

II Jornadas de Investigación y Vinculación de la UNAJ

Territorio, investigación y vinculación: Problemas y potencialidades en el contexto actual

“NO publicar en actas” (trabajo de avance)

GT 3- La salud en el territorio

Título:

**Coordinación de procesos asistenciales y gestión en red: Alternativas de
Financiamiento de las Redes Sanitarias en la Región Sanitaria VI, Provincia de
Buenos Aires**

Autores:

**Arnaldo Medina (UNAJ), Mariano San Martín (UNAJ ICS), Juan Pedro Luzuriaga
(UNAJ ICS), Daniela Alvarez (UNAJ ICS)**

E mail de contacto: marianosanmartin73@gmail.com

Resumen

Este artículo constituye parte de los avances del proyecto de investigación “Desarrollo del centro de coordinación y monitoreo para procesos asistenciales y de gestión de pacientes en red” (PDTs UNAJ CIN CONICET).

Tiene como objetivo elaborar un diagnóstico sobre las Redes de Atención en la Región Sanitaria VI y analizar el impacto que el modelo actual de Financiamiento de la Salud Pública tiene sobre la conformación de las mismas y sus posibilidades de desarrollo. Para ello se sistematizaron antecedentes normativos que dieron forma a la organización de la Región y los aspectos que definieron el modelo de Gestión y específicamente el modelo de financiamiento. A la vez se exploró sobre las conductas de los subsistemas en relación a estas reglas de juego.

La fragmentación del sistema de salud atenta contra el uso racional de los recursos y genera restricciones de acceso e inequidad en los resultados. Numerosa bibliografía, propone a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como una de las alternativas para intentar cerrar estas brechas.

En este artículo se presentarán las principales variables que estructuran el modelo de financiamiento de los servicios de salud en la provincia de Buenos Aires y en particular en la Región Sanitaria VI. Se presentarán también lineamientos para estrategias posibles de fortalecimiento de la gobernanza en salud y del financiamiento de redes integradas.

Tabla de contenido

1. Introducción	3
2. Aspectos teóricos sobre el financiamiento de las redes sanitarias.....	4
Un sistema de gobernanza único para toda la red.....	4
Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.....	4
Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	5
Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red	5
Sistema de información integrado y nominalizado.....	6
3. Antecedentes en la conformación y financiamiento de las Redes Sanitarias en la Región Sanitaria VI	6
4. Regionalización de la Provincia de Buenos Aires.....	9
5. El primer intento de articulación y formación de REDES. El SAMO. ¿Integración o Recupero de Costos?	10
6. La coparticipación en salud municipal ¿una solución a la fragmentación o más nafta el fuego?	11
7. Gestión descentralizada de los hospitales.....	14
8. Integración de la regionalización y la descentralización hospitalaria.....	15
9. Inequidad del gasto público en salud.....	16
10. Conclusiones	19

1. Introducción

Son notables los avances en materia de salud, medidos a partir de los descensos constantes de la mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida. Hoy vivimos 40 años más que en 1914 y la TMI es cinco veces menor, pero también es conocido que estos beneficios no han sido distribuidos de un modo justo entre toda la sociedad. No es lo mismo envejecer habiendo vivido una vida de privaciones que no. También es sabido que no todos los logros en materia de salud corresponden al sistema de atención sino que están relacionados con las condiciones de vida, los determinantes sociales de la salud. Como ejemplo cabe mencionar la inmensa brecha en la TMI ajustada por el nivel educativo de la madre.

Las complejidades del sistema de salud, son quizá de las mayores a las que se enfrenta la administración gubernamental, múltiples actores institucionales (corporaciones de profesionales, sindicales, farmacéuticas), avances tecnológicos cada vez más veloces, cambios en las demandas ciudadanas, envejecimiento poblacional. Reformas pendulares que orientaron el sistema hacia la seguridad social, lo público o lo privado, sumado a la descentralización de efectores a diferentes niveles jurisdiccionales.

Estas condiciones hacen que pensar cualquier modificación en la atención de la salud deba realizarse a partir de un profundo análisis de estas condiciones. El modelo de Financiamiento condiciona a los modelos de Gestión y en definitiva al Modelo de Atención, con la idea de funcionar como incentivo para lograr los comportamientos adecuados en pos de brindar más y mejor atención de salud a la población.

Por esta razón, no debe pensarse al modelo de Financiamiento simplemente como una optimización del gasto sino como la mejor manera de asignar los recursos para lograr los mejores resultados. Tampoco se lo debe considerar como un modelo ideal, único y definitivo, sino que deberá ir corrigiéndose y adaptándose con el correr del tiempo, dado que un nuevo modelo generará nuevos incentivos y por lo tanto nuevos comportamientos (positivos y negativos). Lo que también es seguro es que requerirá de grandes y nuevos esfuerzos de coordinación, organización, planificación y evaluación de la política pública, sin esta condición seguramente será mucho más complicado el camino a transitar.

El sector salud, en Argentina, ha consolidado una organización que se caracteriza por su excesiva fragmentación. En este marco, la falta de coordinación y articulación impiden la conformación de un verdadero "sistema" de salud y atentan contra el uso eficiente de recursos y el logro de mejores niveles aceptables de equidad en su cobertura. No sólo se nota la falta de integración entre los distintos subsectores (público, seguridad social y privado), sino que hacia el interior de cada uno de ellos también se observa un elevado grado de fragmentación.

Esto trae como consecuencia que, cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo. Sin duda, esta fragmentación de derechos es fuente de inequidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas. (INDH, PNUD 2010).

En el ámbito público, la diversidad de situaciones a nivel jurisdiccional y microeconómico deriva en la inexistencia de un nivel único de cobertura asegurada por la atención pública de la salud a todos los habitantes. Adicionalmente, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de servicios de salud. En la Provincia de Buenos Aires por ejemplo, no tiene el mismo acceso a servicios de salud el habitante de una zona rural respecto al que vive en Avellaneda, con rápido acceso a los servicios

ubicados en la Ciudad de Buenos Aires, o en relación al que está radicado en el tercer cordón del conurbano bonaerense.

El presente trabajo tiene como objetivo elaborar un diagnóstico sobre las Redes de Atención en la Región Sanitaria VI y analizar el impacto que el modelo actual de Financiamiento de la Salud Pública tiene sobre la conformación de las mismas y sus posibilidades de desarrollo.

Para ello se hará un relevamiento de los antecedentes normativos que dieron forma a la organización de la Región y los aspectos que definieron el modelo de Gestión y específicamente el modelo de financiamiento. Al a vez se indagará sobre las conductas de los subsistemas en relación a estas reglas de juego.

Como hemos dicho la fragmentación atenta contra el uso racional de los recursos y genera restricciones de acceso e inequidad en los resultados. Numerosa bibliografía, propone a las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como una de las alternativas para intentar cerrar estas brechas.

2. Aspectos teóricos sobre el financiamiento de las redes sanitarias.

Un sistema de gobernanza único para toda la red.

