

CIPPEC

CENTRO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS
PARA LA EQUIDAD Y EL CRECIMIENTO

CIPPEC

SALUD

Marzo, 2008

*Tercer Nivel de Atención en el Noroeste Argentino.
Diagnóstico y propuesta de fortalecimiento*

Daniel Maceira y Pedro Kremer

INDICE

<i>1. Introducción</i>	3
<i>2. Metodología</i>	5
<i>3.Marco Teórico</i>	6
<i>4.Resultados</i>	13
4.1 Perfil Sanitario de la región del NOA.....	13
4.2 Rol del primer nivel en la necesidad de alta complejidad	15
4.3 Integralidad de la secuencia en alta complejidad.....	19
4.4 Situación provincial-Capacidad Resolutiva.....	24
4.5 Flujo de derivaciones.....	29
4.6 Recepción de pacientes en centros de alta complejidad de Buenos Aires	31
4.7 Origen y percepciones sobre derivaciones y contrataciones.....	34
4.8 Financiamiento de la alta complejidad	38
4.9 Costos Indirectos- El caso jujeño.	41
<i>5. Conclusiones</i>	45
<i>6. Algunas perspectivas de acción desde la política pública a nivel nacional y provincial</i>	48
<i>7. Referencias</i>	50
<i>8. Anexo 1- Instrumentos Utilizados</i>	52

1. Introducción

El diseño del modelo sanitario Argentino es complejo. A diferencia de otras naciones en desarrollo, tanto dentro de América Latina como en el resto del mundo, se observa que existen mecanismos alternativos de financiamiento y prestación de servicios de salud. Sin embargo, el caso local es un paradigma de la fragmentación. Tanto la descentralización geográfica entre provincias como la existencia de innumerables fondos de seguridad social y seguros privados, hacen que la articulación de una estrategia común en el área sanitaria sea difícil.

Esto constituye un desafío desde la autoridad federal: identificar mecanismos para orientar recursos en función de decisiones sanitarias y gerenciales que son propias de las autoridades sub nacionales. Las mismas generalmente toman esta decisión en función de prioridades propias, a partir de los perfiles sociosanitarios y epidemiológicos de cada provincia.

En particular, el presente trabajo, intenta abordar el tratamiento de un grupo especial de enfermedades asociadas con el tercer nivel de atención y los modos en que estos tratamientos son identificados, abastecidos y financiados. Asimismo, se analizarán los mecanismos para identificar necesidades de cobertura, tanto a nivel local, provincial, regional o de derivación nacional. Para ello se ha identificado como objeto de estudio el caso del Noroeste Argentino, en un sentido ampliado, incorporando las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Catamarca y La Rioja.

El objetivo final es establecer una metodología que permita la identificación de la demanda potencial, y un análisis de la oferta existente para las patologías seleccionadas. Asimismo, se espera indicar cuáles son en los hechos los modos en que estos tratamientos son abordados por la región. En función de ello, en la segunda sección se presentará un marco teórico, a partir del cual los mecanismos de aseguramiento social, sus efectos sobre gastos catastróficos en las familias, y por tanto sobre la equidad del sistema, son discutidos. Este modelo teórico va a permitir identificar algunas preguntas de investigación que serán abordadas a lo largo del trabajo.

En la tercera sección, se presenta la metodología, particularmente variada, en tanto se alimenta de fuentes administrativas tradicionales, visitas de campo y mapeo de actores para cada una de las provincias incorporadas en el estudio.

En la siguiente sección, se profundiza en el análisis de la demanda potencial, identificando cuáles son las necesidades teóricas de la población. El NOA es analizado con respecto al resto del país y en función de su peso relativo para las patologías seleccionadas en sus provincias. Posteriormente, se analiza la capacidad de resolución del sistema prestador de la región para cada caso. En función de ello se identificó una secuencia de consultas asociadas con cada una de las intervenciones, y la tecnología necesaria a lo largo de las mismas en términos de recursos humanos o de equipamiento. A modo de establecer la capacidad de

identificación y de captación del paciente y los mecanismos de derivación intra regional o nacional, se presenta una discusión sobre los costos asociados con distintas alternativas a partir de la información existente. En la última sección, se abre el debate de política pública provocado por las conclusiones y hallazgos mencionados a lo largo del trabajo

2. Metodología

El presente es un estudio cualitativo de carácter exploratorio, realizado entre los meses de Julio y Noviembre de 2007 en seis provincias del noroeste del país (Catamarca, La Rioja, Santiago del Estero, Tucumán, Salta y Jujuy). La misma incluye:

- Relevamiento de datos secundarios sobre indicadores sociosanitarios, de morbilidad y de mortalidad por causa, en la región de interés.
- Entrevistas semiestructuradas a informantes clave tanto en el sector prestador como financiador de las intervenciones de alta complejidad seleccionadas, en tres categorías de análisis (neurología/neurocirugía, cardiocirugía/hemodinamia, oncología/oncohematología). Dentro del sector financiador, se estableció como prioritario relevar referentes de las obras sociales provinciales, el PAMI y el subsector público provincial (Ministerio de Salud de la provincia)
- Entrevistas semiestructuradas a informantes clave de organizaciones localizadas en la Ciudad de Buenos Aires, tanto públicas como privadas, que actúan como centros de recepción de pacientes derivados desde las provincias del NOA.
- Relevamiento de datos económicos sobre costos por prestación para las intervenciones seleccionadas, por financiador y por provincia. Asimismo, se releva información sobre costos de traslado y gastos consecuentes de las derivaciones, tanto hacia provincias vecinas como al exterior de la región.

3.Marco Teórico

Identificar una estrategia de atención primaria como el modo más costo-efectivo de abordar la salud de la población, es algo que ha sido sustentado nacional e internacionalmente por frondosa literatura.

Sin embargo, la interpretación de la atención primaria resulta por momentos parcial cuando esta se circunscribe a los centros de baja complejidad. Es necesario identificar las redes formales e informales que hacen de la atención primaria una estrategia capaz de incorporar la relación entre la estructura prestacional en todos los niveles, con los centros de derivación y las vías existentes. Dentro de esa misma mirada, una estrategia de atención primaria debe establecer mecanismos que faciliten la identificación de la enfermedad o de consulta por parte de la población. El nexo entre ambas remite a acciones de promoción, prevención y comunicación de doble sentido, donde el centro de salud es una de las herramientas con las que cuenta la política pública.

Este modelo, por tanto, considera necesario identificar no solamente los mecanismos de atención preventiva y de cuidados de la persona enferma, sino establecer los eslabones que unen esta estructura de baja complejidad con aquellas necesidades potenciales y reales de acceso a la alta complejidad. Por tanto, atención primaria involucra también la capacidad estratégica de identificar los mecanismos de prevención de enfermedades consideradas catastróficas.

Asimismo, se entiende por eventos financieramente catastróficos en salud a aquellos que independientemente del motivo sanitario que impulsa la realización del gasto, colocan a las familias en una situación financieramente riesgosa. Por tanto, no solamente son las enfermedades catastróficas - aquellas de alto costo y baja incidencia- las que tienen el potencial de generar riesgos financieramente catastróficos en las familias. También, y de acuerdo a los niveles de ingreso del enfermo, deben incluirse aquellas enfermedades de relativamente baja complejidad que afectan severamente el presupuesto del hogar.

La literatura sobre gastos catastróficos ha sido desarrollada durante los últimos diez años desde una variedad de miradas (Becker, Lustig, Wagstaff, entre otros). Entre ellas, se identifica la capacidad de afrontar el gasto catastrófico preventivamente, a partir de conductas saludables e "inversiones en la familia", práctica de deporte, conductas nutritivas y otros hábitos que reducen la probabilidad de enfrentar el momento de la enfermedad.

En un segundo nivel de análisis, esta misma literatura identifica dos mecanismos alternativos de aseguramiento. El primero es el individual a partir de la generación de ahorros. El segundo es el mecanismo de aseguramientos social (en el caso local las mutuales, las obras sociales provinciales, nacionales o PAMI), o los seguros privados. Tanto el ahorro, como el aseguramiento, configuran mecanismos

que las familias estarían en condiciones de utilizar al momento de enfermar. En los casos en que estos mecanismos de aseguramiento o ahorro no se encuentran disponibles, las familias dependen de la cobertura pública, que presenta una gran diversidad, según la localización geográfica donde residan el enfermo y su grupo familiar.

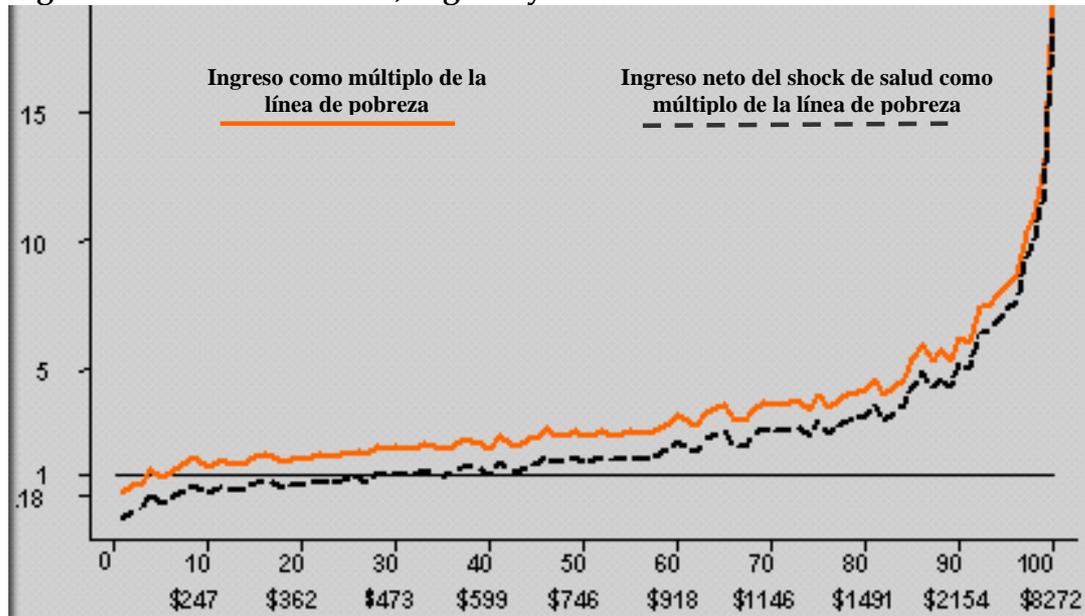
El gasto catastrófico se identifica a partir de un aumento de los gastos de bolsillo hacen que el ingreso disponible para otros consumos se vea reducido. Estos gastos, de acuerdo con la literatura internacional (Baeza, Packard, y cols, 2006) y de los estudios de campo realizados en la Argentina (Maceira, 2004), son altamente inequitativos. A medida que aumenta el nivel de ingreso, la capacidad de gasto en el sistema de salud o en otros bienes y servicios aumenta, y el peso del gasto de salud de bolsillo con respecto a otras áreas de consumo y de inversión disminuye. De este modo, el indicador de gasto de bolsillo en salud se constituye en un trazador de inequidad, en términos de la capacidad de una nación de brindar atención de salud a toda la comunidad.

La información para identificar este gasto catastrófico en salud es provista por las encuestas de hogares. En las mismas se puede observar cuál es el gasto que realiza cada una de las familias para el tratamiento de los problemas de salud, y el peso relativo de estos gastos con respecto al ingreso total.

La literatura muestra que existen diversos mecanismos para establecer cuán “catastróficas” resultan estas erogaciones a partir de dos mecanismos alternativos. El primero de ellos es mediante la definición de un umbral teórico ad hoc considerado catastrófico. Este umbral, normalmente fluctúa entre el 10% y el 40% del ingreso total de las familias y se define arbitrariamente. Un mecanismo alternativo es la utilización de la línea de pobreza o de indigencia. Para ello se compara el ingreso disponible luego de deducir los gastos en salud con el nivel de línea de pobreza establecido en el país. Aquellas familias cuyo ingreso previo a contabilizar el gasto de bolsillos en salud se encontraba por encima de la línea de pobreza y el neto de gasto las coloca por debajo de la misma, han sufrido un shock financieramente catastrófico, independientemente de la naturaleza de la enfermedad.

En todo caso es posible establecer gráficamente esta estructura de acuerdo a lo que plantea la Figura 1, donde el eje horizontal muestra la población ordenada por percentiles de ingreso y en el eje vertical el nivel de ingreso de cada familia. Estos niveles de ingreso, pre y post deducción del gasto de salud se contrastan con la línea de pobreza, reflejando de ese modo valores del impacto del gasto de bolsillo en salud sobre las finanzas familiares.

Figura 1 - Línea de Pobreza, Ingreso y Gasto en Salud.



Fuente: Maceira, 2004. En base a Encuesta Nacional de Gasto de Hogares 1997.

En sistemas de salud segmentados, esta medida no solo define umbrales de pobreza en función de los gastos de salud, sino que identifica la efectividad de cada uno de los mecanismos de aseguramiento privados, sociales o públicos.

Los estados provinciales y nacional operarían a fin de reducir la ineficiencia asignativa del sistema. La misma se encontraría asociada no solo con la incapacidad de las familias de afrontar gastos en salud, sino de lidiar con las ineficiencias producto de la segmentación en aseguramiento. Según la información existente en la Argentina, la descentralización provoca un contraste entre capacidad de financiamiento, estructura de oferta y demanda de la población. De acuerdo a la Tabla 1, existe una baja correlación entre el gasto promedio de salud y los indicadores provinciales de necesidad en este rubro.

Tabla 1 – Correlación entre necesidad y oferta en el gasto en salud

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

Fuente:

(1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, página web del Ministerio de Economía.

