalidad jurídica y patrimonio propio. Igualmente, está sometido a la supervisión del Ministerio de Salud. Este organismo cumple funciones de seguro y es quien financia la mayor parte de las prestaciones efectuadas dentro del sistema público, incluidas las efectuadas a los indigentes. Los recursos de este organismo provienen de las contribuciones salariales (7% del salario) de quienes optan por el seguro público y de aportes presupuestarios que efectúa el Estado Nacional. En el caso de las personas que optan por el sistema privado, la contribución del 7% se remite a las instituciones de este sector, las ISAPRE.

El FONASA ofrece dos modalidades de atención: una "Institucional" y otra de "Libre Elección". Todos los beneficiarios pueden atenderse a través de la modalidad de Atención Institucional, pero es más restringida en cuanto al nivel de prestaciones y al número de establecimientos. Los beneficiarios de FONASA que acceden a la atención a través de la Libre Elección, pueden atenderse en establecimientos privados, en los hospitales públicos y efectuar las consultas de profesionales que hayan suscrito convenio con FONASA. Mientras que los que acceden a la Modalidad de Atención Institucional, pueden atenderse sólo a través de la red del Sistema Nacional de Servicios de Salud, es decir, dentro de hospitales públicos, consultorios de atención primaria, postas rurales y servicios de urgencia.

En el seguro público, el derecho es universal e integral; sin embargo, en la práctica está regulado por la disponibilidad de recursos y por la magnitud de las listas de espera; también existen límites en cuanto a la cobertura (sujeto al listado de prestaciones del FONASA). En los seguros privados (provistos por las ISAPRE), la cobertura depende del plan pactado, el que a su vez está asociado a la capacidad de pago del usuario. En todos los casos, los planes de salud privados no pueden contener menos prestaciones que las ofrecidas por el FONASA.

Un 61% de la población está cubierta por FONASA y el 28%, por las ISAPRE. Del gasto total en salud, aproximadamente el 56% lo efectúa el sector público; 10,2% del gasto del sector público proviene de aportes municipales, el resto corresponde mayoritariamente al gasto del FONASA. El subsistema público de salud cuenta con 9,14 médicos y 3,83 enfermeras, por cada 10 mil beneficiarios.

El curso de las reformas durante la década del '80, se orientó en dos sentidos: a la creación de un seguro privado de salud y a la descentralización del servicio público (mediante la municipalización de la atención primaria y la desconcentración regional de la atención hospitalaria). En paralelo a esta reforma

hubo una restricción del gasto en salud que produjo: a) disminución del acceso a la salud por barreras financieras; b) crisis hospitalaria por daños en los recursos humanos y por obsolescencia tecnológica; c) pérdida del posicionamiento del sector en temas medioambientales y, d) enfoque curativo en desmedro del preventivo.

A partir de 1990 se reorientó la reforma de la salud, insertándose en 1994 en la propuesta gubernamental de modernización del Estado. Desde entonces, la agenda oficial de reformas incluyó tres etapas: i) recuperación del subsistema público de salud (1990-1994); ii) modernización del subsistema público de salud (1994-2000); y iii) reforma de la seguridad social de salud (cuya implementación fue prevista desde el año 2000 en adelante).

El diseño de este proceso fue responsabilidad conjunta de los departamentos técnicos del MINSAL y FONASA, los que han realizado estudios con Consultoras y Universidades. El financiamiento de la reforma de la salud corre a cargo del Gobierno y cuenta con la cooperación de países y organismos internacionales: el Banco Mundial, en el diseño global del proyecto; el BID, en una propuesta de fortalecimiento integral de tres Servicios de Salud regionales; la AID y la Cooperación Italiana, en el mejoramiento inmediato de la Atención Primaria de la Salud; la Cooperación Británica y Francesa en proyectos de apoyo e intercambio de experiencias en unidades asistenciales; la Cooperación Japonesa en planes de entrenamiento y asistencia técnica; la Cooperación Española y Canadiense en capacitación, y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en el Grupo de Apoyo a la Reforma, Evaluación de Tecnologías, y Acreditación, entre otras iniciativas.

## 5.2. REFORMAS SELECCIONADAS

### *Descentralización*

El traspaso de los establecimientos de atención primaria a la administración municipal, se reglamentó en 1980, buscando una mayor descentralización administrativa de los establecimientos y extender la cobertura, adecuándola a las necesidades de cada comunidad. El traspaso de la atención primaria culminó en 1988, año en que quedaron en manos de los municipios la mayoría de los consultorios generales urbanos y rurales, postas rurales de salud y estaciones médico-rurales.

Estos cambios han sido acompañados por la descentralización de la gestión de los servicios hospitalarios, hacia los Servicios Sanitarios Regionales (SS). Inicialmente se crearon 27 Servicios Sanitarios y para 1999 el número había aumentado a 29. Los establecimientos vinculados a cada SS se encuentran organizados en red. Asimismo, los consultorios de atención primaria municipalizada fueron articulados con los SS, estableciéndose la función de coordinación en las divisiones de atención primaria de cada uno de ellos. También se descentralizaron algunas funciones y el poder de decisión, desde los SS hacia los hospitales.

El proceso de descentralización fue sustentado mediante una metodología participativa que incluyó, entre otras cosas, el desarrollo de mesas de trabajo dedicadas a esta política, comprensivas de los diferentes actores involucrados. Diversas evaluaciones destacan la efectividad que tuvo este tipo de mecanismos para vencer la resistencia al cambio.