Las dimensiones de la gobernanza son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento. El control se refiere al grado de centralización del gobierno, que puede variar desde un órgano de gobierno único (gobierno corporativo) hasta múltiples órganos descentralizados que desempeñan distintas funciones y tienen distintas responsabilidades. Los miembros del directorio definen la composición del órgano de gobierno, que puede incluir representantes de las comunidades y de las unidades operativas que integran la red. La complejidad del gobierno de las RISS requerirá la presencia de miembros con gran dedicación y una preparación específica. Las responsabilidades del gobierno incluyen formular los fines de la organización, es decir la misión, visión y objetivos estratégicos de la red; coordinar a los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red; asegurar que la visión, misión, objetivos y estrategias sean consistentes a través de toda la red; asegurar que la red alcance un nivel de desempeño óptimo a través del monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red; normalizar las funciones clínicas y administrativas de la red; asegurar una financiación adecuada para la red; y asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno. Por último, en países que dependen altamente de financiamiento externo (por ejemplo instituciones financieras y/o donantes externos), la función de gobernanza deberá incluir también la capacidad de conducir y alinear la cooperación internacional buscando el desarrollo de las RISS como alternativa preferida para la organización, gestión y prestación de los servicios de salud, buscando la integración de los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas dentro del sistema de salud.

Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red

Las RISS implementan un sistema de incentivos y rendición de cuentas que busca promover la integración de la red como un todo, el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial, y la promoción y preservación de la salud de las personas y del medioambiente. Para ello, el sistema de asignación de recursos debe permitir responsabilizar a cada unidad operativa— hospitales, equipos del primer nivel de atención, tanto de los costos directos, como de los costos que genera sobre el resto de la red. La integración del presupuesto y su elaboración a partir de los objetivos globales, la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas

son algunas de las medidas más efectivas para lograr la eficiencia global de la red. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada establecimiento y nivel asistencial (por ejemplo, el pago por acto, pago por servicio o pago por presupuesto) desincentivan la coordinación entre los niveles asistenciales. En respuesta a lo anterior, las RISS han ido introduciendo mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros que buscan fomentar la coordinación entre los proveedores de servicios y el abordaje del problema de salud en el lugar más apropiado dentro del continuo asistencial como por ejemplo el pago per cápita ajustado por riesgo.

Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico

Los arreglos de gestión de la red dependerán de su tamaño (población cubierta, área geográfica cubierta, fuerza de trabajo empleada, etc.) y nivel de complejidad (tipo de establecimientos de salud, existencia de centros de referencia nacionales o regionales, existencia de funciones docentes o de investigación, etc.). Las RISS de gran tamaño y mayor complejidad requieren diseños organizacionales más refinados que buscan la delegación del poder de decisión y la coordinación organizacional. Los cambios de gestión incluyen el traspaso de gestión de departamentos individuales a equipos multidisciplinarios responsables de gestionar servicios específicos a través del continuo de servicios, propiciando la creación de estructuras organizacionales matriciales y líneas de servicio clínico. Las RISS desarrollan además sistemas de garantía/mejoramiento continuo de la calidad de la atención con el objetivo de promover una cultura de excelencia clínica a través de toda la red. Por otra parte, las RISS buscan centralizar e integrar las funciones de apoyo clínico (por ejemplo, servicios de laboratorio clínico y radiología) y de compra, almacenamiento y entrega de medicamentos e insumos médicos para promover la eficiencia global de la red, al mismo tiempo que implementan mecanismos de gestión y evaluación de tecnologías médicas para racionalizar la incorporación de éstas. Finalmente, las RISS buscan compartir los sistemas de apoyo logístico tales como el sistema de transporte sanitario y las centrales de regulación de citas médicas.

Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red

Los recursos humanos son el capital más importante que posee una RISS. El número, distribución y competencias de estos recursos humanos se traducen directamente en la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades de la población y el territorio. En este sentido la definición de la composición de los equipos básicos de salud con relación a la cobertura geográfica asignada es indispensable y es el referente base para la planificación y dotación del recurso humano de la red. Desde el punto de vista del manejo de personal, las RISS examinan el papel del personal de la salud desde la perspectiva de la salud pública y la respuesta clínica, así como desde una perspectiva de estructura y gestión organizacional. Las RISS requieren un conjunto de habilidades y líneas de responsabilidades distintas a las requeridas por los servicios de salud tradicionales. Se necesitan nuevos puestos (por ejemplo, directores de integración clínica, planeación y desarrollo de red), además de nuevas competencias (por ejemplo, abordaje sistémico, negociación y resolución de conflictos, trabajo en equipo, mejoramiento continuo de la calidad y gestión de redes). En una RISS, la mezcla de competencias puede obtenerse mediante el empleo de diferentes tipos de profesionales trabajando en una misma tarea (equipos multidisciplinarios), o mediante la asignación de múltiples tareas a un individuo específico (trabajador multipropósito).

Las RISS requieren la elaboración de un plan de desarrollo organizacional para lograr las transformaciones deseadas y de procesos sistemáticos de educación permanente para ajustar las competencias de los equipos de trabajo. En un sentido más amplio, las

RISS requieren de políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con las necesidades del trabajo en red. Por último, la cultura organizacional es otro de los factores básicos que influye en la coordinación al interior de la organización. La cultura contribuye a la coordinación asistencial por ser un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros que trabajan en la organización, especialmente si promueve valores y actitudes de colaboración, trabajo en equipo y orientación hacia resultados.

Sistema de información integrado y nominalizado.

El sistema de información de la RISS debe proveer una gran variedad de datos para satisfacer las necesidades de información de todos los miembros de la red. Todas las unidades operativas afiliadas a la red deben estar vinculadas con el sistema de información, aún cuando cada unidad operativa use porciones diferentes de la base de datos del sistema. El sistema de información debe ser consistente con la misión y el plan estratégico de la red y debe proporcionar información sobre la situación de salud de la población servida.

La información debe ser nominalizada, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes (incluida información sobre los determinantes de la salud). Debe incluir también datos sobre demanda y utilización de los servicios de salud; información operacional sobre la trayectoria del paciente independientemente del sitio de atención (admisión, alta, derivación); información clínica; información sobre la satisfacción de los usuarios; e información económica (facturación, tipo de afiliación, costos, etc.).

Por otra parte, algunos de los elementos básicos que el sistema de información debe poseer son un sistema de integración de aplicaciones que vincule los diferentes sistemas dentro de la red; un identificador común y único para cada persona/paciente; una definición común de términos y definiciones de estándares; y una base de datos accesible para todos los miembros de la red que preserve la confidencialidad de la información. (PAHO 2011)

3. Antecedentes en la conformación y financiamiento de las Redes Sanitarias en la Región Sanitaria VI

El sistema de salud de la provincia de Buenos Aires se asienta sobre la cobertura del sector público en sus tres niveles a la que tienen acceso (limitado a la disponibilidad de la oferta) todas las personas que requieran de atención sean habitantes o no de la provincia o del país. Esta cobertura pública es diferente por regiones y municipios como veremos más adelante. Adicionalmente el 65 % de la población cuenta con algún tipo de cobertura adicional, provisto por la Obra Social de la Provincia (IOMA), el PAMI, más de 290 Obras Sociales reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación, empresas de medicina prepaga, mutuales, etc.

En el caso de la Seguridad Social los niveles de cobertura dependen básicamente de la disponibilidad de recursos de cada aseguradora y de la de efectores en el territorio donde residen sus beneficiarios. Es por eso que en muchas ocasiones el sector público funciona como “prestador de última instancia” o exclusivo para muchos de los ciudadanos que no logran atenderse a través de los efectores contratados por sus seguros. En los últimos 10 años el promedio de atenciones del Sector Público a beneficiarios con cobertura de otros seguros se encuentra en un 30%.