(2) INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

(3) Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud, Dirección de Estadística e Información de Salud.

(4) Unicef - Programa Nacional de Estadísticas de Salud.

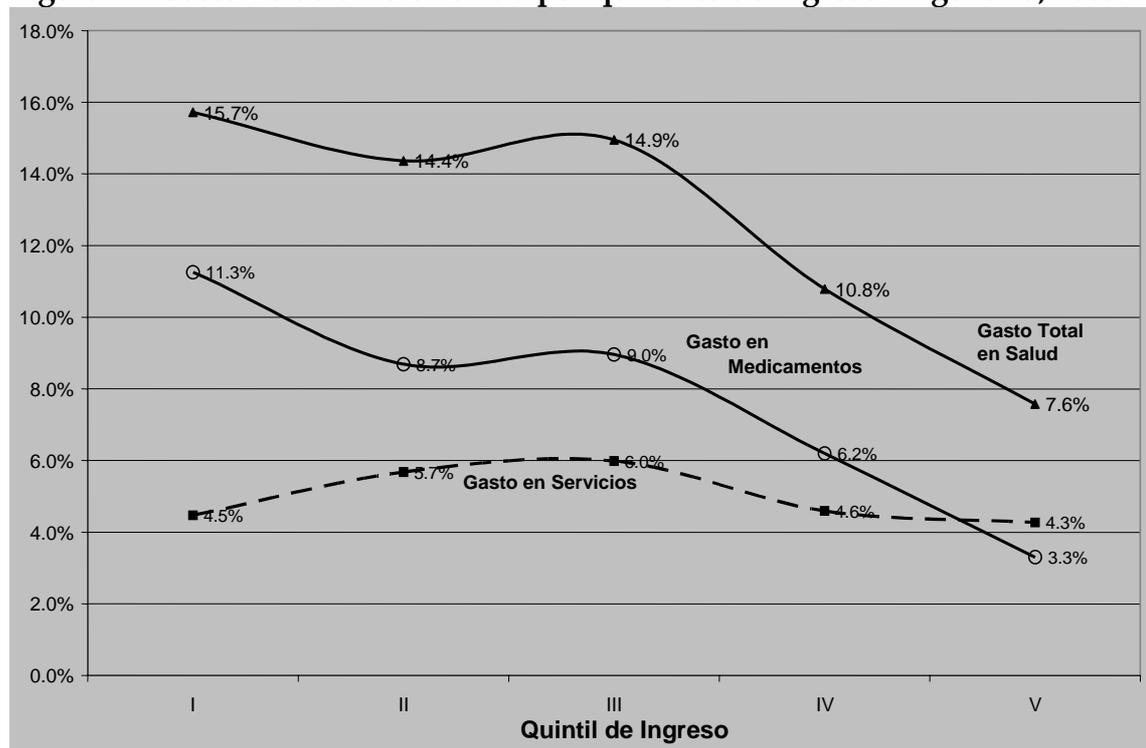
(5) Ministerio de Salud y Acción Social N°74/95.

El gasto provincial en salud y la oferta de servicios se encuentran altamente correlacionadas, por encima del 80% en todos los indicadores seleccionados, no existiendo asociación con los niveles de necesidad.

Esta realidad impacta claramente sobre el gasto de bolsillo, ya sea por quintil de ingreso como por región. De acuerdo a la última información existente en la Argentina a nivel regional, son los quintiles de ingreso relativamente más pobres los que más aportan en gasto total en salud, y especialmente a nivel del gasto en medicamentos.

La Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares del 2003, muestra que aproximadamente el 16% del ingreso de las familias del primer quintil se destina a gastos de bolsillo en salud, a diferencia del quinto quintil, que absorbe el 7.6%

Figura 2 – Gasto de bolsillo en salud por quintiles de ingreso. Argentina, 2003.



Fuente: Maceira, 2004. En base a Encuesta Nacional de Gasto de Hogares 1997.

Dentro de esta estructura y de acuerdo a la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998, la región del Noroeste se encuentra por encima del promedio nacional, erogando aproximadamente un 9.3% de su ingreso en medicamentos y un 10.5% de los ingresos disponibles por las familias en salud. Ello contrasta con los valores de la región del Noreste (4.02% y 6.23%) o de la zona Metropolitana (11.16% y 14.76%, respectivamente). A nivel provincial se replica la misma relación. Las provincias relativamente más pobres, cuentan con un porcentaje de gasto destinado a salud relativamente mayor, replicando la estructura a nivel de quintiles de ingreso.

Tabla 2 – Porcentaje del Gasto Privado en Salud, por Región. 1997-98

Región/Quintiles	Gasto en Medicamento					Gasto en Serv. de Salud				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Región Patagónica	2,25	2,75	2,87	2,26	1,39	0,75	0,91	1,74	1,68	2,19
Región Noreste	4,09	3,65	4,53	2,92	2,36	2,22	1,96	1,47	1,94	1,70
Región Pampeana	8,16	6,09	4,25	3,43	2,24	2,20	2,25	2,39	3,17	2,82
Región Noroeste	9,31	5,09	4,72	4,41	3,25	1,21	1,67	1,97	2,44	2,47
Región de Cuyo	9,04	6,78	5,06	4,52	2,66	2,26	3,40	2,21	2,14	3,25
Región Metropolitana	11,16	6,78	4,87	3,88	2,36	3,60	2,47	3,27	3,61	4,67

Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 1997. INDEC

Finalmente, la identificación de estas necesidades de financiamiento, se asocia no solamente con la capacidad financiera, sino con la demanda potencial de estas familias para requerir la utilización de los distintos bienes y servicios de los distintos sub sistemas. Desde la perspectiva de política pública no solamente es necesario diseñar modos de aseguramiento eficaces, de manera de reducir la probabilidad de caer bajo la línea de la pobreza. Asimismo, deben identificarse las necesidades de la población mediante trazadores de perfil sanitario, socioeconómico y epidemiológico que permitan desarrollar una estrategia de monitoreo e intervención. Este aspecto es particularmente sensible en países en desarrollo, en tanto los datos a partir de los cuales puede trazarse una estrategia sanitaria resultan débiles. Por ejemplo, en el 2005, el 7.5% de las causas de muerte en la Argentina, no fueron identificadas, quedando dentro del grupo de causas mal definidas. En la Tabla 3 se refleja que el porcentaje de muertes atribuidas a tumores malignos mal definidos o cáncer de útero sin especificar es extremadamente alto. En el primer caso alcanza el 8.5% promedio para todo el país, mientras que en el segundo supera el 45%. En ambos casos, provincias como La Rioja, Misiones, Chaco, son las que más sufren de esta debilidad informativa. Naturalmente, provincias con menores recursos presentan mayor capacidad de incurrir en estos inconvenientes, limitando aun más la posibilidad de formulación de política pública.

Tabla 3 - Calidad en el registro de muertes por tumores

Jurisdicción	Porcentaje de muertes atribuibles a	
	Tumores malignos mal definidos	Cáncer de útero sin especificar
CABA	8.3	37.7
Buenos Aires	9.2	52.7
Catamarca	6.6	2.3
Chaco	8.9	36.7
Chubut	9.5	39.8
Córdoba	7.0	53.1
Corrientes	9.1	30.1
Entre Ríos	10.4	46.7
Formosa	8.3	25.2
Jujuy	6.3	40.4
La Pampa	9.8	30.7
La Rioja	25.5	41.6
Mendoza	6.8	35.4
Misiones	9.9	34.7
Neuquén	7.2	29.1
Río Negro	7.9	48.1
Salta	7.5	38.6
San Juan	4.8	57.4
San Luis	8.4	62.1
Santa Cruz	5.0	26.9
Sta Fe	8.1	44.6
Santiago	7.9	49.0
Tucumán	7.4	58.7
TOTAL	8.5	45.4

Fuente: Matos, Loria, Zengarini y cols., 2003

4.Resultados

4.1 Perfil Sanitario de la región del NOA

Las características sociosanitarias de la región del noroeste argentino difieren significativamente respecto de los indicadores del país en su conjunto. Esta región, con alrededor de 4 millones de habitantes en sus 5 provincias¹ (Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero) duplica el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas que presenta el centro del país. Asimismo, tal como muestra la Tabla 4, la cobertura formal de salud muestra porcentajes elevados y la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, reflejada en años de vida potencialmente perdidos, resulta mayor que la mortalidad correspondiente a enfermedades tumorales. Ello establece un escenario a lo que sucede en el resto del país, con excepción de la región vecina del noreste, donde la situación resulta similar.

Tabla 4 - Características sociosanitarias de las regiones argentinas.

	Población	Densidad	Pobl NBI % 2001	% Sin Cobertura 2001	Establecim C/10000 Hab.	Camas S.O. C/10000 ^a	Camas Tot. C/10000	%Hombres 2001	%may 65 2001	avpp ^b Tumores 2000	avpp ^b infecciosas 2000
Centro	7.524.943	14,46	14,32	44,68	1,53	25	49	40,19	10,80	110,00	34,45
Metropolitana	16.602.765	53,94	14,46	45,02	0,59	23	44	39,67	11,68	106,10	68,00
Patagonia	1.637.624	2,14	16,12	44,47	1,15	24	41	45,0	6,22	96,90	41,30
Cuyo	2.857.590	7,06	16,20	50,24	0,70	17	29	42,95	8,57	93,50	53,60
NOA	4.168.487	8,87	28,17	55,71	0,95	22	38	44,21	6,77	78,70	99,20
NEA	3.367.518	11,62	30,17	62,41	1,16	20	35	45,33	6,05	92,60	101,40
Total	37.031.495	13,00	17,60	47,05	0,89	22	41	40,61	9,89	101,90	63,90

a. Camas del sector oficial cada 10.000 habitantes

b. Años de vida potencialmente perdidos

Fuente: INDEC y OPS

Es este contexto, la Tabla 5 refleja las muertes por un conjunto de causas seleccionadas entre las que se encuentran patologías propias de las poblaciones más empobrecidas (infecciones) y otras típicas de poblaciones desarrolladas (tumores o enfermedades circulatorias). Este último grupo suele requerir intervenciones de alta complejidad, que por su alto costo resultarían de acceso más restringido en las provincias más pobres. Por otra parte, la tabla refleja la magnitud de la mortalidad por causas mal definidas, lo cual constituye un indicador de calidad respecto de los registros y la estadística local.

¹ En este estudio se incluye la provincia de La Rioja como componente de la región por motivos de correlación epidemiológica y sociosanitaria con las mencionadas.

Asimismo, la Tabla 6 refleja las muertes por causas seleccionadas, como porcentajes de las defunciones totales de cada provincia, así como de la región y del país en su conjunto. Allí se observa que la región del NOA presenta, además de la relación inversa entre patología infecciosa y no transmisible, un promedio mayor en torno a la mortalidad por malformaciones congénitas (punto donde se requiere concentración oportuna de la más alta complejidad) así como de la mortalidad por causas mal definidas (duplicando el promedio nacional).

Tabla 5 – Muertes por causas seleccionadas. 2005.

	Catamarca	Jujuy	La Rioja	Salta	Santiago	Tucumán	NOA	Nación
Infecciosas y parasitarias	93	255	97	801	339	553	2.138	14.028
Tumores malignos	325	538	268	1.047	711	1.396	4.285	56.296
Circulatorias	575	664	455	1.303	1.059	1.771	5.827	89.647
Malformaciones	27	63	17	66	35	111	319	2.654
Externas	145	404	126	492	306	528	2.001	18.558
Mal definidas	112	375	131	668	797	1.598	3.681	21.823
Resto	674	854	604	1.610	1.489	2.632	7.863	90.523
Total de muertes	1.951	3.153	1.698	5.987	4.736	8.589	26.114	293.529

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación

Tabla 6 – Mortalidad en porcentajes del total por causas seleccionadas. 2005.

	Catamarca	Jujuy	La Rioja	Salta	Santiago	Tucumán	NOA	Nación
Infecciosas y parasitarias	0,7	1,8	0,7	5,7	2,4	3,9	8,2	4,8
Tumores malignos	0,6	1,0	0,5	1,9	1,3	2,5	16,4	19,2
Circulatorias	0,6	0,7	0,5	1,5	1,2	2,0	22,3	30,5
Malformaciones	1,0	2,4	0,6	2,5	1,3	4,2	1,2	0,9
Externas	0,8	2,2	0,7	2,7	1,6	2,8	7,7	6,3
Mal definidas	0,5	1,7	0,6	3,1	3,7	7,3	14,1	7,4
Resto	0,7	0,9	0,7	1,8	1,6	2,9	30,1	30,8
Total de muertes	1.951	3.153	1.698	5.987	4.736	8.589	26.114	293.529
Porcentaje	0,7	1,1	0,6	2,0	1,6	2,9	8,9	100,0

Fuente: Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación

4.2 Rol del primer nivel en la necesidad de alta complejidad

Los problemas de salud que requieren alta complejidad suelen presentar etapas tempranas en las que simples intervenciones logran detener la progresión de la enfermedad, o atenuar su impacto. Dentro de estas intervenciones se encuentran las enmarcadas en la promoción de la salud así como en estrategias de prevención de determinadas enfermedades².

A pesar de ello, la demanda de intervenciones de alta complejidad continua siendo elevada. La tabla siguiente analiza la distribución por rangos de edades de la mortalidad en tres áreas asociadas a la alta complejidad, y que cuentan con métodos de detección y tratamiento temprano que podrían reducir su carga sanitaria. Las causas de mortalidad analizadas, para cada provincia y para toda la región son: mortalidad por enfermedad cardíaca (coronaria) isquémica, mortalidad por tumores malignos del árbol respiratorio inferior y mortalidad por malformaciones congénitas.