En la década del '90 se dieron nuevos pasos en materia de descentralización, incluyendo dentro de dicha política al FONASA y a la Superintendencia de ISAPRE; en ambos casos se abrieron oficinas regionales. También se continuó con el proceso de descentralización de funciones, desde los SS hacia los hospitales.

### *Reforma de la atención primaria*

En la década del '80 se municipalizó la mayor parte de los centros de atención primaria. Actualmente se estima que la población beneficiaria de la Atención Primaria de la Salud de Gestión Municipal, alcanza al 47% de la población total; una proporción similar se atiende en los consultorios generales adosados a los hospitales tipo 3 y 4 (de menor complejidad) y no se tiene información sobre el nivel de actividad de los prestadores privados.

Actualmente se está aplicando una nueva reforma dentro de este nivel de atención que se relaciona, fundamentalmente, con el modelo biomédico aplicado. Dicha transición se orienta hacia el desarrollo de un modelo de salud familiar, con mayor capacidad resolutive de la atención ambulatoria y abierto a la participación social.

Con tal propósito se han lanzado nuevos programas. Se pueden mencionar: el Programa de Centros de Salud Familiar, que introduce la práctica profesional multidisciplinaria con profesionales formados (o en formación) en Medicina Familiar; también el Programa de Pasantías de Profesionales en el Extranjero, destinado a la obtención de experiencia directa con

modelos de salud familiar. Este programa cuenta con el apoyo de terceros países. También se están destinando recursos a la atención de emergencias. En varios SS (la Región Metropolitana de Santiago, Valparaíso y Viña del Mar) se ha puesto en funcionamiento una red de unidades de atención de emergencia pública (SAPU), y de atención prehospitalaria; esta última en algunos casos cuenta con médico y en otros sólo con personal auxiliar, que ha ayudado a mejorar este tipo de atención.

### *Gestión y financiamiento de los hospitales*

En materia de gestión, los SS juegan un rol predominante. Estos reclutan libremente al personal de los hospitales dentro de su jurisdicción y nombran la conducción de los centros. Los SS tienen autonomía financiera y son financiados por el FONASA o por la vía de las ISAPRE, a las que venden servicios (aproximadamente el 10% de las camas del sector público, son ocupadas por las ISAPRE).

En cuanto a la gestión interna de los hospitales, a partir de 1994 se puso en marcha un nuevo sistema, basado en Comités de Gestión. Estos fueron establecidos con el propósito de elevar la interacción entre los equipos técnicos y el área administrativo-financiera de cada centro.

Cada hospital tiene la capacidad legal e institucional de comprar y vender servicios a terceros. Esto suele ocurrir en el caso de la contratación externa de servicios de apoyo (lavandería, limpieza, vigilancia, etc.) o en cuanto a la terciarización de ciertas actividades clínicas. Por otro lado, la venta de servicios es la principal fuente de ingresos de los centros del sistema público, sea que estos los contrate el FONASA, las ISAPRE o los pacientes directamente.

En cuanto al financiamiento, la mayor parte de los recursos del sistema público se canaliza a través del FONASA. Este organismo transfiere los recursos a los SS Regionales, mediante un sistema de pagos en base al diagnóstico.

A partir del año 1994, en el marco del Plan de Modernización del Subsistema Público de Salud (1994-2000)<sup>37</sup>, se emprendió un proceso de fuerte inversión en equipamiento informático de la red de hospitales y de los SS; ello fue muy útil para facilitar la puesta en práctica del sistema de pago según diagnóstico. Así, luego de que durante los años 1994-1995 se instalaran sistemas computarizados de infor-

<sup>37</sup> Recordemos que dicho plan es la segunda etapa del plan estratégico lanzado en 1990.

mación en todos los centros del Sistema Público, los SS y los Hospitales quedaron en condiciones de generar cuentas individuales por paciente y por diagnóstico. Esta información es consolidada y sistematizada por el FONASA, lo cual, además de ser de utilidad para administrar el sistema de pagos, le permite elaborar sofisticadas estadísticas sanitarias que son muy útiles para la toma de decisiones en materia de política sanitaria. Este sistema de información también permite efectuar comparaciones entre hospitales y entre los SS, fortaleciendo la capacidad de control.

### *Régimen y remuneración de recursos humanos*

La selección y el reclutamiento de personal está descentralizado en los SS, con criterios definidos localmente. En el nivel central desde 1980 opera el Ciclo de Destinación (un tanto más fortalecido en la actualidad), que utiliza criterios de asignación de profesionales por equidad, otorgándoles cargos en los SS más desprovistos.

Para el funcionamiento del Ciclo de Destinación se estableció el cargo de Médico General de Zona, otorgado a los profesionales que acceden al destino ofrecido por el Sistema de Salud. A estos profesionales se los recompensa con el posterior acceso a un programa de becas para desarrollar especializaciones. Las becas tienen como condición la devolución de un período igual al de la formación, cumpliendo funciones en los hospitales de provincia. Como resultado, además de proveer de profesionales a las zonas aisladas, también se ha dotado a los hospitales regionales de un número creciente de especialistas, que no habrían podido obtener por los mecanismos habituales de reclutamiento, dada su desventaja competitiva respecto al subsistema privado y también con relación a la Región Metropolitana, que atraen en mayor medida a estos profesionales.