Cuadro 1. Población, Cobertura en Salud y NBI por partido, Región VI y Pcia de Buenos Aires. Año 2014

Partidos	Total	% Población sin Cobertura	Población con NBI
ALMIRANTE BROWN	574.263	40%	19,3%
AVELLANEDA	350.080	30%	10,7%
BERAZATEGUI	342.682	19%	11,7%
ESTEBAN ECHEVERRIA	331.031	42%	20,4%
EZEIZA	186.842	46%	26,10%
FLORENCIO VARELA	464.939	52%	30,4%
LANUS	463.251	31%	11,7%
LOMAS DE ZAMORA	632.842	43%	17,2%
QUILMES	618.106	37%	17,6%
RS VI	3.964.036	40%	18,8%
BA	16.476.149	37%	16,3%

Fuente: DIS- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

Adicionalmente es necesario reconocer que el aumento intercensal en la cobertura, especialmente en el grupo de mayores de 65 años, presenta desafíos adicionales, por un lado, sabemos que este grupo requiere de atenciones más frecuentes y en muchos casos costosas, lo que implicaría repensar los sistemas públicos que en muchos casos se orientan mas a la salud materno infantil, por otro lado este grupo es el de mayor cobertura de seguros de salud, (casi el 100%¹), lo que supondría ya saldada necesidad de atención aunque en muchos de los casos son usuarios del sistema público de atención de la salud. Esto implica la necesidad de repensar los esquemas de articulación con la Seguridad Social, tal como veremos más adelante.

En el sector público la cobertura depende de la capacidad de financiamiento del sector publico que como hemos dicho se origina en los tres niveles jurisdiccionales, pero que en líneas generales muy dispar entre regiones sanitarias y municipios.

En la actualidad los esquemas de financiamiento el sector público han resultado en una dispar asignación de recursos entre regiones.

4. Gasto en Salud por Region Sanitaria, por fuente de financiamiento.

El Gasto en Salud Consolidado es la asignación total de recursos destinados a la salud por medio de las tres jurisdicciones públicas (Gráfico 1). El gasto de programas de MSAL y el correspondiente a programas del MSBA fueron asignados, en el presente análisis, de acuerdo la población sin cobertura de salud (PSC) de cada región sanitaria. . Los datos utilizados corresponden al año 2014, y se obtuvieron de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

¹ Las políticas de moratorias previsionales de los últimos años permitieron la incorporación al “sistema” jubilatorio de millones de nuevos jubilados, los que automáticamente pasan a tener cobertura del INSSPJyP (a través del PAMI).

Gráfico 1. Gasto en Salud Consolidado, y gasto per cápita mensual por Región Sanitaria, Pcia de Buenos Aires. Poblacion sin cobertura. Año 2014

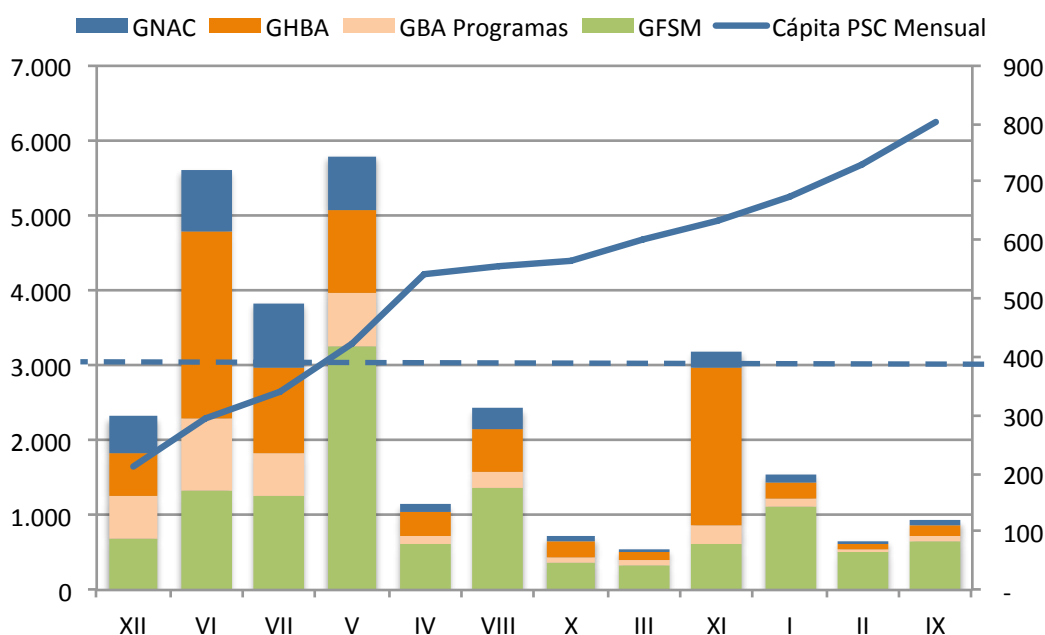
GNAC: Gasto nacional distribuido, en \$ Millones, eje izquierdo

GBA: Gasto Ministerio de Salud BA distribuido, en \$ Millones, eje izquierdo

GHBA: Gasto hospitalario por residencia de los egresos, en \$ Millones, eje izquierdo

GFSM: gasto finalidad salud municipal, en \$ Millones, eje izquierdo

Cápita Población sin Cobertura (PSC) mensual, en \$, eje derecho



Fuente: DIS- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

Por su parte, el gasto hospitalario (75% del presupuesto del MSBA), surge de imputar el total del presupuesto ejecutado por las instituciones hospitalarias provinciales a cada uno de los partidos de la provincia, utilizando como criterio de distribución el lugar de residencia de los pacientes que egresan. Cabe aclarar que no se distinguieron valores relativos de los mismos en base a diagnósticos.

El gasto finalidad salud municipal (GFSM), es el gasto en salud de cada partido e incluye gasto en programas sanitarios así como el gasto hospitalario municipal. El mismo es relativamente mayor en aquellos partidos con infraestructuras sanitarias locales consolidadas (Región V, RVIII y RI).

Por último, el gasto per cápita PSC mensual, indica, en relación a la cantidad de población objetivo de la política de salud de cada región sanitaria, el valor de la cápita mensual asignada. Es decir, se consideró solo la población sin cobertura de salud, la cual fue obtenida del censo Nacional de Población, Hogares y viviendas 2010, actualizada por la Dirección de Estadísticas Provinciales al año 2014.

El gasto Consolidado alcanzó, en 2014 en la provincia de Buenos Aires, \$29 mil Millones y una cápita por habitante (PSC), promedio mensual de \$393. El GFSM realiza el mayor aporte (42%), siguiendo el GHBA con el 31%.

La Región VI es la segunda región respecto gasto Consolidado en términos absolutos (\$5.597 Millones) pero es la ante última considerando el gasto por habitante, recibiendo

una cápita inferior al promedio provincial (\$295). El GFSM representa el 45% y el gasto municipal el 24%.