Tabla 7 - Participación porcentual de mortalidad por causas seleccionadas. 2005.

Porcentajes promedio de mortalidad por causa según grupos etarios						
Provincia	Muertes Totales	Cáncer Respiratorio	Isquemia Cardíaca	Cáncer Respiratorio	Isquemia Cardíaca	Malformaciones Congénitas
		Menores de 55 años	Mayores de 75 años	Menores de 55 años	Mayores de 75 años	
Catamarca	1.951	16,7	19,3	36,1	43,7	1,4
Jujuy	3.153	22,5	12,1	25,0	39,7	2,0
La Rioja	1.698	11,8	8,0	32,4	36,8	1,0
Salta	5.987	17,7	14,4	30,2	38,6	1,1
Santiago del Estero	4.736	17,1	10,6	29,3	42,3	0,7
Tucuman	8.589	18,7	15,8	25,3	37,6	1,3
NOA	26.114	17,8	14,4	28,4	39,1	1,2
Buenos Aires	119.390	16,7	10,0	25,9	49,4	0,8
Ciudad Buenos Aires	33.691	15,1	5,5	31,5	65,9	0,4
Cordoba	25.635	1,6	6,1	58,1	57,6	0,9
Entre Rios	9.123	7,1	3,1	46,4	53,1	0,9
La Pampa	2.297	19,2	3,1	21,2	67,7	1,0
Santa Fe	27.437	17,0	7,0	26,7	54,9	0,7
CENTRO	217.573	14,7	8,1	31,5	54,7	0,7
ARGENTINA	293.529	16,6	9,2	29,4	51,8	0,9

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas en Información Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

La Tabla 7 muestra que el NOA presenta porcentajes de mortalidad en personas jóvenes, tanto por cáncer respiratorio como por enfermedad coronaria, que se encuentran por sobre los observados en la región central y la media nacional. Por otra parte, la mortalidad a edades avanzadas de la vida también muestra

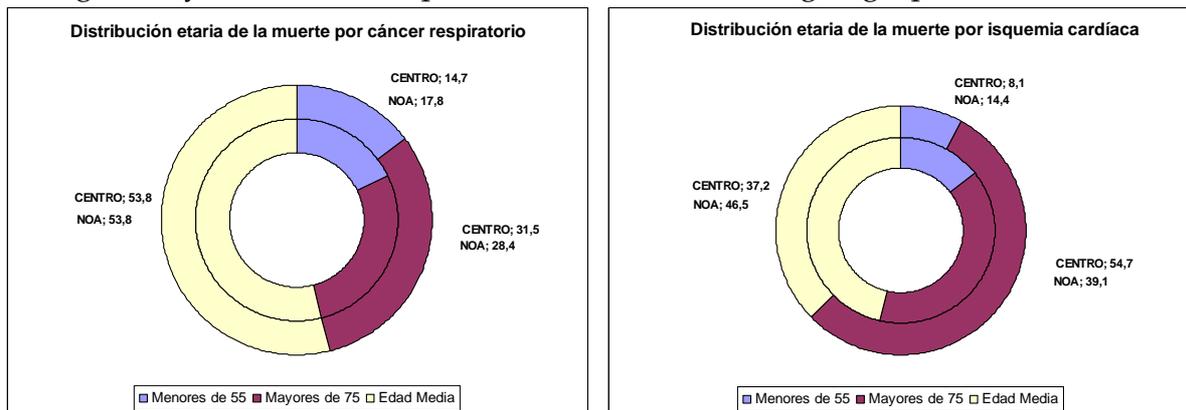
² Entre tantos ejemplos se encuentran las medidas para disminuir el consumo de tabaco para evitar las enfermedades oncológicas y crónicas que este genera, la promoción de la actividad física regular y la alimentación saludable para prevenir los tratamientos complejos de la enfermedad cardiovascular avanzada, el screening para cáncer de cuello uterino, mama o colon para disminuir las intervenciones complejas que implica el cáncer en estos órganos, etc.

diferencias, especialmente por isquemia cardíaca, con diferencias de 15 puntos porcentuales respecto de la región central, y de 12 respecto de la media nacional. Así, la sobrevivencia de los enfermos (especialmente coronarios) resulta menor en la región del norte y esto podría responder a diferencias de prevalencia en los factores de riesgo, a una detección tardía de la enfermedad (fuera de la fase en la que el tratamiento resulta más efectivo), o bien a una menor disponibilidad de tratamientos e intervenciones de alta complejidad una vez instalado el cuadro.

Para el caso de la mortalidad por malformaciones congénitas, la promoción y prevención disponen de un menor campo de acción, aunque acciones de control prenatal apropiadas e información oportuna permiten reducir su incidencia. El NOA, presenta un porcentaje de mortalidad por esta causa un 30% mayor a la media nacional, y un 70% mayor que la región central. Lamentablemente, la consolidación de este dato no permite analizar qué porcentaje de estas muertes resulta prevenible o reducible.

Las Figuras 3 y 4 muestran la distribución de la mortalidad por cáncer respiratorio y por enfermedad isquémica coronaria según tres rangos de edad seleccionados, comparando la región del NOA con el Centro del país.

Figuras 3 y 4 – Mortalidad por causas seleccionadas según grupos etáreos.



Fuente: elaboración propia en base a la Dirección de Estadísticas e Información Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación. 2005

Reflexionando sobre los posibles orígenes de estas diferencias en los rangos etáreos, particularmente en el caso de la mortalidad por enfermedad coronaria isquémica, resulta de interés analizar los factores de riesgo prevenibles o reducibles involucrados (sobrepeso, colesterol elevado, sedentarismo, tabaquismo, diabetes, hipertensión y antecedentes familiares). A continuación, La Tabla 8 refleja la distribución de los mismos por región, según fue relevado por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, del año 2005.

Tabla 8 – Distribución porcentual de los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.
Año 2005.

Región	Tabaquismo	Diabetes	Colesterol	HTA	Obesidad	Act Física
GBA	32,4	11,4	26,1	22,4	13,4	10,4
Pampeana	33,9	12,7	29,0	24,9	15,0	9,3
NOA	34,4	10,6	33,3	23,6	16,0	12,7
NEA	29,3	13,7	28,0	26,4	14,7	11,8
Patagonia	38,3	13,1	30,6	23,3	17,4	9,9
Cuyo	35,6	10,5	26,8	25,7	16,5	12,4
Argentina	33,4	11,9	27,9	23,9	14,6	10,4

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. 2005.

Si bien el colesterol elevado presenta su máxima prevalencia en el NOA (33%), el resto de los factores presenta valores máximos en otras regiones de manera heterogénea. Esta información sugiere que a una similar distribución de factores de riesgo, los motivos por los cuales una población muere más joven que otra se encontrarían asociados a cuestiones relacionadas con el acceso, la calidad y la oportunidad de intervenciones propias de los sistemas de salud en cada jurisdicción. Entre estas intervenciones se encontraría una detección temprana y un tratamiento oportuno así como una intervención de la complejidad necesaria en tiempo y forma orientada a reducir la mortalidad precoz.

Para el caso de la mortalidad temprana por cáncer del aparato respiratorio inferior, el factor de riesgo preponderante es el tabaquismo siendo la primer causa de muerte prevenible en Argentina y responsable de 40.000 muertes anuales. La Tabla 9 muestra la prevalencia de tabaquismo por región para el año 2005.

Tabla 9 – Tabaquismo en Regiones de Argentina. 2005.

Región	Tabaquismo actual	Edad de inicio varones	Edad de inicio mujeres
GBA	32,4	17,5	17,6
Pampeana	33,9	17,0	18,3
NOA	34,4	18,7	19,6
NEA	29,3	18,5	19,3
Patagonia	38,3	17,1	18,0
Cuyo	35,6	16,4	18,4
Argentina	33,4	17,5	18,2

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. 2005.

La prevalencia de tabaquismo en la región del NOA resulta similar a la media nacional, siendo únicamente la región del NEA la que se ubica por debajo del 30%. Por otra parte, la edad de comienzo del hábito resulta ligeramente mayor al resto de las regiones. Estos datos descartarían que la posibilidad de que una diferencia significativa en la mortalidad o en su distribución etárea se asocie con diferencias

en la exposición al tabaco como principal factor de riesgo. A partir de ello se presume que las diferencias observadas se asocian con la calidad y el acceso al sistema de salud.

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del año 2005, relevó algunos parámetros relacionados con acceso y percepciones del sistema.

La Tabla 10 refleja el porcentaje de población sin cobertura formal de salud, la percepción de enfermedad y los problemas de acceso para cada región.

Tabla 10 - Acceso al sistema de salud según regiones. 2005.

Región	Población no cubierta por obras sociales o prepagas	Población que tuvo problemas de salud pero no consultó*	Población que no consultó por falta de dinero*	Población que manifiesta problemas de acceso al sistema
GBA	36,1	23,5	17,5	28,9
Pampeana	28,2	24,8	9,7	15,5
NOA	44,0	34,1	21,7	26,2
NEA	50,5	22,0	24,3	29,2
Patagonia	30,8	27,4	7,0	20,9
Cuyo	34,3	33,5	17,6	23,6
Argentina	34,9	25,8	15,6	23,5

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud de la Nación. 2005. *- En el último mes.

Las regiones del norte continúan siendo las menos cubiertas por la seguridad social o las empresas de medicina prepaga. Al mismo tiempo, es en el NOA donde se encuentra el mayor porcentaje de la población que refiere haber tenido problemas de salud en el último mes no haber realizado la consulta, siendo la falta de dinero responsable en uno de cada cinco casos.

Por último, uno de cada cuatro habitantes del NOA refiere dificultades de acceso al sistema de salud. Ello configura un complejo panorama para aquellas enfermedades que requieren intervenciones tempranas y a las que se refiere el presente informe.

4.3 Integralidad de la secuencia en alta complejidad

Los problemas de salud que requieren intervenciones de alta complejidad presentan una serie de etapas en las que las fases iniciales no requieren intervenciones diferentes al común de las patologías. En estas fases, la atención por parte de equipos de salud generales puede ser suficiente para tomar las medidas que eviten la progresión del cuadro. Por ello, los problemas que requieren alta complejidad deben observarse integralmente ya que las intervenciones más efectivas pueden realizarse incluso en los períodos presintomáticos.

Sin embargo, a pesar de contarse con ese primer contacto oportuno y apropiado con el sistema de salud, en ocasiones resulta necesario acudir a niveles crecientes de complejidad para resolverlos. En estos casos cobra una relevancia recorrer la totalidad de la secuencia de diagnóstico o tratamiento para garantizar efectividad y eficiencia.

En este marco, se presentan a continuación, entre las Figuras 5 y 11, versiones simplificadas de los puntos críticos que posee un conjunto de problemas de salud frecuentemente asociados a requerimientos de alta complejidad. En dichas figuras puede observarse que para cada punto crítico de las secuencias- ya sea diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación- se presenta la posibilidad de continuar el proceso o recurrir a la derivación.

El presente estudio se focaliza en la factibilidad de completar estas secuencias en cada una de las provincias seleccionadas, así como en la región en su conjunto. El fin último es identificar aquellos puntos clave donde estas secuencias se interrumpen y las consecuencias de hacerlo.