La estructura salarial es determinada por medio de negociaciones efectuadas a nivel nacional. A partir de 1997 se ha establecido un Sistema de Asignación (o incentivo) por Experiencia y Desempeño, para el personal de los SS y de Desempeño Individual o Institucional de los organismos dependientes no asistenciales. Esto ha hecho que una parte de los ingresos de los empleados del sistema, esté ligada a su performance.

La mayor parte de las reformas de los '90 estuvieron orientadas a mejorar la capacitación de los recursos humanos. Las modalidades introducidas para la capacitación del personal son:

a) Capacitación Convencional, para mejorar las competencias técnicas y de gestión. Con el aporte del Ban-

co Mundial fue creado un Fondo Concursable destinado a invertir desde el nivel central u\$s 1,5 millones al año, por seis años consecutivos. Los SS deben invertir de sus propios recursos una cifra idéntica a la aportada por el nivel central. Este programa está destinado a la identificación de las necesidades de capacitación y a la elaboración e implementación de proyectos propios dentro de cada SS.

b) Metodología de Educación Permanente en Salud (1998), que desarrolló proyectos de educación permanente en ocho Servicios de Salud, para unidades críticas detectadas en el diagnóstico inicial.

c) A esto debe sumarse la capacitación derivada del ciclo de destinación, como también la relacionada con el Programa de Pasantías de Profesionales en el Extranjero, aplicada dentro del sistema de atención primaria.

## **6. SINTESIS**

Al observar los cambios que se han producido en los países analizados y también de acuerdo con los estudios agregados que combinan la información de varios países<sup>38</sup>, se pueden establecer dos hechos estilizados bien marcados:

- Parece haber una convergencia hacia un mix intermedio entre el Estado y el mercado en cuanto a las reglas que rigen el funcionamiento de los diferentes sistemas, independientemente de la naturaleza pública o privada de las facilidades destinadas a los servicios de salud, o del financiamiento. Países donde han predominado las relaciones jerárquicas y las regulaciones públicas, se han orientado al establecimiento de incentivos de mercado dentro del sistema público, como forma de alentar la eficiencia. Estos cambios se han operado mediante la creación de mercados internos (o cuasi mercados), a través de la reforma de los esquemas de remuneración de centros asistenciales y de los profesionales de la salud, etc. En el sentido opuesto, en aquellos casos donde se ha dado mayor importancia a las relaciones de mercado, en los últimos años han revertido dicho énfasis introduciendo regulaciones que favorezcan una mejor calidad y más equidad en las prestaciones, mejores condiciones de acceso a los servicios.

- En la mayoría de los casos existe una gran preocupación por el fortalecimiento de la atención primaria. Existen medidas tendientes a la adecuación del

<sup>38</sup> Ver por ejemplo, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa (1996).

modelo de atención (hacia la medicina familiar, por ejemplo); a la elevación de la coordinación entre este nivel de atención y los servicios hospitalarios, con el propósito de reducir la cantidad de prestaciones efectuadas en este último nivel; y también a la coordinación con otros servicios sociales (asistencia social, educación). La mayoría de los análisis considera que la clave de la contención de costos, reside en un funcionamiento adecuado del nivel de atención primaria.

Dentro de estas grandes líneas de política, los aspectos instrumentales y organizativos son variados entre los diferentes países. En gran medida, esta variedad de situaciones recoge la heterogeneidad en la dotación de recursos y de marcos culturales, jurídicos, etc. de los diferentes países. De todos modos, se pueden recoger ciertas regularidades. Se pueden mencionar:

- Descentralización de facilidades y responsabilidades: ya sea hacia jurisdicciones subnacionales y locales, o hacia regiones y distritos dependientes del nivel central (en el caso de los sistemas unitarios), pero que gozan de amplia autonomía.
- Separación de las decisiones de compra y provisión: de los cuatro casos estudiados, en tres de ellos (Inglaterra, Italia y Chile) se ha implementado este tipo de sistema como forma de reemplazar las asignaciones presupuestarias a los hospitales, por contratos o acuerdos de servicio. Esta modalidad permite la canalización del financiamiento desde abajo hacia arriba de la cadena de complejidad (ello sucede en el caso de Italia e Inglaterra), lo que permite subsanar

las distorsiones derivadas del hecho de que los primeros niveles de atención, determinen la demanda de los niveles más elevados.

- Búsqueda de mecanismos que garanticen que la mayor parte de los accesos al sistema, se produzcan a través de la atención primaria. Se pueden mencionar: la instrumentación de esquemas de acceso referencial a los hospitales, el establecimiento de incentivos para que los servicios de atención primaria funcionen las 24 horas, los 365 días del año (evitando así gran parte de los ingresos a los hospitales a través de los servicios de guardia), etc.
- Concentración en el grupo objetivo: si bien la mayor parte de los sistemas son de acceso universal, en la mayoría de los casos se trabaja sobre padrones de beneficiarios que permiten concentrar el destino de los recursos públicos en las personas más necesitadas.
- Búsqueda de esquemas simples y equitativos para administrar el financiamiento: salvo en el caso de Chile, donde el financiador es el FONASA, que depende del nivel central y concerta contratos de servicios directamente con los Servicios Sanitarios Regionales, en el resto de los casos expuestos, se han adoptado esquemas de financiamiento basados en transferencias verticales, según cápititas ponderadas.