Gráfico 2. Gasto en Salud Consolidado, y gasto per cápita mensual por partido. Región Sanitaria VI. Poblacion sin cobertura. Año 2014

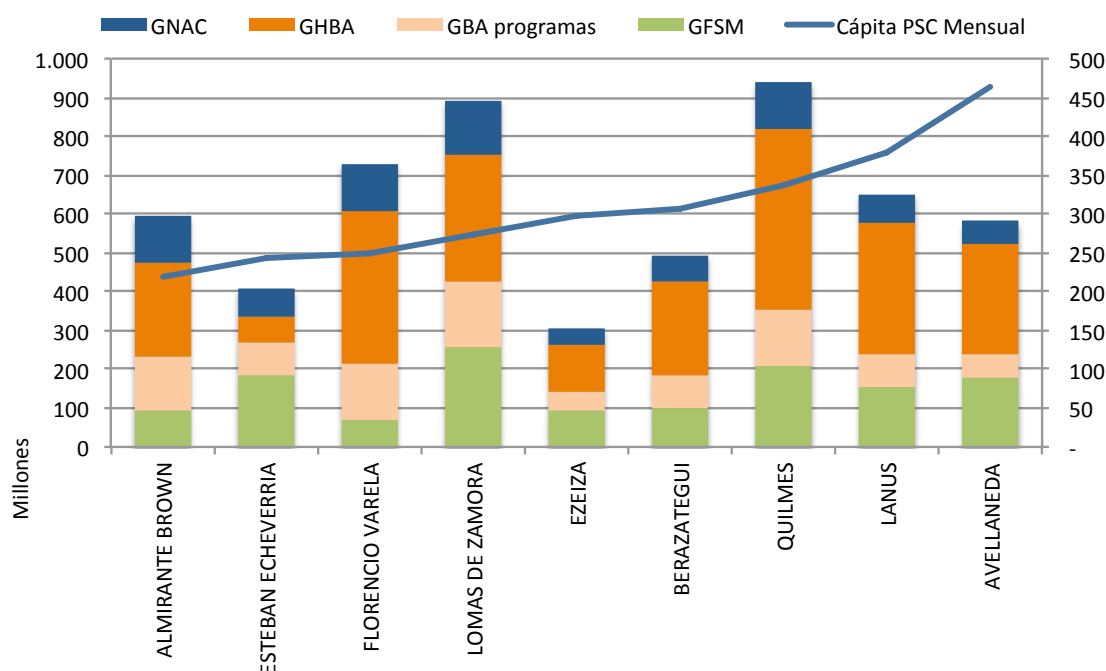
GNAC: Gasto nacional distribuido, en \$ Millones, eje izquierdo

GBA: Gasto Ministerio de Salud BA distribuido, en \$ Millones, eje izquierdo

GHBA: Gasto hospitalario por residencia de los egresos, en \$ Millones, eje izquierdo

GFSM: gasto finalidad salud municipal, en \$ Millones, eje izquierdo

Cápita Población sin Cobertura (PSC) mensual, en \$, eje derecho



Fuente: DIS- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires

El gráfico 2 muestra un el mismo análisis, pero comparando los diferentes partidos de la Región Sanitaria VI. Se observa, en general la mayor importancia relativa del gasto hospitalario provincial (GHBA). Almirante Brown es el partido con menor gasto per cápita mensual (\$220), mientras que Avellaneda posee el mayor (\$465).

5. Regionalización de la Provincia de Buenos Aires

El sistema de atención público de la salud en la provincia de Buenos Aires consolida su configuración a partir de la década de los años 70. En ese momento el gobierno nacional (de facto) realiza una transferencia de servicios (descentralización) de salud hacia las provincias, justificada por cuestiones vinculadas a las ganancias derivadas de acercar las decisiones al territorio, pero con un fin diferente que era morigerar el déficit fiscal a nivel nacional, ya que se transfirieron responsabilidades y no recursos. De este modo “atenta” contra la equidad ya que las diferencias de desarrollo y de capacidades de gestión previas imposibilitan trayectorias similares.

Por su parte en la provincia de Buenos Aires, se realiza una organización tendiente a transferir los efectores del primer nivel a los municipios y concentrar la esfera de la

administración central en la administración de los hospitales. Estas modificaciones son acompañadas por plexos normativos específicos, los que intentan generar reglas de juego tendientes a mejorar la cobertura y calidad de la atención a la vez que integrar los recursos del en ese momento ya fragmentado sistema de salud.

De hecho la Ley 7.106/65 ya proponía un esquema de regionalización pensando en mejorar la equidad a través de la identificación de necesidades regionales y mejorar la calidad a partir del armado de redes específicas de atención de la salud donde el Ministerio de Salud sea un ente planificador, evaluador y regulador.

Para el cumplimiento de las políticas y acciones asistenciales en materia de salud, en el año 1965 a través de la Ley provincial 7016 se promovió la regionalización sanitaria de la provincia. Consistía en descentralizar en áreas la implementación de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad considerando las heterogéneas necesidades de la población de cada región, facilitando de esta forma la planificación y evaluación de las acciones sanitarias y permitiendo una mejor coordinación del funcionamiento prestacional de los establecimientos asistenciales localizados en las respectivas áreas de influencia.

La provincia se dividió en doce Regiones Sanitarias cuyos límites se fijaron de acuerdo a:

- Factores geográficos.
- Factores demográficos.
- Factores socio-económicos.
- Medios de comunicación y transportes.
- Equipamiento sanitario.
- Características sanitarias.
- Todo otro factor de incidencia preponderante.

El decreto 805 del año 1967 que reglamentaba a la ley mencionaba entre las principales funciones de cada Región:

- Ejecutar planes de salud aprobados por el Ministerio de Bienestar Social.
- Proponer programas sometiéndolos a la aprobación del Ministerio de Bienestar Social (Coordinador Regional Central).
- Dirigir, supervisar, controlar, coordinar y evaluar la ejecución de los programas vigentes.
- Coordinar los recursos sanitarios provinciales del área entre sí y con los organismos nacionales, municipales de otras provincias o privados.

6. El primer intento de articulación y formación de REDES. El SAMO. ¿Integración o Recupero de Costos?

Luego en el año 1977 mediante el Decreto Ley 8.801 se crea el Sistema de Atención Médica Organizado (S.A.M.O.), con el objetivo de lograr mayor acceso, calidad y eficiencia en las políticas públicas en materia de salud, poniendo énfasis en la coordinación de los tres subsectores.

Esta organización se dio en el marco de la *transferencia de los establecimientos* asistenciales existentes en el territorio provincial desde la Secretaría de Salud Pública de la Nación al Ministerio de Salud de la Provincia entre 1979 y 1980.

La misión del SAMO de acuerdo a lo que expresa la ley era “proporcionar servicios integrados de medicina preventiva y asistencial mediante los recursos sanitarios provinciales y municipales y la coordinación con los demás recursos oficiales y privados y/o efectores de Seguridad Social.” Para cumplir con este objetivo se plantearon las siguientes estrategias de organización y financiación:

- ❑ La **descentralización administrativa delegada en la conducción a nivel municipal** que se basaba en el criterio de que los municipios tenían un papel de pilares básicos de la acción del gobierno, por ello se les otorgó la responsabilidad del manejo directo **de los establecimientos de menor complejidad**.
- ❑ La **creación del cargo de director de salud a nivel municipal**, con responsabilidad en la conducción de todos los organismos estatales. Con una relación técnica y normativa con las zonas sanitarias, creándose así un doble canal de dependencia el político y el técnico.
- ❑ La **creación del consejo zonal a nivel de las regiones sanitarias** formado por directores de salud municipal y presidida por el coordinador regional. (funcionario del Ministerio de Salud).