Figura 5 – Secuencia simplificada para enfermedad coronaria avanzada

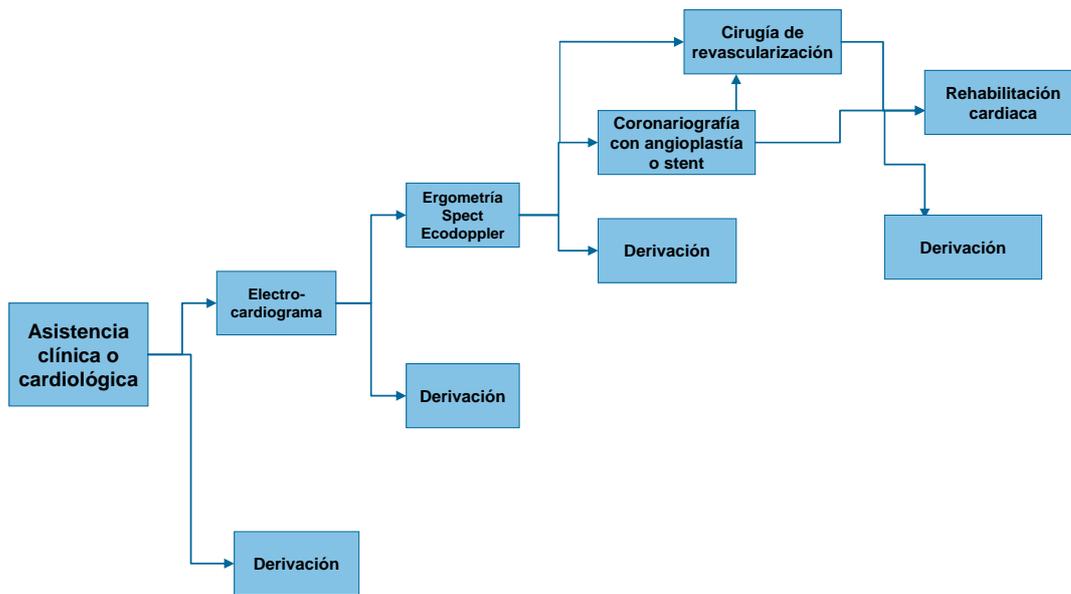


Figura 6– Secuencia simplificada para aneurisma cerebral

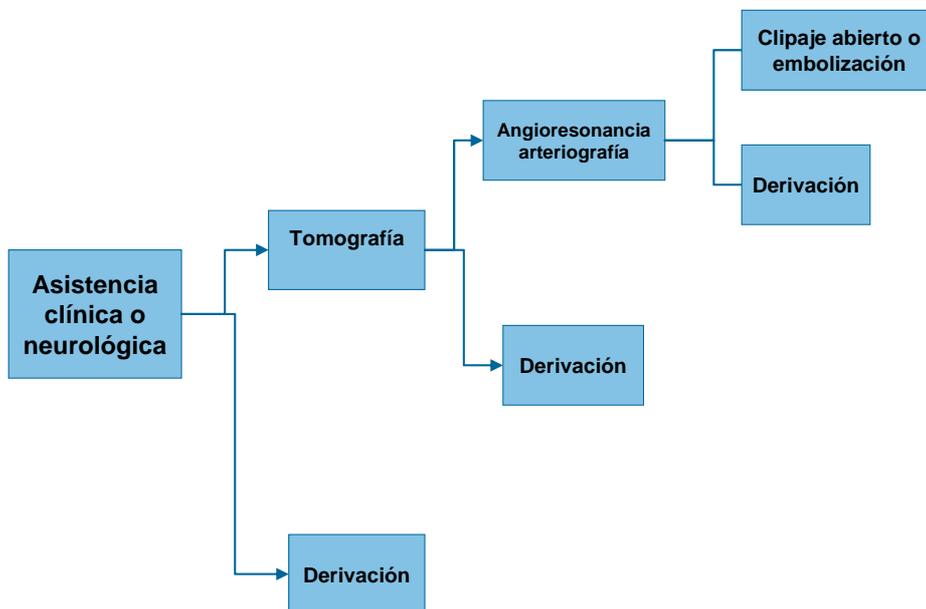


Figura 7- Secuencia simplificada para masa ocupante cerebral

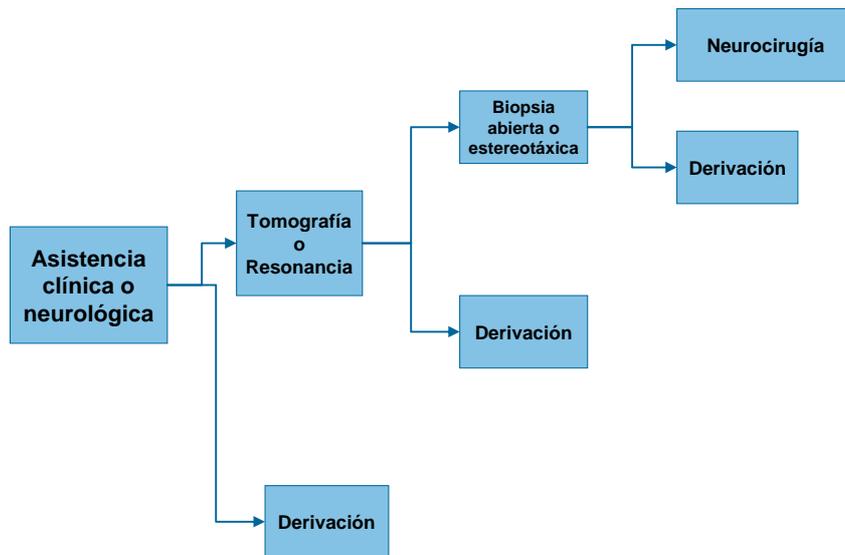


Figura 8- Secuencia simplificada para malformación congénita cardíaca quirúrgica en el neonato

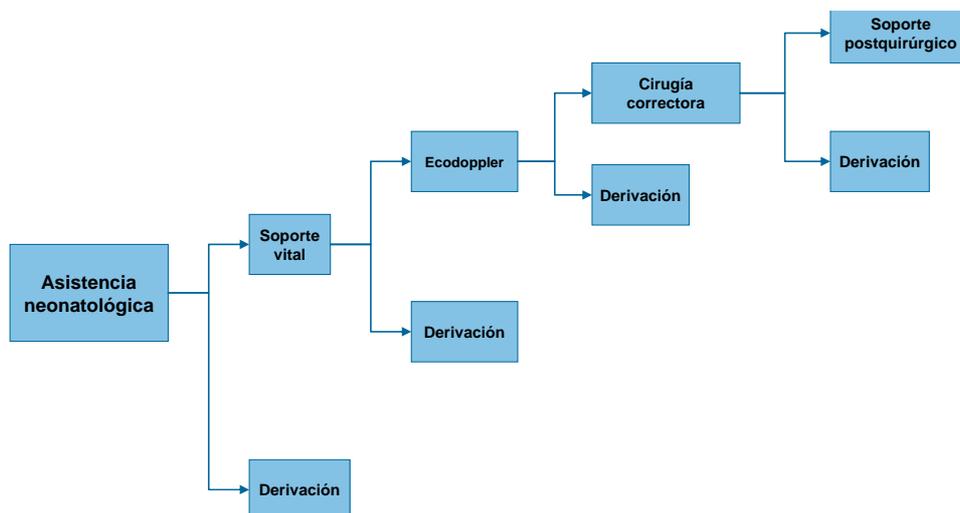


Figura 9- Secuencia simplificada para malformación vertebromedular en el neonato

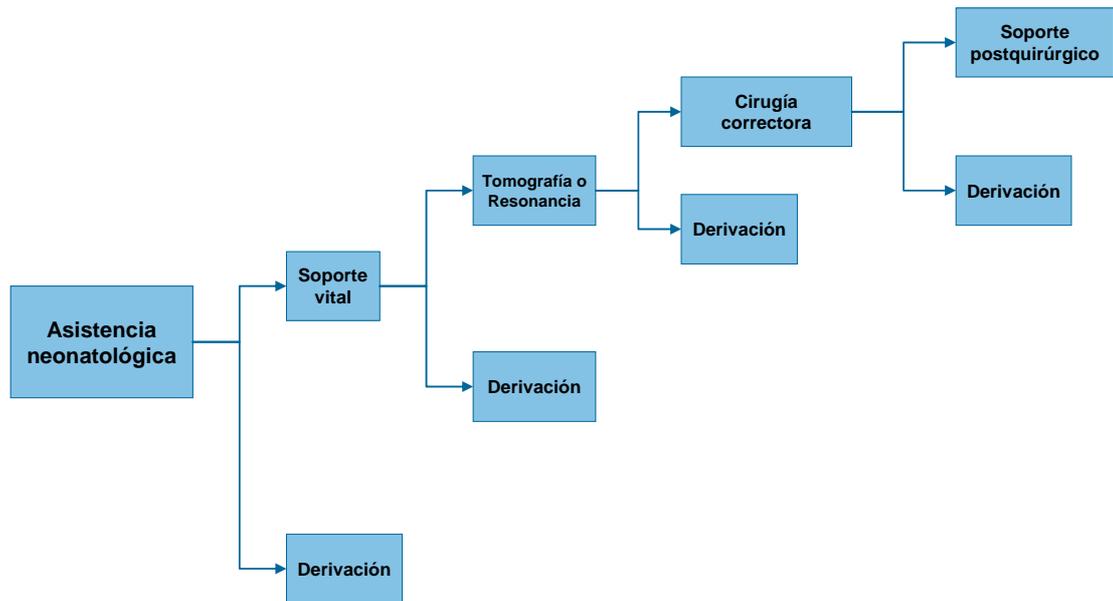


Figura 10- Secuencia general simplificada para tumor sólido

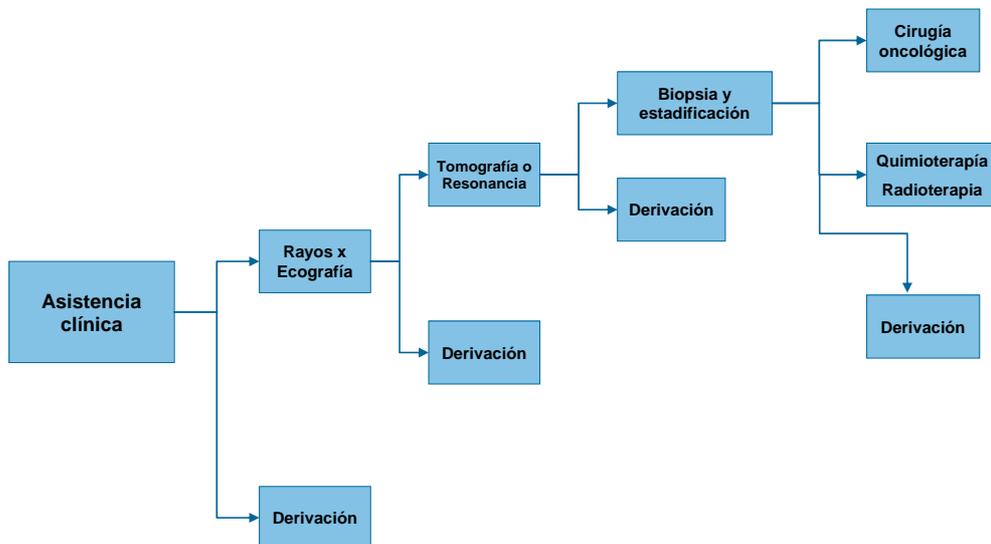
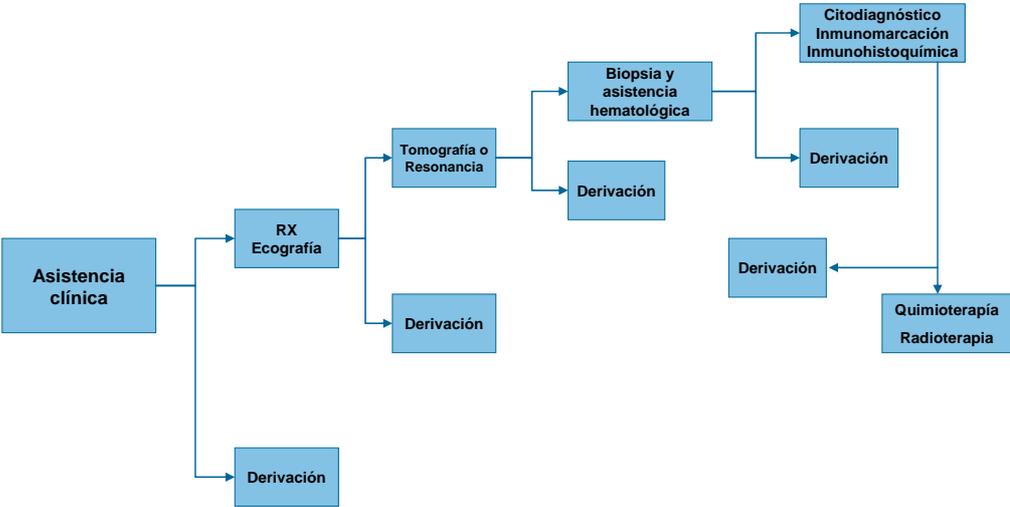


Figura 11- Secuencia simplificada para tumor linfoproliferativo



4.4 Situación provincial-Capacidad Resolutiva

En las tablas siguientes se presenta para cada provincia bajo estudio la capacidad de llevar adelante un grupo trazador de intervenciones de alta complejidad propias en tres áreas de especialización seleccionadas. Ellas son neurología/neurocirugía, cardiocirugía/hemodinamia y oncología/oncohematología.

Se observa que el poder resolutivo en dichas jurisdicciones resulta nulo fuera de sus capitales. En el análisis por categoría se observa que las intervenciones propias de oncología y oncohematología son menos desarrolladas que las demás, incluso a nivel de capital provincial, con excepción de la capital de Salta. Para el resto de las intervenciones se observa una amplia capacidad resolutiva, especialmente en San Miguel de Tucumán, y en menor medida en Santiago del Estero, Salta y Jujuy.

Tabla 11 - Capacidad resolutiva de la región en neurología y neurocirugía

Neurología y Neurocirugía	Catamarca		La Rioja		Santiago		Tucumán		Salta		Jujuy	
	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital
Clipaje de aneurisma cerebral	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
RMN de cerebro	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Angiografía digital por sustracción	No	No	No	Si								
Biopsia cerebral abierta	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Biopsia cerebral estereotáxica	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No	No	Si
Neurocirugía oncológica	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Clipaje de aneurisma cerebral	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Embolización de aneurisma cerebral	No	No	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si
Nurocirugía neonatal del canal vertebromedular	No	No	No	No	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

Tabla 12 - Capacidad resolutiva de la región en cardiocirugía y hemodinamia

Cardiocirugía y Hemodinamia	Catamarca		La Rioja		Santiago		Tucumán		Salta		Jujuy	
	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital
Camara gamma	No	No	No	Si								
Ablación por radiofrecuencia	No	No	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No
Cinecoronariografía con angioplastia o stent	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
CRM con bomba de circulación extracorporea	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Bypass arteriales periféricos	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Endarterectomía de vasos de cuello	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Cirugía de malformaciones cardíacas neonatales	No	No	No	Si								

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

Tabla 13- Capacidad resolutiva de la región en oncología y oncohematología

Oncología y Oncohematología	Catamarca		La Rioja		Santiago		Tucumán		Salta		Jujuy	
	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital	Interior	Capital
Biopsia guiada por TAC	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
Diagnóstico citogenético	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No
Inmunomarcación	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No
Plasmaferesis	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	Si	No	Si
Radioterapia con acelerador lineal	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Trasplante autólogo de médula ósea	No	No	No	No	No	No	No	No	No	Si	No	No
Trasplante alogénico de médula ósea	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

La Tabla 14 muestra el número y origen de los prestadores relevados para este estudio en cada provincia, así como el porcentaje que ellos representan sobre el total de prestadores de alta complejidad en cada jurisdicción. Si bien los porcentajes no resultan elevados, la muestra (intencional) no pretende ser estadísticamente representativa sino reflejar las percepciones de aquellos más cercanos a las intervenciones seleccionadas ya sean instituciones generales o monovalentes.