En el capítulo siguiente se presenta una propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires, donde, reconociendo las restricciones derivadas de la organización vigente para los servicios de salud en Argentina, se recogen varias de estas pautas organizativas.



## Capítulo 4

### Propuesta de reforma

El planteo de una reforma del sistema público de atención médico asistencial de la provincia, sin una redefinición simultánea del modelo de servicios de salud nacional, tiene restricciones provenientes de la organización vigente.

Además, dado que el sector salud es socialmente muy sensible, el manejo de la conflictividad de la reforma es un aspecto crucial. Una reconversión abrupta podría paralizarlo y, por tanto, ser inviable. Esto incorpora restricciones instrumentales adicionales, llevando a plantear la reforma como una secuencia de etapas. Al final del proceso, este debería conducir a que el esquema organizativo tenga los atributos deseados; esto es:

- un esquema de sistema médico asistencial público provincial, que actúe como seguro de salud de la gente sin cobertura ni recursos, financiado por el nivel provincial, que brinde acceso igualitario a prestaciones de calidad.
- una mayor descentralización del sistema prestacional, con centros de atención primaria y de baja complejidad en el nivel municipal (hospitales locales), centros de mayor complejidad dependiente de las regiones sanitarias (hospitales zonales y subzonales) y pocos centros de excelencia en el nivel provincial (hospitales interzonales y especializados), y
- un sistema prestacional autofinanciado desde el punto de vista operativo, donde el único tipo de transferencia directa de recursos desde el nivel provincial hacia los centros prestacionales, sea para construcción de infraestructura, bajo la forma de transferencias complementarias (matching grants) o para cubrir emergencias sanitarias.

La reforma propuesta consta de tres etapas, articuladas de modo que los primeros cambios permitan perfeccionar la organización actualmente vigente, por la vía de un cambio en la regla de financiamiento, sin introducir grandes exigencias en cuanto a modificaciones en los sistemas de soporte (administrativo, de información y sistema de gestión de las diferentes unidades) ya existentes.

La primera etapa se aboca a completar la municipalización de centros asistenciales, introduciendo modificaciones consistentes en la asignación de la responsabilidad por el servicio y en el sistema de transferencias municipales. La segunda etapa aborda el fortalecimiento de las regiones sanitarias y la descentralización hacia ellas de un conjunto de centros

asistenciales. La tercera etapa está destinada a revertir el esquema de incentivos derivados de la regulación provincial, hacia el funcionamiento interno de las unidades de gestión y a completar la autogestión hospitalaria.

#### *Primera etapa*

La primera etapa consiste en completar el proceso de municipalización. Ello implica: a) culminar con la municipalización de los hospitales locales, b) municipalizar la responsabilidad sobre todas las prestaciones del sistema, referidas a la atención primaria de la salud, c) modificar consistentemente el sistema de financiamiento municipal, y d) iniciar un programa provincial de fortalecimiento de las redes de atención primaria municipales.

a) Culminar con la municipalización de los hospitales locales; actualmente según la categorización vigente, quedan 8 hospitales locales en el nivel provincial. El Ministerio de Salud debería expedirse si mantiene dicha categorización en función de la logística del sistema público de atención médico asistencial, de ser así, estos centros deberían ser transferidos al municipio en el que se alojan.

b) Municipalizar la responsabilidad sobre todas las prestaciones del sistema, referidas a la atención primaria de la salud. Como soporte de ello se debería instrumentar un sistema de acceso referencial a los hospitales provinciales, donde conste qué municipio efectuó la derivación (el acceso sin referencia debería permitirse sólo a través de las emergencias); esto, además de garantizar el pasaje de los pacientes por la instancia de atención primaria, también permite la instrumentación de un sistema de incentivos a los municipios para su esfuerzo en los servicios municipalizados.

c) Modificar consistentemente el sistema de financiamiento municipal. Ello implica: i) reformar la coparticipación municipal por salud, pasando a un sistema de transferencias municipales en función de cápitas ponderadas, similar al empleado en Inglaterra, Italia y España; y ii) establecer un mecanismo de deducción automática de recursos de estas transferencias en función de las derivaciones efectuadas por cada municipio. Este mecanismo de deducciones está en línea con las formas de financiamiento aplicadas

en otras partes del mundo, donde se trata de lograr que la instancia de atención primaria se transforme en pagador del nivel de atención secundaria. Esto permite internalizar la externalidad que la atención primaria genera al resto del sistema. En el caso de la provincia de Buenos Aires, motivaría una mayor efectividad dentro de los centros municipales. Un esquema de financiamiento como el propuesto, también puede motivar una mejor coordinación con el sector de prestadores privados, habilitando a los municipios a subcontratar en dicho sector algunos servicios (contratación de médicos independientes para ampliación del servicio, contratación de servicios de diagnóstico, etc.).

i) Con relación al sistema de transferencias, dada la heterogeneidad de servicios municipales<sup>39</sup>, éste tendría que contar con dos tipos de cápitas: una por atención primaria y otra por servicios hospitalarios, a la cual tendrían acceso los municipios que cuenten con hospital municipal. En ambas cápitas, además de la población, tendrían que considerarse correcciones por ancianidad, condición socioeconómica, nivel de cobertura de la seguridad social, etc., de modo de reflejar el riesgo sanitario y la necesidad de financiamiento público dentro de cada municipio (el procesamiento de los datos del censo 2001 puede arrojar indicadores actualizados para tal distribución). Un elemento adicional a incorporar en la fórmula de reparto, son las correcciones por calidad, a través de indicadores tales como la lista de espera, por ejemplo. Estas transferencias municipales deberían ser de libre disponibilidad.