La **creación del Fondo Provincial de Salud**, que se compone básicamente de los ingresos generados por el cobro a las obras sociales y entidades aseguradoras por la atención que se brinda a sus beneficiarios en los hospitales estatales.

Por su parte la Ley SAMO (Sistema Atención Médica Organizado) propone la creación de un Fondo Único para la atención de la Salud, dándoles una fuerte presencia a las Secretarías de Salud y de la Seguridad Social, a través del IOMA a partir de la incorporación de ambos al Consejo Provincial de Salud y la facultad para cobrar prestaciones a las Obras Sociales cuyos beneficiarios fueran atendidos en el sector público.

7. La coparticipación en salud municipal ¿una solución a la fragmentación o más nafta el fuego?

En muchos casos las normativas no fueron implementadas o no tuvieron el resultado esperado. La insuficiencia de oferta para la atención de demandas crecientes provenientes del aumento de la población de los municipios, del aumento de la expectativa de vida, de la escasa cobertura de algunas obras sociales, entre otros factores, determinan un crecimiento anárquico de la oferta hospitalaria de los municipios. Es por ello que con la idea de ordenar este esquema a fines del año 1987 se sanciona la Ley 10.559 que define el esquema de Coparticipación corregido luego por la leyes 10.752 y 10.820/89 que especifican los coeficientes para la percepción de los recursos, en función de la productividad sanitaria²

Las normas citadas establecen que las Municipalidades de la Provincia reciben en concepto de coparticipación el 16,14% (dieciséis con catorce por ciento) del total de

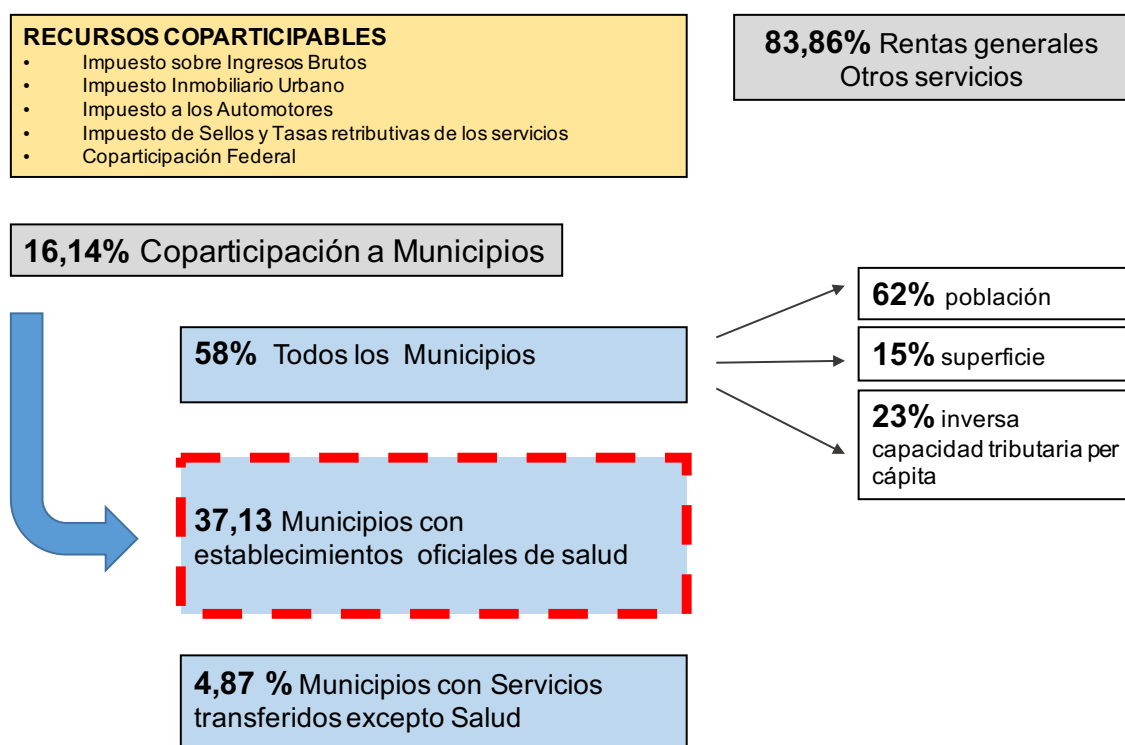
² En general suele mencionarse que la Coparticipación “paga el segundo nivel por cama y complejidad” siendo esto inexacto. La coparticipación en todo caso lo que utiliza como indicador son proxy de producción: sea esta medida a través de paciente días (ajustados o no por complejidad) o egresos hospitalarios, como se muestra en el esquema.

ingresos de la Provincia³. De ese monto el 37% es distribuido entre las Municipalidades que poseen establecimientos oficiales para la atención de la salud⁴.

Los coeficientes de distribución aplicables se elaborarán en función de los parámetros indicados a continuación, en la proporción que en cada caso se detalla:

- ❑ el treinta y cinco por ciento (35%) en proporción directa al producto resultante de computar el número de camas disponibles, el perfil de complejidad⁵ y, el porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- ❑ el veinticinco por ciento (25%) en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos -con o sin internación- de cada partido.
- ❑ el diez por ciento (10%) en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- ❑ el veinte por ciento (20 %) en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- ❑ el diez por ciento (10 %) en forma proporcional al número de establecimientos hospitalarios sin internación de cada partido.

Gráfico 3. Matriz de financiamientos y Coparticipación Provincia de Buenos Aires

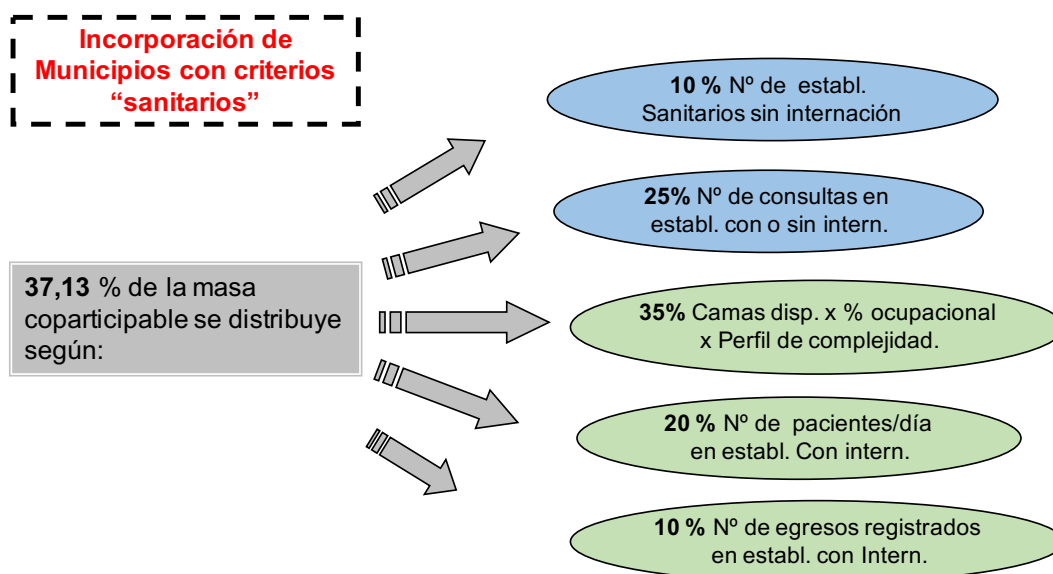


³ En concepto de impuestos sobre los Ingresos Brutos no descentralizados al ámbito municipal, Impuesto Inmobiliario Urbano, Impuesto a los Automotores, Impuesto de Sellos, Tasas Retributivas de Servicios y Coparticipación Federal de Impuestos.