Tabla 14 - Prestadores de alta complejidad relevado sobre existentes

	N. Prestadores de alta complejidad relevados			% sobre total existente
	Publico	Privado	Total	
Catamarca	2	2	4	80,0
La Rioja	1	4	7	77,8
Santiago	1	3	4	40,0
Tucumán	0	8	8	55,6
Salta	2	3	5	45,5
Jujuy	2	4	6	60,0

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

Las Tablas 15 a 18 muestran para cuatro de las seis jurisdicciones bajo estudio, el detalle de las intervenciones analizadas. Se considera en cada caso el volumen mensual de prestaciones por efector y los sitios de derivación para aquellas no resueltas en esos ámbitos. En tales casos, se puntualiza si la derivación se realiza hacia otro prestador de la misma provincia, de la región, o del país.

En el caso de Catamarca se analizaron dos de los tres prestadores privados de alta complejidad que se encuentran bajo la misma gestión administrativa, y por otro lado, se consideraron dos de los tres hospitales capaces de brindar atención de alta complejidad en la capital provincial. Se observa una importante derivación hacia el centro del país de aquellos pacientes que no logran completar su atención en el sector privado. En tanto, los efectores públicos realizan sus derivaciones hacia los prestadores privados de la provincia en condiciones de continuar los procesos, tal como se evidencia en el caso de la patología cardíaca. Tanto los efectores públicos como privados muestran dificultades para resolver la problemática oncológica, refiriendo sus pacientes a Córdoba Capital (cercana a Catamarca) o a Buenos Aires.

Tabla 15 – Prácticas realizada y derivadas en Catamarca

Catamarca	Prestadores y prácticas de alta complejidad	
	Sanatorio Pasteur e Instituto Médico Privado	Htal de Niños y Htal Interzonal
Cardiología y Hemodinamia		
Camara gamma	A La Rioja	No derivan ni realizan
Ablación por radiofrecuencia	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Cinecoronariografía con angioplastia o stent	2-6 x mes	Privado en Catamarca
CRM con bomba de circulación extracorporea	10 x mes	Privado en Catamarca
Bypass arteriales periféricos	2-4 x mes	Privado en Catamarca
Endarterectomía de vasos de cuello	2-4 x mes	Privado en Catamarca
Cirugía de malformaciones cardíacas neonatales	A Cdba o BsAs	1-2 x mes
Neurología y Neurocirugía		
RMN de cerebro	20	No cuantifica
Angiografía digital por sustracción	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Biopsia cerebral abierta	Otro en Catamarca	Privado en Catamarca
Biopsia cerebral estereotáxica	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Neurocirugía oncológica	A Cdba o BsAs	<1x mes
Clipaje de aneurisma cerebral	A Cdba o BsAs	Privado en Catamarca
Embolización de aneurisma cerebral	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Nurocirugía neonatal del canal vertebromedular	A Cdba o BsAs	<1 x mes
Oncología y Oncohematología		
Biopsia guiada por TAC	3xmes	Privado en Catamarca
Diagnóstico citogenético	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Inmunomarcación	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Plasmaferesis	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Radioterapia con acelerador lineal	Privado en Catamarca	Privado en Catamarca
Trasplante autólogo de médula ósea	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Trasplante alogénico de médula ósea	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

En La Rioja se observa una mayor dispersión, especialmente en los efectores privados, con un volumen de prácticas relativamente bajo. Se percibe una mayor derivación intraprovincial que en el caso de Catamarca, evidenciando una capacidad resolutoria más avanzada. La excepción es, al igual que en el caso previo, la oncohematología, con derivaciones tanto hacia Córdoba como hacia la Ciudad de Buenos Aires.

Tabla 16 – Prácticas realizada y derivadas en La Rioja

La Rioja	prácticas de alta complejidad				
	ERI	Signa	Mercado Luna	Incor	Htal Vera Barros
Cardiología y Hemodinamia					
Camara gamma	Privado en LR	Privado en LR	Privado en LR	No cuantifica	Privado en LR
Ablación por radiofrecuencia	Privado en LR	NA	Privado en LR	2 x mes	A Cdba o BsAs
Cinecoronariografía con angioplastia o stent	40 x mes	NA	Privado en LR	30 x mes	Privado en LR
CRM con bomba de circulación extracorporea	4 x mes	NA	Privado en LR	2 x mes	Privado en LR
Bypass arteriales periféricos	6-10 x mes	NA	Privado en LR	6 x mes	No Cuantifica
Endarterectomía de vasos de cuello	1-2 x mes	NA	Privado en LR	<1 x mes	Privado en LR
Cirugía de malformaciones cardíacas neonatales	Privado en LR	NA	Privado en LR	<1 x mes	Privado en LR
Neurología y Neurocirugía					
RMN de cerebro	Privado en LR	3-7 x mes	Privado en LR	Privado en LR	Privado en LR
Angiografía digital por sustracción	2-4 x mes	Privado en LR	Privado en LR	No cuantifica	Privado en LR
Biopsia cerebral abierta	1-2 x mes	NA	1-2 x mes	<1 x mes	1-2 x mes
Biopsia cerebral estereotáxica	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Neurocirugía oncológica	1-2 x mes	NA	1-2 x mes	<1 x mes	1-2 x mes
Clipaje de aneurisma cerebral	1-2 x mes	NA	1-2 x mes	<1 x mes	<1 x mes
Embolización de aneurisma cerebral	Privado en LR	NA	1-2 x mes	<1 x mes	<1 x mes
Nurocirugía neonatal del canal vertebromedular	Privado en LR	NA	1-2 x mes	Privado en LR	<1 x mes
Oncología y Oncohematología					
Biopsia guiada por TAC	Privado en LR	Privado en LR	Privado en LR	4-6 x mes	Privado en LR
Diagnóstico citogenético	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Inmunomarcación	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Plasmaferesis	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Radioterapia con acelerador lineal	Privado en LR	NA	Privado en LR	Privado en LR	Privado en LR
Trasplante autólogo de médula ósea	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Trasplante alogénico de médula ósea	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs

NA. No Aplica

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

En Santiago del Estero se encuentra una corriente interna de derivación de pacientes desde el sector público hacia el sector privado³.

Finalmente, la Tabla 18 presenta la situación de Tucumán, una de las provincias con mayor capacidad resolutoria de la región. En ella, existen algunos servicios operando al límite de su capacidad, como es el caso de los estudios complementarios por imágenes de alta complejidad (resonancia magnética nuclear y tomografía axial computada). A pesar de esto, se obtuvo información referente a que el sector privado se encuentra en proceso de reequipamiento, lo que incrementaría la oferta prestacional a futuro. Lamentablemente no se ha logrado aún relevar al referente del sector público provincial a fines de determinar su situación presente.

³ En este caso no se logró contactar a prestadores referentes de alta complejidad en el área de la neurología y neurocirugía, si bien se obtuvo información por parte de los financiadores respecto del amplio poder resolutorio de la provincia en este punto

Tabla 17 – Prácticas realizada y derivadas en Santiago del Estero

La Rioja		Prestadores y prácticas de alta complejidad			
	ERI	Signa	Mercado Luna	Incor	Htal Vera Barros
Cardiociugía y Hemodinamia					
Camara gamma	Privado en LR	Privado en LR	Privado en LR	No cuantifica	Privado en LR
Ablación por radiofrecuencia	Privado en LR	NA	Privado en LR	2 x mes	A Cdba o BsAs
Cinecoronariografía con angioplastia o stent	40 x mes	NA	Privado en LR	30 x mes	Privado en LR
CRM con bomba de circulación extracorporea	4 x mes	NA	Privado en LR	2 x mes	Privado en LR
Bypass arteriales periféricos	6-10 x mes	NA	Privado en LR	6 x mes	No Cuantifica
Enderterectomía de vasos de cuello	1-2 x mes	NA	Privado en LR	<1 x mes	Privado en LR
Cirugía de malformaciones cardíacas neonatales	Privado en LR	NA	Privado en LR	<1 x mes	Privado en LR
Neurología y Neurocirugía					
RMN de cerebro	Privado en LR	3-7 x mes	Privado en LR	Privado en LR	Privado en LR
Angiografía digital por sustracción	2-4 x mes	Privado en LR	Privado en LR	No cuantifica	Privado en LR
Biopsia cerebral abierta	1-2 x mes	NA	1-2 x mes	<1 x mes	1-2 x mes
Biopsia cerebral estereotáxica	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Neurocirugía oncológica	1-2 x mes	NA	1-2 x mes	<1 x mes	1-2 x mes
Clipaje de aneurisma cerebral	1-2 x mes	NA	1-2 x mes	<1 x mes	<1 x mes
Embolización de aneurisma cerebral	Privado en LR	NA	1-2 x mes	<1 x mes	<1 x mes
Nurocirugía neonatal del canal vertebromedular	Privado en LR	NA	1-2 x mes	Privado en LR	<1 x mes
Oncología y Oncohematología					
Biopsia guiada por TAC	Privado en LR	Privado en LR	Privado en LR	4-6 x mes	Privado en LR
Diagnóstico citogenético	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Inmunomarcación	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Plasmaferesis	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Radioterapia con acelerador lineal	Privado en LR	NA	Privado en LR	Privado en LR	Privado en LR
Trasplante autólogo de médula ósea	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs
Trasplante alogénico de médula ósea	A Cdba o BsAs	NA	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs	A Cdba o BsAs

NA. No Aplica

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

Tabla 18 – Prácticas realizada y derivadas en Tucumán

Tucumán		Prestadores y prácticas de alta complejidad					
	Centro Privado de Cardiología	Plinio Gonzalez (Radioterapia)	Galenort	Instituto de Cardiología	Sanatorio Parque	Gamma Imágenes	MATSA
Cardiociugía y Hemodinamia							
Camara gamma	No Cuantifica	NA	Privado en Tuc	10xmes	Privado en Tuc	300xmes	No Cuantifica
Ablación por radiofrecuencia	6xmes	NA	1-2xmes	Privado en Sgo	Privado en Tuc	NA	NA
Cinecoronariografía con angioplastia o stent	80xmes	NA	30xmes	40xmes	No Cuantifica	NA	NA
CRM con bomba de circulación extracorporea	17xmes	NA	5-7xmes	10xmes	1xmes	NA	NA
Bypass arteriales periféricos	No Cuantifica	NA	No Cuantifica	5xmes	1xmes	NA	NA
Enderterectomía de vasos de cuello	10xmes	NA	No Cuantifica	No Cuantifica	1-2xmes	NA	NA
Cirugía de malformaciones cardíacas neonatales	Privado en Tuc	NA	1 x mes	<1 x mes	1 x mes	NA	NA
Neurología y Neurocirugía							
RMN de cerebro	Privado en Tuc	NA	Privado en Tuc	Privado en Tuc	Privado en Tuc	Techo operativo	Techo operativo
Angiografía digital por sustracción	Privado en Tuc	NA	No Cuantifica	Privado en Tuc	Privado en Tuc	Privado en Tuc	Privado en Tuc
Biopsia cerebral abierta	Privado en Tuc	NA	1-2xmes	Privado en Tuc	No Cuantifica	NA	NA
Biopsia cerebral estereotáxica	Privado en Tuc	NA	Privado en Tuc	Privado en Tuc	1xmes	NA	NA
Neurocirugía oncológica	Privado en Tuc	NA	1-2xmes	Privado en Tuc	<1 x mes	NA	NA
Clipaje de aneurisma cerebral	Privado en Tuc	NA	No Cuantifica	Privado en Tuc	1xmes	NA	NA
Embolización de aneurisma cerebral	3-4xmes	NA	No Cuantifica	Privado en Tuc	2xmes	NA	NA
Nurocirugía neonatal del canal vertebromedular	Privado en Tuc	NA	<1 x mes	Privado en Tuc	<1 x mes	NA	NA
Oncología y Oncohematología							
Biopsia guiada por TAC	NA	NA	Techo operativo	NA	Privado en Tuc	Techo operativo	Techo operativo
Diagnóstico citogenético	NA	NA	BsAs o La Plata	NA	BsAs	NA	NA
Inmunomarcación	NA	NA	BsAs o La Plata	NA	BsAs	NA	NA
Plasmaferesis	NA	NA	2xmes	NA	BsAs	NA	NA
Radioterapia con acelerador lineal	NA	80xmes	Privado en Tuc	NA	Privado en Tuc	NA	NA
Trasplante autólogo de médula ósea	NA	NA	BsAs	BsAs	BsAs	NA	NA
Trasplante alogénico de médula ósea	NA	NA	BsAs	BsAs	BsAs	NA	NA

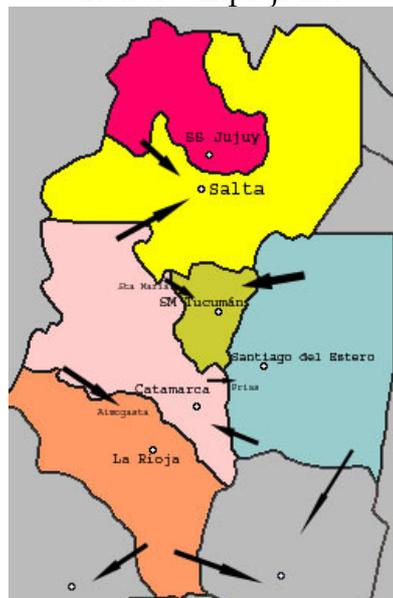
NA. No Aplica

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

4.5 Flujo de derivaciones

En cada una de las jurisdicciones que conforman la región pueden observarse a su interior puntos geográficos de derivación y tránsito donde la población atraviesa el límite jurisdiccional en busca de asistencia. Esta realidad obedece a que en muchos casos el acceso geográfico a una ciudad vecina resulta más conveniente y económico que el trayecto a la propia capital. Ante esta realidad, algunas provincias han avanzado en convenios de reciprocidad. En otros casos, las provincias prestan atención a habitantes de la región en forma recíproca sin mayor formalidad ni gestión por el recupero de los costos.