ii) El mecanismo de deducción automática por derivaciones, tendría su soporte informativo en el sistema de acceso referencial. Al estar en vigencia dicho sistema, sólo sería necesario que se consoliden las derivaciones efectuadas por cada municipio al conjunto de los centros provinciales. En un primer momento y a efectos de evitar una elevada complejidad administrativa en el sistema, el nivel provincial podría basar el mecanismo de deducciones por derivaciones en indicadores agregados, como por ejemplo el número de ingresos, consultas y servicios de diagnóstico provenientes de cada municipio, asignando (mediante acuerdo con los municipios) un valor promedio para cada uno de estos ítems y evitando con ello discriminar entre tipos de prestaciones. De este modo, el monto de transferencias efectivamente percibido por

cada municipio, sería el neto entre el valor determinado por el sistema de cápitas menos el costo de las derivaciones.

Los recursos retenidos en concepto de deducciones por derivación, deberían ser distribuidos entre los hospitales provinciales según el nivel de actividad declarado por cada uno de ellos.

Este mecanismo podría prever contingencias para la atención ante epidemias, por ejemplo. Una posibilidad podría ser la suspensión de las deducciones a los municipios afectados mientras dure la declaración de emergencia sanitaria.

Una vez afianzado dicho sistema, el mecanismo de deducción por derivaciones también podría ser extendido a las derivaciones intermunicipales, permitiendo compensaciones cruzadas entre municipios (las reformas de la etapa 2 tendiente a la descentralización regional, pueden generar el marco para dicha tarea). También sería posible pasar a un sistema de transferencias según el número de beneficiarios, y en lo referido a las derivaciones, dejar paulatinamente de lado los indicadores agregados, pasando a mecanismos más sofisticados que relacionen las deducciones por derivación con el costo de las prestaciones (las reformas de la etapa 3 pueden ser útiles en este sentido).

d) Iniciar un programa provincial de fortalecimiento de las redes de atención primaria municipales: además de descentralizar el servicio y la responsabilidad, se deben emprender acciones desde el nivel provincial tendientes a elevar el acceso a este nivel de atención y mejorar su calidad. Este programa tendría que contar con una serie de pasos, entre los que se pueden mencionar: i) establecimiento de un marco para la contratación de profesionales independientes por parte de los municipios, tendiente a ampliar los recursos humanos destinados a este nivel de atención; ii) establecimiento de directrices en cuanto a la definición del modelo biomédico y en lo referente a la coordinación con otros servicios sociales; iii) se puede prever un régimen especial destinado a la reasignación espacial de profesionales hacia los lugares más carentes de estos (similar al Ciclo de Destinación de Chile).

### *Segunda etapa*

La segunda etapa de reformas, estaría destinada a fortalecer el rol de las regiones sanitarias, poniendo efectivamente bajo su órbita a los hospitales zonales y subzonales, y dando participación efectiva a los municipios comprendidos dentro de cada región en la conducción y en el control presupuestario de la misma. Esto encierra cuatro conjuntos de medidas: a)

<sup>39</sup> Algunos municipios sólo poseen centros de atención primaria en tanto que otros también poseen centros con internación que les permiten efectuar prestaciones de complejidad media.

ampliación de las funciones de los Consejos Zonales de Salud previstos en el S.A.M.O.; b) descentralización de los hospitales zonales y subzonales hacia las regiones; c) modificación del esquema de financiamiento conforme con la descentralización regional; y d) descentralización del mecanismo de selección y reclutamiento del personal hacia cada región.

a) Ampliación de las funciones de los Consejos Provinciales de Salud: tal como está previsto en la normativa actual, estos tienen funciones bastante acotadas; que son: a) coordinar la compatibilización de presupuestos y programas de cada municipio tendiendo a la complementación de actividades; y b) proponer la actualización de los niveles de complejidad y planteles básicos de los establecimientos de la Zona. Existe una fuerte injerencia del nivel provincial en su conducción; son presididos por el Coordinador Zonal de cada región que es nombrado por el Ministerio de Salud. A su vez, en la práctica tienen un funcionamiento aún más limitado que el previsto en la normativa. Los cambios propuestos tendientes al fortalecimiento de estos consejos son los siguientes: a) otorgarles la potestad de nombrar al Director de cada región y b) darles poder resolutivo en los aspectos de gestión relacionados con los servicios y programas que funcionen dentro de su jurisdicción. También se les puede asignar la potestad de negociar convenios con las entidades del seguro de salud con relación a las prestaciones efectuadas a los beneficiarios de dichos sistemas (similar a lo que ocurre con los Servicios de Salud Regionales en Chile).

b) Descentralización de los hospitales zonales y subzonales hacia las regiones: la mayoría de los hospitales provinciales son de alcance zonal y subzonal de acuerdo a la categorización vigente. El Ministerio de Salud debería expedirse acerca de la vigencia de dicha categorización en función de la logística actual del sistema médico asistencial. Los hospitales que mantengan dicha categorización deberían ser transferidos a la región donde se encuentran ubicados. De este modo quedarían en el nivel provincial un reducido número de hospitales de alcance interzonal.

c) Modificación del esquema de financiamiento conforme con la descentralización regional: naturalmente al transferir el servicio también se debería transferir el financiamiento. En este último caso, se debería lograr un esquema compatible con el de transferencias municipales según cápitas ponderadas, con lo que cada servicio regional debería percibir sus recursos siguiendo el mismo criterio. Esto implica reemplazar las asignaciones presupuestarias de los hospitales comprendidos en la descentralización por este tipo de transferencias.