⁴ En las leyes respectivas no encontramos evidencia acerca de que lo recibido por coparticipación esté condicionado a aplicarse en políticas de salud. Aunque como vemos a continuación el monto invertido en gasto finalidad salud de los municipios supera en el agregado a los fondos recibidos por coparticipación en salud, aunque con una tendencia decreciente.

⁵ El perfil de complejidad lo determina el Ministerio de Salud de la Provincia.

Gráfico 4. Distribución de la masa coparticipable



Es conveniente aclarar que los fondos recibidos no son de afectación específica al sector, salud. Aunque es clave mencionar que para recibirlos periodo a periodo era necesario que produjeran servicios de salud.

Por su parte los recursos son de competencia entre municipios, esto implica que la “bolsa” es una sola y cada producto que realiza un municipio detrae recursos del resto. Para amortiguar este efecto se pensó un esquema que supone la intervención previa del Consejo Regional de Salud y de la Comisión del Ministerio de Salud (creada a tal efecto) quienes recomiendan la aprobación o no al Ministro de Salud, quien es quien en definitiva resuelve a través de un acto normativo las altas, bajas y modificaciones. Adicionalmente la disponibilidad de recursos está ligada al desempeño de la economía nacional y provincial, no previendo ningún mecanismo anticíclico.

Por su parte el sector público provincial recibe los recursos del Ministerio de Economía Provincial a partir de sus presupuestos cuya asignación se basa en presupuestos históricos, con escasa ligazón a la productividad o logro de resultados.

Esquemas vinculados a gestión por resultados se están intentando introducir en algunos programas específicos, en general de Financiamiento Nacional como el SUMAR, aunque de muy bajo impacto en términos presupuestarios.

Finalmente requiere un párrafo adicional la prestación de los servicios profesionales. Es cierto que en los últimos años la provincia ha hecho una incorporación masiva de profesionales técnicos y administrativos, a los efectores de salud. Pero también es cierto que su desempeño se encuentra regulado por un marco laboral que ya sea por incumplimiento en alguno de los casos o desactualización en otros ha quedado obsoleto. A la vez que inide sobre el mismo el bajo nivel salarial percibido por los profesionales de la salud.

Se requiere por lo tanto también incorporar modelos que incentiven la productividad de los RRHH (no solo incentivos económicos, los que se considera son una condición necesaria, sino además incentivos vinculados al desarrollo profesional, al desarrollo personal, etc.).

8. Gestión descentralizada de los hospitales

En el año 1991 a través de la ley 11072⁶ se procedió a la reestructuración técnico-administrativa de los hospitales transformándolos en entes descentralizados⁷ sin fines de lucro, con un Consejo de Administración, como nivel máximo de conducción, integrado por representantes del Ministerio de Salud en forma mayoritaria, por los trabajadores profesionales y no profesionales y por miembros de la comunidad. Este Consejo será presidido por un Director Ejecutivo responsable de la conducción del hospital. Las responsabilidades que se les asignan a partir de ese momento son:

- ❑ Formular una estructura organizacional de acuerdo con las políticas referenciales establecidas por el Ministerio de Salud, con el fin de contribuir a su inserción en el sistema prestador.
- ❑ Promover estrategias de personal, formulación de planteles y adecuación de estructuras con el fin de su redimensionamiento y reconversión.
- ❑ Disponer el manejo de fondos a los efectos de cobros y pagos en relación a presupuestos formulados y aprobados por la autoridad ministerial.
- ❑ Proponer la incorporación de tecnología asegurando el cumplimiento de los objetivos asignados, en el marco de las normativas que establezca el organismo ministerial.
- ❑ Asegurar la eficacia final en las distintas prestaciones, adecuando los costos a los presupuestos estimados.
- ❑ Estructurar un mecanismo 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.
- ❑ Contratar servicios, obras y suministros con arreglo a las leyes pertinentes y normas del Ministerio de Salud.
- ❑ Los recursos con que contará el hospital descentralizado estarán constituidos básicamente por⁸:
 - ❑ Un presupuesto avalado por el Ministerio de Salud a pedido del Consejo de Administración.
 - ❑ El cobro de las prestaciones a Obras Sociales, mutuales o cualquier otra forma de cobertura oficialmente reconocida, conforme a las normas que se establezcan al efecto.
 - ❑ La percepción de pagos por servicios a empresas, entidades civiles, gremiales o particulares.

⁶ Esta Ley fue reglamentada por el decreto 2370/91 y luego derogado por el 2368/1997 en virtud de la reforma constitucional provincial de 1994. El Decreto 135/03, por su parte, (deroga al anterior) tiende a acelerar el proceso de descentralización y tiene como objetivo impulsar la gestión racional de las políticas públicas en materia de salud, rediseñando los modelos de atención con una perspectiva integradora, pretende avanzar de una estructura basada en normas centralizadas hacia otras sustentadas en la responsabilidad de los administradores; y reconocer la trascendencia de la estrategia de Atención Primaria de la Salud para el diseño del rol del Hospital descentralizado.

⁷ Entiéndase por reestructuración técnico administrativa del Hospital Público en ente descentralizado, al proceso de transferencia de competencias a los servicios hospitalarios que incrementen su capacidad de gestión y de resolución de acciones sanitarias sobre la población del área programática, acompañado de los correspondientes recursos que le permitan ejercerla.

⁸ Para mayor información consultar a norma correspondiente.

9. Integración de la regionalización y la descentralización hospitalaria

En el año 2006, mediante el Decreto 3377, se reglamenta nuevamente la Ley de Regionalización cuyo anterior reglamento vimos era del año 67, con el objetivo de adaptarlo a las actuales circunstancias y exigencias, que plantean los servicios sanitarios en cada región.

El decreto define a la Región Sanitaria como la *“Red Asistencial integrada por todos los establecimientos públicos provinciales ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplan funciones de servicios de Atención de la Salud en los tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria, de acuerdo a un criterio unitario pautado por el Ministerio Salud”*.

Menciona que la conducción, gestión y administración de la Región Sanitaria estará a cargo del **Ente Descentralizado Hospital Integrado** de la Región Sanitaria conducido por un Director Ejecutivo designado por el Poder Ejecutivo sin concurso y carecerá de estabilidad. Serán atribuciones y deberes del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria:

- ❑ Coordinar, supervisar, controlar y evaluar la ejecución en rol de Dirección Ejecutiva del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria, las políticas sanitarias diseñadas y aprobadas por el Ministerio de Salud.
- ❑ Asistir al Ministerio de Salud en materia de planificación estratégica y proponer la implementación de programas específicos basados en las necesidades y características propias y particulares de la zona de cobertura geográfica de la Región Sanitaria.
- ❑ Suscribir convenios con instituciones de derecho público y/o privado tendientes a la complementación de los servicios asistenciales, previa consulta de factibilidad y conveniencia efectuada al Ministerio de Salud a través de; órgano competente que ejerza la coordinación de las Regiones Sanitarias.
- ❑ Todas las atribuciones y deberes previstas en el artículo 5° de la Ley 11.072, y las que el Ministerio de Salud les asigne en el futuro, siempre dentro del objeto de su creación.
- ❑ Funcionará en cada Región Sanitaria un Consejo Sanitario que estará presidido por el Director Ejecutivo del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria e integrado por los Secretarios de Salud de los Municipios o su cargo equivalente y por representantes de los Colegios Médicos, de las entidades colegiadas de las restantes profesiones vinculadas al arte de curar y de organizaciones no gubernamentales reconocidas por el Ministerio de Salud cuyo objeto y trayectoria estén relacionados con la Prevención, Atención y Recuperación de la Salud. Este Consejo se reunirá por lo menos una vez cada dos meses.