Figura 12 - Flujo de derivaciones interprovinciales en alta complejidad



Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

A continuación, se muestran los datos proporcionados por la provincia de Jujuy respecto de las derivaciones efectuadas hacia centros privados dentro de la provincia, así como a otras provincias de la región y a Buenos Aires.

La Tabla 19 refleja las especialidades por las que se originan las derivaciones hacia centros privados dentro de la propia provincia. Allí se observa que, dentro de las 164 derivaciones realizadas durante el año 2006, la cardiología/cardiocirugía y la oftalmología resultan las especialidades que más motivan derivaciones a centros privados de la provincia, si bien la existencia de cada una de estas categorías se

encuentra implicando algún déficit en la oferta de servicios por parte del sector público.

Tabla 19 – Especialidades que originan derivaciones al sector privado dentro de la provincia

Derivaciones del sector público dentro de Jujuy. 2006		
Especialidad	Derivaciones	%
Cardiología y cardiocirugía	39	23,8
Oftamología	29	17,7
Traumatología	24	14,6
Neurología y neurocirugía	23	14,0
Adicciones	13	7,9
Neonatales	12	7,3
Otras	24	14,6
Total	164	100,0

La categoría "Otras" agrupa categorías que no alcanzan por separado el 5% de las derivaciones

La Tabla 20 a continuación, refleja las especialidades que resultaron principales fuentes de derivación de pacientes desde Jujuy hacia la Ciudad de Buenos Aires. Allí se observa que nuevamente las intervenciones oftalmológicas resultan la principal fuente de derivaciones, lo cual sugiere un análisis en particular la capacidad resolutoria de esta área médica, que no es parte de las intervenciones analizadas en este informe. El resto de las especialidades protagonistas en la génesis de derivaciones al distrito central son la patología hepatopancreática (especialmente terminal o relacionada con trasplantes), la neurología/neurocirugía y la traumatología, donde se repiten las derivaciones por tumores óseos primarios. El caso de la cardiología y cardiocirugía parecen ser menos relevantes en cuanto a este tipo de derivaciones, lo cual sugiere que la capacidad resolutoria del sector privado local suple, al menos en parte, las necesidades del subsector público provincial.

Tabla 20 – Especialidades que originan derivaciones a la ciudad de Buenos Aires

Derivaciones a Buenos Aires. Jujuy. 2006		
Especialidad	Derivaciones	%
Oftamología	33	18,3
Higado y vías biliares	26	14,4
Neurología y neurocirugía	23	12,8
Traumatología	22	12,2
Cardiología y cardiocirugía	14	7,8
Respiratorio	12	6,7
Hematología y oncohematología	12	6,7
Otras	38	21,1
Total	180	100,0

La categoría "Otras" agrupa ítems que no alcanzan por separado el 5% de las derivaciones

4.6 Recepción de pacientes en centros de alta complejidad de Buenos Aires

A fin de lograr un análisis comprehensivo de la situación de las derivaciones seleccionadas de alta complejidad desde el NOA, este estudio incorporó la visita a los principales centros de recepción de derivaciones en la ciudad de Buenos Aires⁴. Estas derivaciones implican más allá de la evolución de su patología, un complejo panorama para el paciente y sus acompañantes, dada la necesidad de obtener alojamiento, alimentos y otros bienes no siempre cubiertos.

Se diseñó un cuestionario orientado a relevar las percepciones de los referentes de las instituciones receptoras en torno a un grupo de ejes de interés para las intervenciones seleccionadas. Ellos incluyen: (I) Los servicios prestados a pacientes del NOA, en comparación con el resto del país, (II) los financiadores principales de las derivaciones, (III) la existencia de acuerdos o convenios que regulen estos procesos, y (IV) la existencia de vínculos formales con prestadores de alta complejidad del NOA ya sea para el tratamiento de pacientes como para la capacitación de profesionales,

Se generaron entrevistas en profundidad con referentes de ocho instituciones en ciudad de buenos aires, completándose el cuestionario estipulado en siete de ellas, y obteniendo información complementaria (bases de datos) en cuatro de las mismas.

Las conclusiones más relevantes que surgen de las entrevistas con Directores Médicos y otras autoridades de estas instituciones muestran que los motivos o diagnósticos que originan las derivaciones desde el NOA son variados según la especialidad de la institución receptora, no identificándose intervenciones dominantes en este sentido. Las consultas provenientes del NOA resultan en todos los casos menores que las del NEA, y en ambos casos resultan menores en volumen respecto de lo esperado. A modo de ejemplo, el Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina informa que sobre un total anual de 2.241 pacientes (2006), del cual 1.6% proviene del NOA y 2.48 del NEA. En Fundaleu, NEA y NOA representan cada una alrededor del 3% de las derivaciones del interior, mientras que en el Hospital Italiano de Buenos Aires, sobre un total bianual de 821 derivaciones del interior para las intervenciones seleccionadas, se observa que 8% resultó proveniente de las regiones del norte, del cual el 59% se origina en el NOA. En el Banco Nacional de Drogas Oncológicas, por su parte, del total de pedidos de medicación realizados

⁴ Instituto Alexander Fleming, Fundaleu, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Instituto de Oncología A. Roffo, Fundación Favaloro, Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina, Hospital Italiano de Buenos Aires, Hospital Garrahan.

en su sede central, se estima que aproximadamente un 2% surge del noroeste⁵. En todo caso, la presencia de filiales en las provincias permitiría inferir que no habría necesidad de concurrir a Buenos Aires para obtener los productos.

Considerando las diversas fuentes de financiamiento puede encontrarse un panorama heterogéneo, aunque el papel que cumplen las obras sociales provinciales resulta especialmente relevante. fundamental, ya sea mediante convenios de derivación o no. En otros casos, cobra relevancia a participación de prepagas. Tal es el caso de Fundaleu o del Instituto Fleming donde estas empresas representan algo más del 50% del financiamiento para las intervenciones analizadas. Tanto el PAMI como el PROFE parecen ser actores de menor relevancia relativa, y la participación de las obras sociales nacionales resulta diversa, según el caso.

Finalmente, los sectores públicos provinciales financian la derivación de algunos pacientes, aunque en el mapeo de actores no se registró la presencia de convenios previos con las instituciones receptoras. Complementariamente, la presencia de convenios para formalizar las derivaciones constituye una excepción, en la forma de convenios entre instituciones receptoras y alguna obra social provincial (como el caso del Instituto Fleming y la obra social de empleados públicos de la provincia de La Rioja). En el caso del Hospital Italiano, se registran cuentas corrientes con obras sociales provinciales de la región del NOA, y la acreditación de pagos funciona como seguro de continuidad de las prestaciones por parte del hospital. Por lo demás, la dinámica de derivaciones parece sostenerse en decisiones o iniciativas individuales de los médicos tratantes, quienes sugieren las derivaciones sin establecer la presencia de convenios, sino basados en sus percepciones respecto de la calidad, trayectoria o accesibilidad de las instituciones de Buenos Aires.

Desde la mirada del paciente derivado hacia Buenos Aires, surgen en la mayoría de los casos situaciones complejas donde las opiniones de los entrevistados resultan coincidentes en cuanto a lo complejo de esta situación. Surge en la mayoría de los casos que los acompañantes no ven cubierta su estadía, debiendo solicitar asistencia en las casas de provincia o en las sedes de acción social tanto de Nación como de la Ciudad de Buenos Aires. Esta situación se vuelve crítica cuando las internaciones de los pacientes derivados son prolongadas y/o con períodos de externaciones breves en las que los mismos pacientes se encuentran comprometidos a permanecer en la ciudad hasta la próxima internación. En estos casos las instituciones prestadoras intentan suplir, con mayor o menor éxito, las falencias de los financiadores mediante sus áreas de servicio social. Un ejemplo de esto es el servicio social del Instituto de Hematología de la Academia Nacional de

⁵ La información disponible muestra que Santiago del Estero da origen al 0.40% de las demandas al Banco, seguido por Tucumán, Catamarca y Salta, con 0.32%, 0.11% y 0.07% respectivamente.

Medicina, donde las profesionales gestionan financiamiento de la seguridad social o las prepagas, o bien se dirigen a las representaciones de los estados provinciales en Buenos Aires. Una alternativa recurrente es la gestión de asistencia por parte de la Nación (Ministerio de Desarrollo Social). En el caso del Hospital Italiano de Buenos Aires, este cuenta con una fluida relación con una fundación que sostiene un alojamiento provisorio para familiares de pacientes internados⁶, resolviendo la alimentación muchas veces el mismo hospital. En todo caso, este aspecto resulta crítico, y comprende una parte importante del complejo panorama que enfrentan quienes son derivados a la Capital Federal.

Se suma a este cuadro que no existen acuerdos formales de capacitación de recursos humanos. De este modo, la curva de aprendizaje regional insume muchos años de servicios de regular calidad, considerando el escaso volumen de intervenciones. Por lo demás, los vínculos con profesionales de la región resultan ser de persona a persona más que entre instituciones, con lo cual suelen ser inestables y cambiantes.

En relación al estado clínico de los pacientes al momento de la derivación, las percepciones parecen coincidir en que resulta heterogéneo en función del problema y de la institución derivadora. De todas maneras, surge de la mayoría de los relatos que independientemente del estado clínico y de los estudios que aporte el paciente derivado de la región del NOA, la tendencia en las instituciones que lo reciben parece ser la de “comenzar de nuevo”, restando valor a lo realizado previamente. Esta realidad comprendería motivaciones económicas, en los casos en que el centro de referencia facture por procedimientos al financiador, y médicas, en los casos en que los resultados generen dudas en torno a la calidad y/o trayectoria de los laboratorios y centros de imágenes provinciales.

Finalmente, del análisis de testimonios, no se han identificado tendencias temporales o hitos históricos que determinen cambios significativos en las derivaciones. La excepción fue proporcionada por el Instituto de Investigaciones Hematológicas de la Academia Nacional de Medicina, y se ubicó temporalmente en torno a la crisis de 2001/2002

⁶ La Casa de Ronald McDonald está destinada a albergar a familias que deben permanecer lejos de sus casas porque sus hijos necesitan ser sometidos a tratamientos médicos prolongados en el Hospital Italiano de Buenos Aires, dando prioridad a pacientes con enfermedades oncológicas y aquellos que requieran trasplantes.

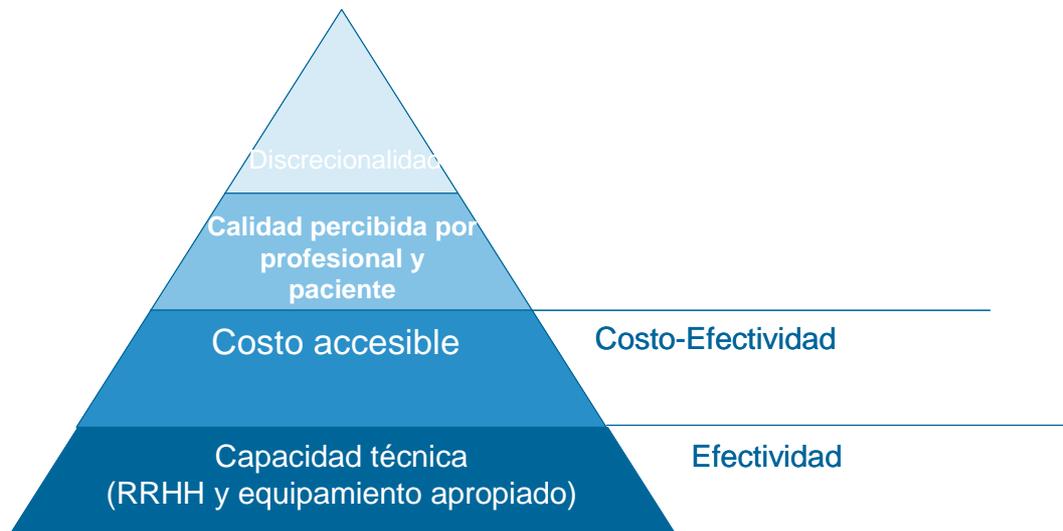
4.7 Origen y percepciones sobre derivaciones y contrataciones

Prioridades

En el caso de imposibilidad de completar un tratamiento con efectores locales, los distintos financiadores asumen la responsabilidad de referir sus beneficiarios a otros prestadores, a fin de recibir el cuidado necesario, a un costo que resulte posible enfrentar y con la mayor efectividad posible. De este razonamiento se desprende que no resultarían de igual peso los distintos atributos que suelen perseguirse a la hora de definir una derivación. Conceptualmente, la Figura 13 presenta una pirámide que refleja un eventual trayecto lógico en estos casos. Allí se observa que la base de una derivación o la contratación de un nuevo prestador debería corresponderse con la capacidad técnica del mismo. Ello puede establecerse a partir del equipamiento indispensable para realizar la intervención y de la presencia de recursos humanos entrenados para tal fin. Estas primeras consideraciones hacen referencia a la efectividad como valor primordial para dicha transferencia. El segundo punto, una vez descontada la efectividad, es el costo de dicha derivación o contratación. En términos ideales se buscará un prestador que logre minimizar el costo, a un valor satisfactorio de efectividad. Una vez descontados estos parámetros de costo-efectividad, comienza a cobrar valor otro aspecto relevante, desde el plano social e interpersonal: la calidad percibida del servicio. En este punto cobra relevancia no solo el juicio del financiador, sino también del profesional tratante y del paciente y su entorno, sobre el cual ejerce influencia. Si bien esta percepción merece ser considerada, no debería sobreponerse a los parámetros previos, ya que la subjetividad como único parámetro para la toma de decisiones puede resultar riesgosa.