En esta etapa sería importante encarar la descentralización en las regiones de gran parte del manejo del sistema de deducciones por derivaciones. En tal caso, cada región tendría asignada desde el nivel provincial, una transferencia según el criterio de cápitas ponderada con tres componentes: uno por atención primaria, otro por servicios hospitalarios municipalizados y otro por servicios regionales.

Las deducciones por derivación aplicadas desde el nivel provincial, computarían las prestaciones efectuadas por los hospitales que permanezcan en jurisdicción provincial, y se aplicarían a la región que autorizó cada derivación. También se debería prever un mecanismo de clearing para las derivaciones entre regiones, que funcione con un criterio similar al de las derivaciones hacia centros provinciales. Esto último es vital para garantizar la libre elección de los pacientes del hospital donde desean atenderse (sea que pertenezca a su propia región o a otra) y que con ello existan estímulos a la elevación de la calidad en las prestaciones hospitalarias.

En el caso de las derivaciones intraregión, cada una de ellas sería la responsable de aplicar las deducciones que correspondan a la hora de efectuar el reparto de las transferencias por atención primaria y por servicios hospitalarios municipalizados, entre los municipios que la componen.

d) Descentralización del mecanismo de selección y reclutamiento del personal hacia cada región: si bien la negociación de convenios laborales puede continuar desarrollándose a nivel provincial y con ello la estipulación de la estructura jerárquica dentro de la carrera hospitalaria y de la escala salarial, es imprescindible que las regiones cuenten con plena potestad sobre las decisiones de reclutamiento de personal y también de despido del mismo. Esto también sería extensible a los directores de los hospitales que permanezcan en el nivel provincial. Dentro de la legislación vigente, el régimen de personal previsto en la ley 11.759, permitiría avanzar en este sentido. Dicha ley no se encuentra reglamentada, por lo cual sería necesario emitir el decreto reglamentario pertinente para lograr que los empleados adopten dicho régimen.

### *Tercera etapa*

La tercera etapa consiste en perfeccionar el sistema de autogestión, a partir de una mejor delimitación del grupo objetivo. Los cambios propuestos para las dos primeras etapas tenderían a alentar mayores ingresos dentro de los hospitales provinciales, producto de las compensaciones por servicios originadas en el

mecanismo de deducciones por derivación. Esto otorga margen para reemplazar progresivamente el financiamiento presupuestario asignado a dichos hospitales. Sin embargo, es necesaria una correcta demarcación del grupo objetivo, a efectos de evitar fugas de recursos desde el sistema público hacia el seguro de salud. Con relación a dicho propósito, también es imprescindible lograr mayor capacidad de presión sobre las obras sociales y las compañías del seguro de salud. En razón de ello, en esta etapa, se proponen seis medidas: a) confección del padrón de beneficiarios con acceso gratuito al sistema público y modificación de la regla de transferencia a cápitas según padrón, b) introducción de pautas procompetitivas dentro de los servicios de atención primaria municipal, c) establecimiento de incentivos a las regiones sanitarias para el desarrollo de planes regionales de seguro de salud voluntario, d) descentralización de las negociaciones contractuales con las entidades del seguro de salud a las regiones sanitarias, e) introducción de contratos por servicio en la relación entre regiones y hospitales provinciales, y f) eliminación del financiamiento presupuestario de los hospitales provinciales, reemplazándolo con un fondo de coseguro provincial.

a) Confección del padrón de beneficiarios con acceso gratuito al sistema público y modificación de la regla de transferencia a cápitas, según padrón: la construcción y administración del padrón de beneficiarios es una tarea que deberían realizar los municipios; estos tendrían incentivos para hacerlo puesto que cuanto más beneficiarios incluyan dentro del padrón, más cápitas percibirán. Para lograr un buen funcionamiento del sistema, el gobierno provincial debe cumplir con las siguientes tareas: i) definir las condiciones de admisibilidad dentro del grupo de beneficiarios (condición de pobreza, de desempleo, etc.). La admisibilidad puede considerar condiciones similares a las establecidas en el acceso a otras políticas sociales, por lo cual se podría pensar en un único padrón de beneficiarios dentro de cada municipio para la aplicación de diferentes políticas (becas escolares, planes de empleo, etc.) y ii) establecer un sistema de auditoría y de penalizaciones, para evitar filtraciones y otro tipo de falencias en el manejo de los padrones por parte de los municipios.

b) Establecimiento de pautas procompetitivas dentro de la atención primaria municipal: el trabajo en base a un padrón de beneficiarios, permite la introducción de incentivos eficientes a los profesionales que brindan este tipo de atención. Tal es el caso de los pagos por persona, incluida dentro de la lista de pacientes de cada profesional, empleados en la mayoría de los

países analizados en el capítulo de experiencia internacional. Ello, combinado con la libre elección de profesionales, es muy útil para motivar el buen desempeño en este nivel de atención.