Es notable que la normativas organizativas no fueron acompañadas de los recursos económicos, en otras palabras se definieron con claridad las redes, se definió el modelo de gobernanza formal, pero no se transfirieron responsabilidades económicas que permitan utilizar los recursos como incentivos para el logro de resultados, sino que se continuaron viejos esquemas de financiamiento que sostienen la anarquía e inequidad en el sistema de atención pública.

10. Inequidad del gasto público en salud

Finalmente, en esta sección analizaremos el grado de inequidad resultante en el Gasto Público en salud, considerando de manera desagregada los aportes de la Coparticipación en Salud en el gasto público total, y comparándolo con el gasto municipal y el gasto hospitalario provincial.

Se entiende que si las necesidades sanitarias de dos poblaciones son equivalentes, la equidad en el acceso requeriría valores de gasto en salud per cápita iguales. Por otro lado, y de acuerdo al mismo criterio, las poblaciones con mayores necesidades sanitarias deberían recibir mayores gastos per cápita para obtener un trato equitativo.

Las jurisdicciones cuentan, como hemos analizado, con recursos propios y recursos distribuidos a través de la coparticipación en salud. Por otro lado, la Provincia brinda su aporte al gasto en salud, a través de los presupuestos de sus hospitales diseminados en el territorio provincial.

Como medida del gasto público en salud (GPS) en los municipios se utilizó la suma del gasto finalidad salud municipal (GFSM) y el gasto provincial hospitalario (GHBA) desagregado por jurisdicción. La estimación del GPS realizado en este análisis excluye los programas específicos provinciales o nacionales.

La metodología utilizada consistió en los siguientes pasos:

Se dividió la población en quintiles de acuerdo al monto per cápita que reciben (de cada fuente de financiamiento), el cual está determinado por su municipio de residencia. De esta forma el primer quintil está integrado por el 20% de la población sin cobertura de salud que recibe los menores montos per cápita y el último quintil corresponde al 20% de la población sin cobertura de salud que recibe los mayores montos per cápita.

Se analizó el monto del GPS en los municipios y del GFSM promedio per cápita por quintil y se trazaron las curvas de concentración de ambos.

Se introduce en el análisis la Coparticipación en Salud Municipal (CSM) para comparar la distribución de recursos efectuada desde cada jurisdicción y su impacto en la equidad de los recursos disponibles. Asimismo, por separado, el GHBA.

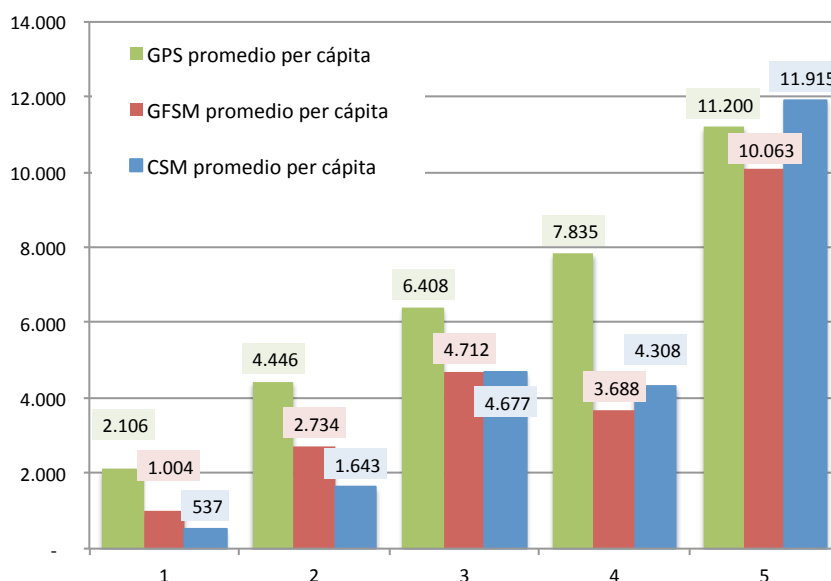
Los resultados muestran fuertes disparidades en los valores promedio de las variables analizadas. En el gráfico 5 se observa que el GPS promedio per cápita es en el primer quintil de población un 19% del GPS promedio del último quintil. Sin embargo, se observa que esta inequidad es mayor si dejamos solamente la variable GFSM. A su vez, se observa en el que la concentración de recursos que provienen de la CSM es mayor que la que surge del GFSM.

Esta diferencia se puede apreciar en el Gráfico 6, donde se puede observar el grado de concentración del gasto, a través de las curvas de Lorenz para el GPS, GFSM y CSM y GHBA. Se observa una fuerte concentración del GPS, con un coeficiente de desigualdad de 0,27⁹. Sin embargo el grado de concentración es mayor si consideramos solamente el GFSM (Gini = 0,38).

Cuando analizamos la CSM, observamos que este mecanismo de distribución de recursos presenta un grado de concentración aún mayor, con un coeficiente Gini de 0,46. Este resultado se debe, fundamentalmente, a que las variables que determinan la CSM no incluyen la cantidad de población sin cobertura.

⁹ El coeficiente utilizado es el índice de Gini, que es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos tienen los mismos gastos) y donde el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad.

Gráfico 5. Gasto público en salud *per cápita* promedio y Coparticipación en Salud Municipal (CSM). Análisis por quintiles de población sin cobertura ordenados según su gasto público en salud en los municipios *per cápita*. Provincia de Buenos Aires, 2014