Finalmente, en el extremo de la pirámide se presenta una categoría en la que bajo el calificativo de "discrecional" se incluye todo móvil de decisión que no presente correlato en efectividad, costo o calidad percibida. En este punto se incluyen las acciones por conveniencia personal del tomador de decisión, cuestiones políticas, coyunturales, etc. Sin duda, cuanto más peso adquiere este segmento, más errónea será la elección del prestador o el sitio de derivación.

Figura 13 – Esquema lógico de contrataciones y derivaciones.

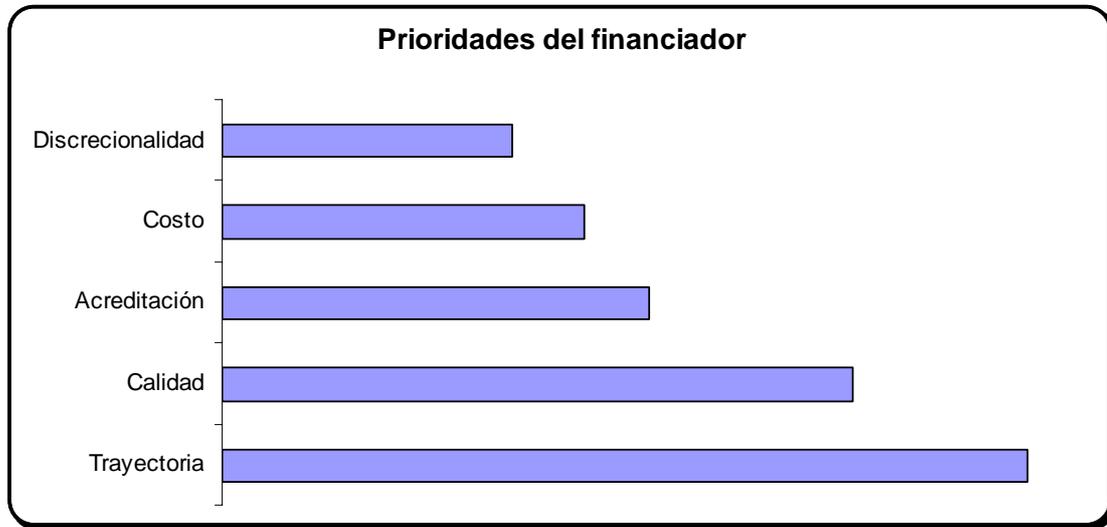


El planteo teórico se contrastó con la visión de financiadores y prestadores de alta complejidad, a fin de conocer sus percepciones sobre los fundamentos que originan la selección de efectores y sitios de derivación. Los actores entrevistados ordenaron en base a sus prioridades una lista de variables: costo, calidad, trayectoria (como otro indicador de calidad percibida), acreditación (como parámetro objetivable de efectividad en los procesos) y discrecionalidad.

Los financiadores entrevistados (PAMI, Obra Social Provincial y Subsector Público de cuatro provincias), plantearon en el conjunto, que la calidad percibida resulta el primer indicador en la pirámide de decisión. La acreditación se presenta en segundo lugar, en tanto que los costos ocupan el penúltimo. Finalmente, la discrecionalidad fue mencionada como el menos relevante de los parámetros en regir estas decisiones. A pesar de ello, es conveniente aclarar que las acreditaciones (normas, estándares de calidad, etc.) no se encuentran muy difundidas en la región, tanto por su costo como por la falta de incentivos concretos para los prestadores.

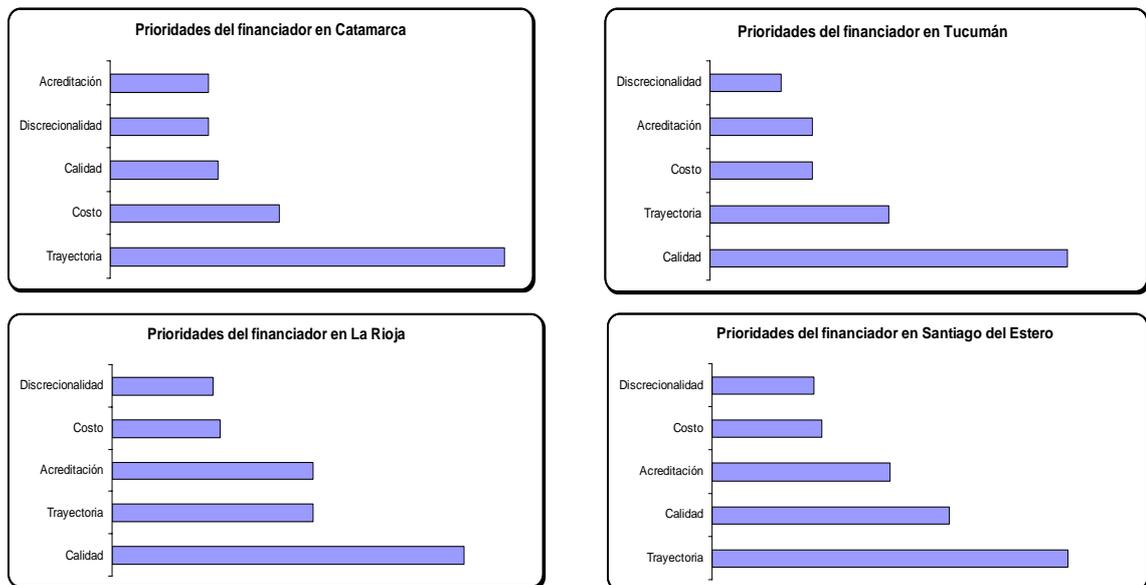
A continuación, las Figuras 14 y 15 desglosan estas prioridades para cada provincia.

Figura 14 - Prioridades del financiador de alta complejidad ante la contratación



Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

Figura 15 - Prioridades del financiador en cada provincia ante la contratación

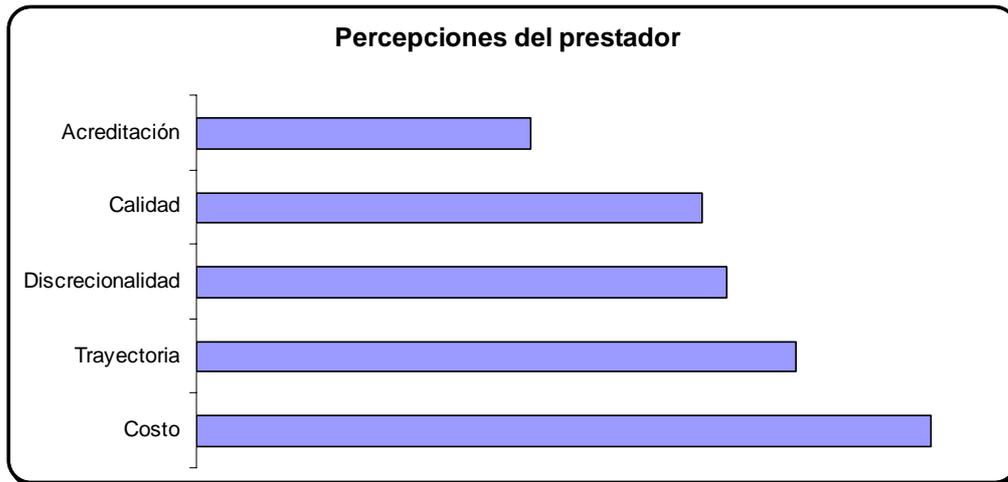


Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

Las Figuras 16 y 17 presentan las percepciones de los prestadores de alta complejidad entrevistados, para el conjunto de la región y para cada provincia en particular. Como puede observarse, ellas difieren considerablemente de aquellas surgidas del ejercicio anterior. Particularmente, se observa que el factor costo de la

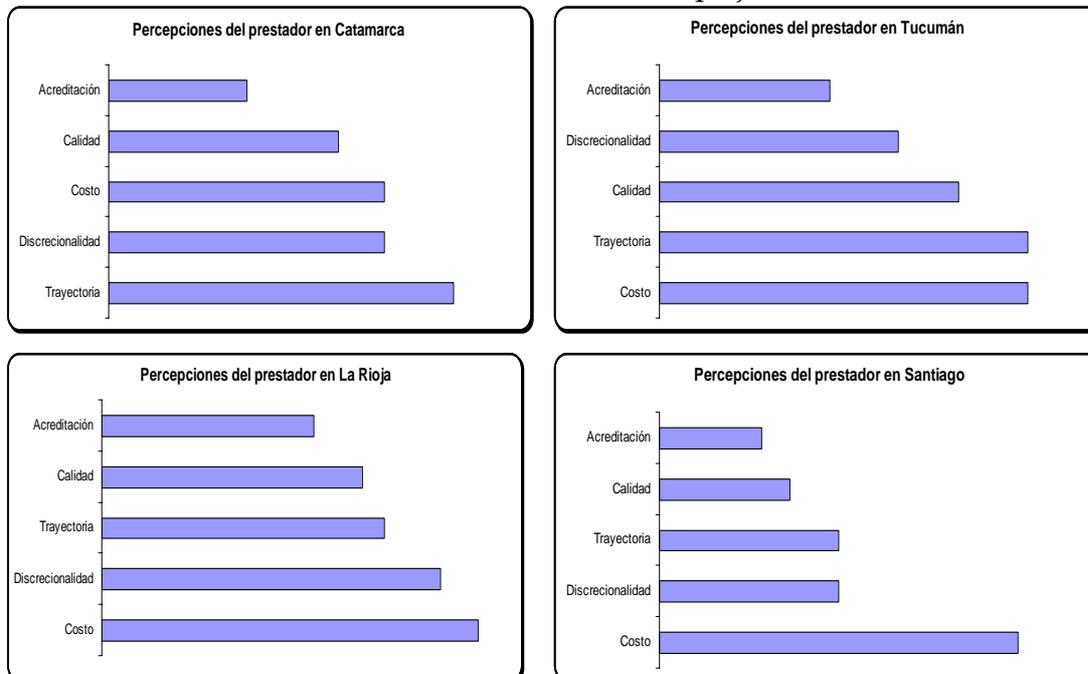
prestación es sentido como prioritario tanto para el conjunto de la región como en tres de las provincias (con excepción de Catamarca, donde trayectoria y discrecionalidad superan esta prioridad). Finalmente, el sitio asignado a la discrecionalidad ocupa el segundo lugar en todas las provincias, con excepción de Tucumán, donde pierde relevancia frente a las otras prioridades.

Figura 16 - Percepciones del prestador respecto de los fundamentos de las contrataciones en alta complejidad



Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

Figura 17 - Percepciones del prestador en cada provincia respecto de los fundamentos de las contrataciones en alta complejidad



Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

4.8 Financiamiento de la alta complejidad

Las prestaciones de alta complejidad se encuentran íntimamente relacionadas con la patología de alto costo y baja incidencia. Estas intervenciones requieren un mecanismo oportuno y continuo de financiamiento para asegurar las prestaciones. Desde esta perspectiva y bajo la lógica de aseguramiento, los financiadores que cuentan con la mayor escala de población aportante y mayor aporte por individuo se encuentran en mejores condiciones de financiar prácticas de alta complejidad. La Tabla 19 refleja quienes son los principales financiadores de los efectores privados de alta complejidad en cuatro provincias. En la mayor parte de los casos, las obras sociales de los empleados públicos provinciales representan la principal fuente de financiamiento de estos prestadores, alcanzando en algunos casos proporciones mayores al 70% del volumen facturado. Este dato resulta de suma relevancia para los otros mecanismos de seguro social o privado, al momento de fijar no solo los precios sino también los mecanismos de contratación y pagos, definiendo sus estrategias de negociación. Paralelamente, el PAMI cuenta con una gerencia centralizada de fijación de valores capitarios, si bien existe cierto margen de ajuste por tasas de uso y riesgo. Esta institución resultó el principal financiador de muchos de estos prestadores en la etapa previa al cambio de modelo prestacional lanzado desde la Resolución 284 del año 2005⁷.

El caso de los estados provinciales, a cargo de la atención de la población no cubierta por los otros subsectores, se presenta heterogéneo en su interacción con prestadores privados, dependiendo fundamentalmente de los recursos existentes y de la capacidad prestacional propia. Finalmente, las Obras Sociales Nacionales no representan un volumen importante en la facturación de los prestadores privados provinciales algunas excepciones. Por su parte, las empresas de medicina prepaga resultan de baja incidencia en la facturación en términos generales, siendo excepcionales los casos en que los prestadores cuentan con sus propias prepagas y brindan allí sus servicios (tal es el caso del Sanatorio Parque, en Tucumán)

⁷ A partir de esta resolución se implementaron cápitas en el segundo y tercer nivel de atención, se rescindieron contratos con organizaciones intermedias para la realización de los pagos, y se gestionaron nuevos contratos con los prestadores en forma directa.