c) Establecimiento de incentivos a las regiones sanitarias, para el desarrollo de planes regionales de seguro de salud voluntario: similar a lo que sucede con los hospitales públicos españoles, se puede alentar el desarrollo de planes de salud dentro de las regiones, destinados a personas que no cuenten con cobertura del sistema de seguro de salud nacional y que tampoco califiquen para estar dentro del padrón antes mencionado, por poseer elevados ingresos, por ejemplo.

d) Descentralización de las negociaciones contractuales con las entidades del seguro de salud a las regiones sanitarias: tal como sucede con los Servicios Sanitarios de Chile, se debería dejar en manos de las regiones sanitarias, la negociación de los contratos para la prestación de los servicios de dependencia regional, a beneficiarios de las entidades del seguro de salud.

e) Introducción de contratos por servicio en las derivaciones entre regiones y desde éstas, hacia los hospitales provinciales: esto implica la sustitución del sistema de deducciones por derivaciones basadas en indicadores agregados, el cual podría continuar vigente para las relaciones intraregión, siendo potestad de cada una de ellas modificarlo. Esta modificación es consistente con el desarrollo de un modelo de autogestión hospitalaria plena, dentro de los hospitales provinciales. Dichos hospitales concertarían contratos con las entidades del seguro de salud y con las regiones sanitarias. En el caso de las derivaciones entre regiones, se debería permitir el desarrollo de acuerdos bilaterales entre servicios regionales, pero también se debería regular un contrato de alcance provincial, obligatorio para todas las regiones, que incluya un conjunto de prestaciones básicas, como forma de permitir la movilidad interregional de pacientes y con ello estimular la eficiencia.

f) Eliminación del financiamiento presupuestario de los hospitales provinciales: la obtención de la autogestión plena, permite la eliminación del financiamiento presupuestario. Estos recursos deberían ser abiertos en tres partes. i) Una parte debería ser transferida a las regiones para fortalecer su capacidad de contratar servicios con los hospitales provinciales. ii) Otra parte, sería empleada para la constitución de un Fondo para Infraestructura y Equipamiento Hospitalario. Este fondo debería efectuar transferencias complementarias a los proyectos de infraestructura y equipamiento, emprendidos en los municipios, regiones y hospitales provinciales de autogestión, que

califiquen según los criterios de expansión del servicio pretendidos por el nivel provincial. Este fondo debería financiar solo un cierto porcentaje del costo de tales inversiones, y la parte restante debería ser cubierta por la unidad de gestión impulsora del pro-

yecto. iii) La parte restante sería destinada a un Fondo para Emergencias Sanitarias, que el Ministerio de Salud podría asignar a regiones o municipios donde se declare la emergencia sanitaria, debido al desarrollo de epidemias, por ejemplo.

## Bibliografía

- Barbieri N., De la Puente C. y Tarragona S.: “La Equidad en el Gasto Público en Salud”. Sin publicar. 2001.
- Blendon R., Donelan K., Jovell A., Pellisé L. y Costas E.: “Spain’s citizens assess their health care system”. *Health Affairs*, 10 (1): 216–228. 1991.
- Dirección de Gastos Sociales Consolidados: “Caracterización y Evolución del Gasto Público Social”. Documento de Trabajo N° GP/10. Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía de la Nación. 2000.
- European Observatory on Health Care Systems: “Health Care Systems in transition: Reporte sobre España”. Tabla 10, Pg. 81. Página web del European Ogservatory on Health Care Systems. 2000.
- Gasparini L.: “El impacto distributivo del Gasto Público en Sectores Sociales en la Provincia de Buenos Aires”. Cuadernos de Economía N° 50, Julio. 2000.
- Honorable Senado de la Nación: “Informe Sobre Desarrollo Humano en la Provincia de Buenos Aires”. 1996.
- Knowles J., Leighton C. y Stinson W.: “Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud”. Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, Documento N° 6, Septiembre. 1997.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: “Trabajo Social en Salud”. 1999.
- Ministerio de Salud y Acción Social: “Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995”. 1995.
- Navarro L. e Israilevich G.: “El ajuste puede mejorar la eficiencia en la salud pública”. *Novedades Económicas. IERAL de la Fundación Mediterránea* N° 179/180, Noviembre/Diciembre. 1995.
- Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa: “European health care reform: Analisis of current strategies”. Abril. 1996.
- Subsecretaría de Planificación de la Salud: “Encuesta Provincial de Salud. Conurbano Bonaerense”. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 1998.
- Tobar F.: “Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina”. Disponible en la página [www.adusalud.org.ar](http://www.adusalud.org.ar). 2001.

## **Cuadernos publicados**

1. Evolución de las Finanzas Públicas de la Provincia de Buenos Aires 1970-1993.
2. Estimación de la actividad económica de la Provincia de Buenos Aires para el año 1992: Valor Bruto de Producción Geográfico y Valor Agregado.
3. Propuesta para un Sistema Tributario Federal.\*
4. Estudio sobre el servicio de recolección de residuos en la Provincia de Buenos Aires.\*
5. Servicio Alimentario Escolar: diagnóstico y propuesta.\*
6. Gasto público provincial y municipal por partido de la Provincia de Buenos Aires.\*
7. El Programa de Descentralización Administrativa Tributaria en la Provincia de Buenos Aires.\*
8. Impacto distributivo del gasto público provincial y municipal en la Provincia de Buenos Aires.\*
9. La educación en la Provincia de Buenos Aires. Aspectos de su desempeño reciente y la asignación de recursos presupuestarios en el sector.\*
10. Coparticipación a Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires.
11. Comercio minorista en el canal de autoselección.
12. Productividad de los insumos públicos y de la infraestructura. Una evaluación de equilibrio general para la economía argentina y para la Provincia de Buenos Aires.
13. Niveles de Desarrollo Económico por Provincias: Indicadores y Evolución Intertemporal.
14. Dos problemas de Finanzas Públicas: El crecimiento del Gasto Público y las potestades del endeudamiento provincial.