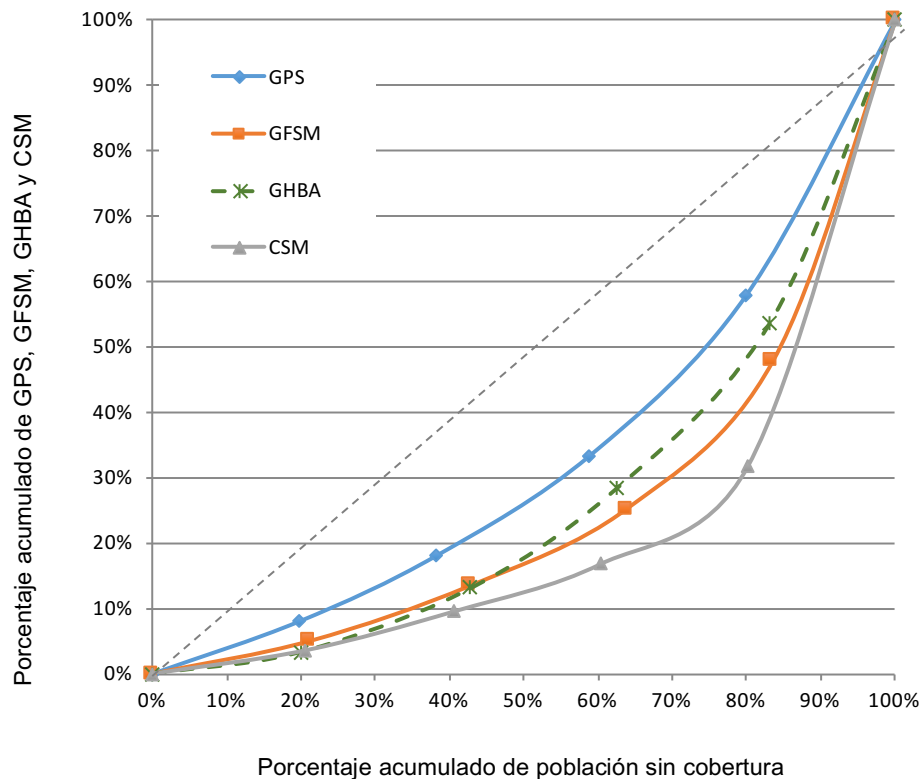


Fuente: DIS Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Cabe destacar que el primer quintil de población acumula el 65% de población sin cobertura, correspondiéndose a los municipios del Conurbano bonaerense, mientras que los quintiles de mayor GPS promedio per cápita representan a los municipios del interior, con menor densidad poblacional y una distribución de recursos per cápita muy superior a los primeros.

Teniendo en cuenta el análisis precedente, podemos inferir que esta distribución inequitativa del gasto sería aun más pronunciada al introducir variables de necesidad de recursos vinculadas al riesgo epidemiológico (Tasa de Mortalidad Infantil) o a los determinantes sociales (Población con Necesidades Básicas Insatisfechas). En ambos casos las necesidades de recursos se concentran en los municipios con mayor densidad poblacional.

Gráfico 5. Curvas de concentración del gasto público en salud y de la Coparticipación en Salud Municipal. Población ordenada según su gasto público en salud en los municipios per cápita. Provincia de Buenos Aires, 2014.



Fuente: DIS Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

11. Conclusiones

Actualmente, el financiamiento público de la salud compone de los tres niveles jurisdiccionales, nación, provincia y municipios. La provincia y los municipios financian más del 85% del gasto (en partes casi iguales). La provincia financia, el segundo nivel (los hospitales incluidos los hospitales de mayor complejidad), programas centrales (Diabetes, Asma, etc.) y los municipios se encargan de mantener los Centros de atención ambulatorios (CAPS) y los hospitales municipales. El financiamiento nacional básicamente se compone del Programa SUMAR, REMEDIAR, Médicos Comunitarios, entre otros y el gasto ejecutado por efectores nacionales en el territorio provincia.

El método de asignación de recursos hospitalarios (municipales y provinciales) incluye marginalmente las variables de producción sanitaria y los niveles de complejidad en la atención o en la infraestructura hospitalaria. Si bien la normativa vigente (ley 11.072/1991) incluye la elaboración de los presupuestos provinciales en base a un proceso de planificación conjunta entre los hospitales y el nivel central (Regiones Sanitarias, Ministerio de Salud), lo cierto es que los presupuestos hospitalarios surgen de la actualización de presupuestos históricos con escasa consideración de la producción o las necesidades de la red asistencial.

Por otro lado, los municipios financian parte de sus gastos en salud con recursos propios. Parte de esos recursos provienen de la **Coparticipación en Salud Municipal (CSM)** (Ley 10.820/89), que cubre en promedio el 63% del gasto finalidad salud municipal (GFSM). El resto del gasto municipal es financiado en base a otros recursos propios municipales.

Este método de asignación de recursos hacia los municipios (CSM) no implica un compromiso de gasto con una finalidad específica, sino que es competencia municipal la decisión sobre los destinos de estos fondos. De esta manera, cada municipio tiene un nivel de cobertura de su gasto diferente (CSM/GFSM), dándose el caso, en varios municipios, de recibir una CSM mayor al GFSM.

Pese a que el mecanismo incluido en la fórmula que distribuye los recursos entre municipios prevé mecanismos institucionales basados en el Consenso¹⁰ y la Necesidad, en términos prácticos se crean incentivos para la consecución de fondos en base a estrategias sanitarias locales las que en varios casos se contraponen al modelo de atención de la salud que se sustenta desde la política pública sanitaria de la provincia (Plan federal de Salud del MSAL; Plan Quinquenal de Salud del MSBA).

Adicionalmente al considerar como dimensión para la inversión presupuestaria las estructura existentes, no se logran mejoras en términos de equidad, generándose un círculo vicioso ya que aquellos municipios de menor desarrollo relativo (en general los del conurbano) no tienen capacidad para generar nueva estructuras, lo que atenta contra el desarrollo y así sucesivamente. La incorporación de los nuevos hospitales en los últimos años (Balestrini y UPAS) aun no alcanza a compensar esas inequidades.

Por lo tanto desde una mirada desde el financiamiento podemos decir que en términos generales las modalidades actuales tienden a financiar el primer nivel de atención en base variables que no representan las necesidades puntuales de cada localidad (como ser la población sin cobertura de salud) sino mediante compensaciones sobre la producción (consultas); y segundo nivel provincial en función de presupuestos

¹⁰ Para la incorporación de un nuevo efector a la coparticipación se requiere de la aprobación del Consejo Regional de Salud (compuesto por la totalidad de los secretarios de salud de la Región y el Director Regional designado por el Ministerio de Salud) y de la Comisión de Coparticipación (compuesta por los Directores de Planificación de la Salud, de Hospitales, de Fiscalización y de Coordinación Sanitaria), finalmente requiere la aprobación del Ministro de Salud.

históricos, con poca ligazón con la productividad de los mismos. Esto genera que continúen vigentes situaciones de inequidad entre municipios.

Bibliografía:

PNUD (2010). *Informe nacional sobre desarrollo humano 2010 Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos*. – 1.a ed. – Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, 2010. 180 pp

PAHO (2011). *Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas*, Washington, D.C.

Lago et al (2012). *Descentralización y equidad: el gasto público en salud en los municipios de la provincia de Buenos Aires*; Salud Colectiva, 2012

Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar (1997). *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*, CEPAL, Serie de Reformas de Política Pública N°47, Santiago. 1997.

Chiara, Di Virgilio y Airovich (2010). *La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: Reflexiones en torno a la política local (2000/2005)*. Revista Salud Colectiva, Vol 6, Nro1. Universidad Nacional de Lanús. 2010.

Barbieri (2007). *Política Fiscal y Política Sanitaria: Tensiones Evidentes a partir de los Criterios de Reparto de la Masa Coparticipable y los Métodos de Determinación de Transferencia*. 2007

Sarguini (2002). *Estado de Situación y Propuesta de Reforma del Sistema de Médico Asistencial Público de la Provincia de Buenos Aires*. Cuadernos de Economía Nro 63. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. 2002.

Iarussi (2008). *La coparticipación en la provincia de Buenos Aires y el sector salud*. En: Magdalena Chiara María Mercedes Di Virgilio Arnaldo Medina Marina Miraglia. Gestión Local en Salud. Conceptos y Experiencias. Universidad Nacional de General Sarmiento. Pcia de Buenos Aires. 2008.