15. Estudio sobre Finanzas Provinciales y el Sistema de Coparticipación Federal de Impuestos.
16. Procedimientos de Contrataciones en el Sector Público.
17. Sector Agropecuario Bonaerense: Evolución período 1992-1996.
18. El Sistema de Salud en Argentina.
19. Evolución y perspectivas del Sector Público Municipal Bonaerense.
20. La asistencia a la producción en la Provincia de Buenos Aires. Situación actual y una propuesta de trabajo.
21. Argentina-Brasil: condiciones para la inversión extranjera.
22. Concentración Territorial de la Industria en Argentina.
23. Estructura y rendimiento de los sistemas tributarios de Argentina y de algunos países seleccionados de América Latina y OECD.
24. Mensajes de los Gobernadores de la Provincia de Buenos Aires a la Honorable Asamblea Legislativa: 1881-1905.  
Tomo I: 1881-1889\*                      Tomo II: 1890-1896\*                      Tomo III: 1897-1905\*
25. Empleo y desempleo en Argentina.
26. Efectos de medidas de política económica sobre el empleo regional.
27. El mercado laboral en Argentina. Diagnóstico y políticas.
28. La industria farmacéutica argentina ante el nuevo contexto macroeconómico, 1991-1996
29. El viejo y el nuevo Estado.
30. Dificultades para la obtención de financiamiento en el sistema financiero argentino.  
El caso de las PyMEs.



31. Lineamientos para una reforma del sistema tributario argentino.
32. El federalismo regulatorio: una evaluación preliminar del caso argentino en base a la teoría y la experiencia internacional.
33. Políticas Activas: ¿Quién dijo que no se puede?.
34. La racionalidad económica aplicada a la cuestión ambiental.
35. Desarrollo, crecimiento regional y política económica. Causas y efectos de la concentración de la actividad económica.
36. El sector frutihortícola bonaerense.
37. Exportaciones argentinas por provincias.
38. El fracaso del mercado: el caso de los monopolios naturales con una aplicación práctica.
39. Medidas de eficiencia relativa en el sector público local. Un resumen crítico de la literatura y una aplicación al sector educativo.
40. Análisis del ciclo económico argentino.
41. Evolución regional (por provincias) de la actividad económica en el sector Comercio y Servicios.\*
42. La industria en los '90.  
Tomo I: evaluación, implicancias y perspectivas de una nueva etapa de crecimiento industrial.\*  
Tomo II: estructura, evolución y perspectivas de algunos sectores seleccionados.\*
43. Análisis de la actividad económica en la provincia de Buenos Aires.\*
44. Política ambiental y desarrollo sustentable.

45. Acceso a la educación y la salud en la provincia de Buenos Aires. \*
46. Equidad y mercado de trabajo. Consideraciones para un crecimiento sostenible.
47. La provincia de Buenos Aires: una mirada a su economía real. \*
48. Instituciones y reforma del Estado. Tras los nuevos objetivos: equidad, competitividad y menor volatilidad en un país federal.
49. La distribución del ingreso en Argentina y en la provincia de Buenos Aires.
50. El impacto distributivo del gasto público en sectores sociales en la provincia de Buenos Aires. Un análisis en base a la Encuesta de Desarrollo Social.
51. Oferta y demanda de políticas en un mundo global: el rol de los acuerdos regionales.
52. Crecimiento sostenido y con equidad: el rol del financiamiento.
53. La transformación del sistema financiero argentino. Concentración bancaria, eficiencia y financiamiento.
54. Determinantes de la desigualdad en la distribución del ingreso.
55. Características regionales y sectoriales del empleo y del desempleo.
56. La autonomía en los municipios argentinos.
57. Instituciones y reforma fiscal Federal en Argentina.
58. Elementos para el diseño y evaluación de propuestas de descentralización del gasto en EGB.
59. El dilema de la economía informal: evidencias y políticas.
60. El nuevo contexto y las políticas urbanas: nuevas perspectivas en la distribución de recursos entre ciudades.

61. Clusters productivos en la provincia de Buenos Aires.
62. ¿Por qué y cómo reformar el sistema educativo de la provincia de Buenos Aires?.
63. Estado de situación y propuesta de reforma del sistema médico asistencial público de la provincia de Buenos Aires.

Cuadernos de Economía es una serie que tiene por objeto difundir estudios de utilidad para la gestión de las finanzas públicas provinciales; se invita a quienes deseen contribuir en este sentido, a proponer trabajos para su publicación. A tal fin, deben dirigirse a: Sr. Coordinador de la serie “Cuadernos de Economía” Lic. Lisandro Menéndez Paratore – Calle 8 entre 45 y 46, 2º Piso – Oficina N° 450, La Plata – Teléfono (0221) 429-4400 (int 6511) fax (0221) 429-4400 (int 6561).

---

\* Edición agotada.