Tabla 19 – Financiamiento de los prestadores de alta complejidad en la región

Provincia	Prestador	Porcentaje de financiación				
		OSP	PAMI	Estado Prov	OSNac	Prepagas
Catamarca	Sanatorio Pasteur	60	15	8	15	2
	Instituto Médico Privado	60	15	8	15	2
La Rioja	ERI	70	0	0	5	20
	Signa	75	0	10	5	5
	Mercado Luna	70	5	20	5	2
	Incor	55	20	15	2	1
Santiago	Instituto de Cardiología	80	0	10	3	3
	Hemodinamia integral/9 de Julio	30	35	30	2	3
	Instituto de Diagnóstico	60	12	12	3	8
Tucumán	Centro Privado de Cardiología					
	Grupo Galenort	12	30	12	45	2
	Instituto de Cardiología	60	30	5	2	4
	Sanatorio Parque	25	0	15	30	25
	MATSA	70	15	12	2	5
	Gamma	50	5	5	30	10
	Plinio Gonzalez	40	40	5	10	5

Fuente: elaboración propia en base a entrevistas en terreno

A continuación, la Tabla 20 refleja los valores unitarios solicitados para reintegro a un programa nacional (PROFE) por parte de los estados provinciales. En la tabla se observa que existe en algunos casos una importante variabilidad en los montos presentados por cada provincia. Este fenómeno tendría relación con la amplitud de oferentes y el poder de negociación y fijación de precios de cada uno de los ministerios provinciales, constituyendo per se un tema de valioso análisis. Cabe aclarar que el PROFE no necesariamente abona los valores presentados por las provincias, sino que fija sus propios topes de reintegros.

Tabla 20 – Montos presentados al Programa Federal (PROFE) para reintegros por prestaciones de alta complejidad. Año 2007. En pesos.

Práctica	Valores en pesos, presentados por los Estados provinciales para reintegro del PROFE						
	Salta	Tucumán	Santiago	Jujuy	Catamarca	La Rioja	Brecha *
Módulo de radioterapia con acelerador lineal	SD	1800	1200	SD	5000	SD	416%
Endarterectomía de vasos de cuello	2500	SD	7600	7590	5384	NR	304%
By Pass arteriales periféricos (desde Aorta o Iliacas)	3000	SD	4500	6980	3630	4320	232%
Angiografía digital por sustracción de cerebro	1200	900	700	NR	1158	SD	71%
TAC helicoidal de torax	260	200	260	315	280	SD	57%
Angioplastia con 1 stent standard	SD	SD	5800	SD	7188	4600	56%
Cinecoronariografía	2000	900	1000	1012	SD	1300	44%
Angio resonancia magnética de cerebro	430	600	550	NR	600	SD	39%
Cirugía de tumores intracraneos	SD	SD	10000	7264	NR	SD	37%
Ablación por radiofrecuencia de vías anómalas	2500	3400	2500	3200	NR	NR	36%
Cirugía cardíaca con ByPass	14500	14000	16000	15180	16093	14500	14%

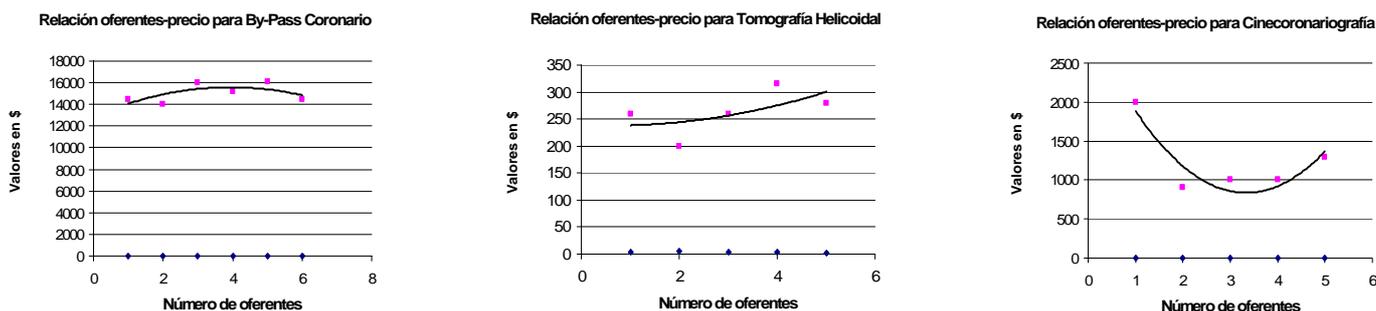
NR- No se realiza en la provincia. SD- Sin datos

*- La brecha se expresa como la diferencia porcentual entre los valores extremos de la serie

Fuente: Programa Federal (PROFE)

En las figuras a continuación se refleja lo mencionado respecto de la relación entre número de oferentes y precios abonados por el estado al sector privado. Esta relación debería, en un comportamiento lógico de mercado, mostrar una pendiente negativa donde a mayor número de oferentes, menor es el precio de la prestación. Sin embargo, se identifican comportamientos diversos.

Figura 18 - Relación precio/oferta según los valores abonados por el estado provincial a efectores privados



Fuente: elaboración propia en base a datos del PROFE

Complementariamente, la Tabla 21 presenta los valores abonados por un grupo de financiadores en la provincia de Salta para algunas de las prestaciones analizadas. Se observa que el estado provincial abona valores coincidentes con los de la obra social local, en tanto una de las empresas prepagas más importantes de la jurisdicción posiciona sus pagos con una ligera diferencia por sobre los correspondientes a los anteriores.

Tabla 21 - Valores abonados por financiador para prácticas seleccionadas. Salta

Práctica	Ministerio de Salud Provincial	Obra Social Provincial	Prepaga	PAMI
Cirugía Correctora de tetralogía de Fallot	14400	14400	15600	Cápita
Ablación por radifrecuencia	2500	3466	SD	Cápita
Cirugía cardíaca con ByPass	14400	14400	15600	Cápita
Cinecoronariografías	SD	1248	1000	Cápita
Endarterectomía de vasos de cuello	4400	4400	4600	Cápita
By Pass arteriales periféricos (desde Aorta o Iíacas)	4400	4400	4600	Cápita
Cirugía de tumores intracraneanos	3074	3074	SD	Cápita

Fuente: Prestadores varios en Salta. 2007.

4.9 Costos Indirectos- El caso jujeño.

A continuación se analiza para el caso de la provincia de Jujuy, el costo afrontado por el sector público provincial en la derivación de pacientes según el destino de la misma. La Tabla 22 muestra los desembolsos realizados frente a las derivaciones durante 2006, a la Ciudad de Buenos Aires en concepto de los distintos tipos de viático y ayuda económica dispensada.

Tabla 22 - Gastos de la provincia en concepto de viáticos hacia Buenos Aires. 2006
Montos pagados por viáticos a Buenos Aires por el Estado Provincial de Jujuy. 2006

Item	Número	Valor unitario promedio	Costo
Avion sanitario	19	7.098	134.870
Tickets por aire	166	450	74.700
Tickets por tierra	282	170	47.940
Asistencia financiera	229	200	45.800
Total	229	1.324	303.310

Fuente: Provincia de Jujuy.

Durante ese período el avión sanitario provincial realizó diecinueve viajes a Buenos Aires a un costo promedio de \$ 7.098, asociados en general con derivaciones de urgencia (insuficiencia respiratoria, hemorragia cerebral, neonatos prematuros, etc.). En cada derivación, independientemente de la vía de traslado, existe una asistencia financiera fija de \$200 por cada caso derivado.

La Tabla 28, a continuación, refleja los gastos de la provincia de Jujuy, en concepto de derivaciones para el mismo año. Ellos se aproximan a \$ 800.000, correspondiendo más de la mitad a derivaciones hacia Buenos Aires. Del total erogado, dos tercios corresponden a viáticos y el tercio restante a intervenciones efectuadas en la ciudad. Paralelamente, los gastos correspondientes a derivaciones hacia el sector privado de la propia provincia alcanzan los \$ 352.647, siendo su costo unitario mayor al representado por las derivaciones a Buenos Aires. Esto responde a que las derivaciones a la Capital Federal tienen como destino principal a prestadores públicos cuyos costos directos de intervención se reducen considerablemente, operando como un incentivo para la elección de esta vía. Finalmente, las derivaciones hacia otras provincias de la región, principalmente Tucumán y Salta, son relativamente escasas. En estos casos, los costos promedio de cada derivación resultan aún menores dado que los gastos de traslado (siempre terrestre) son bajos y que los pacientes en este caso también suelen ser asistidos por efectores públicos, sin mediar pagos por parte de la jurisdicción derivadora.

Tabla 23 – Gastos por derivaciones de la provincia de Jujuy. 2006

Item	Número	Valor unitario promedio	Costo
Total gastos a Buenos Aires	229	1.931	442.102
<i>Viáticos a BsAs</i>	229	1.324	303.310
<i>Intervenciones varias en Buenos Aires</i>	229	606	138.792
Gastos por derivación al sector privado local	164	2.150	352.647
Gastos por derivación a otras provincias de la región	13	602	7.831
Total	406	1.561	802.580

Fuente: Auditoría de la Provincia de Jujuy.

La Tabla siguiente se concentra en los costos por derivaciones oftalmológicas. El volumen trasladado a Buenos Aires es marginalmente superior al tratado localmente, pero el costo asociado con estos últimos duplica el de las derivaciones a centros porteños.

Tabla 24 – Gastos por derivaciones en oftalmología. Provincia de Jujuy. 2006

Derivación por oftalmología	casos	Valor unitario promedio en \$	Costo en \$
Total gastos a Buenos Aires	30	1.173	35.200
<i>Viáticos a Buenos Aires</i>	30	880	26.400
<i>Intervenciones varias en Buenos Aires</i>	30	293	8.800
Gastos por derivación al sector privado local	28	2.493	69.810
Total	58	1.811	105.010

Fuente: Auditoría de la Provincia de Jujuy.

En la misma dirección, la Tabla 25 muestra que los gastos por derivaciones relacionadas con cardiología y cardiocirugía en Buenos Aires son 42% más económicos que los tratamientos locales aunque su frecuencia sea menor. Al igual que en el caso previo, las diferencias entre costos de intervención resultan determinantes.

Tabla 25 – Gastos por derivaciones en Cardiología/Cardiocirugía. Provincia de Jujuy. 2006

Derivación por cardiología y cardiocirugía	casos	Valor unitario promedio en \$	Costo en \$
Total gastos a Buenos Aires	7	1.521	10.650
<i>Viáticos a Buenos Aires</i>	7	1.264	8.850
<i>Intervenciones varias en Buenos Aires</i>	7	257	1.800
Gastos por derivación al sector privado local	35	2.642	92.465
Total	42	2.455	103.115

Fuente: Auditoría de la Provincia de Jujuy.

En cambio, la tabla siguiente presenta una situación inversa en el caso de la neurología y neurocirugía. En estas especialidades, los gastos por derivaciones a Buenos Aires prácticamente duplican al de las derivaciones a organizaciones privadas de Jujuy. Ello se atribuye a dos casos específicos de derivación al

Instituto Fleni que representan \$64.000, más de la mitad de las erogaciones del rubro. Si se dedujeran estos dos casos, nuevamente las derivaciones a medios privados de Jujuy resultarían más costosas, aunque menor que en los casos previos.

Tabla 26 - Gastos por derivaciones en neurología/neurocirugía. Provincia de Jujuy. 2006

Derivación por neurología y neurocirugía	casos	Valor unitario promedio en \$	Costo en \$
Total gastos a Buenos Aires	17	6.241	106.090
<i>Viáticos a Buenos Aires</i>	17	2.311	39.290
<i>Intervenciones varias en Buenos Aires</i>	17	3.929	66.800
Gastos por derivación al sector privado local	20	2.994	59.874
Total	37	4.486	165.964

Fuente: Auditoría de la Provincia de Jujuy.

La Tabla 27 refleja, por lugar de recepción, las derivaciones públicas provinciales hacia la Ciudad de Buenos Aires. Se confirma que sobre un total de 180 casos, prácticamente la totalidad se dirige a instituciones públicas o fundaciones. Entre ellas, el Hospital Garrahan recibe el 40% de las consultas, seguido por el Hospital Argerich, donde acude el 11.1% de los pacientes derivados. En el caso de las instituciones públicas, no se registra desembolso por la atención. Fleni resulta el único prestador privado, en tanto la Fundación Zambrano, especializada en oftalmología, recibe la cobertura de los insumos involucrados en la intervención.

Tabla 27 - Destino de las derivaciones en Buenos Aires. Jujuy, 2006.

Institución	Derivaciones	Porcentaje
Garrahan	72	40,0
Argerich	20	11,1
Roffo	13	7,2
F. Zambrano	10	5,6
Gutierrez	9	5,0
Sta Lucia	7	3,9
Lagleyze	2	1,1
Fleni	2	1,1
Otros	9	5,0
Sin datos	36	20,0
Total	180	100,0

Fuente: Auditoría de la Provincia de Jujuy.

Finalmente, un punto clave en la evaluación del financiamiento de los recursos de alta complejidad es el de los estudios complementarios por imágenes (principalmente tomográficos y por resonancia magnética nuclear), de creciente utilización en el segundo y tercer nivel de atención. La Tabla 28 refleja los costos

reportados por este concepto en el Hospital Pablo Soria de Jujuy, para el período enero-abril de 2007. Allí se observa el importante impacto económico que representan los estudios por imágenes en el gasto sanitario, observándose que en tan sólo cuatro meses, el monto pagado al sector privado por tomografías supera el costo de la totalidad de derivaciones por cardiología y cardiocirugía realizadas durante el año 2006.

Tabla 28 - Gastos por estudios complementarios de alta complejidad. Jujuy.

Estudios abonados por el Hospital Pablo Soria. Enero a Abril de 2007			
Item	Número	Valor unitario promedio en \$	Costo en \$
Tomografías	690	164	113.002
Resonancias	37	254	9.400
Tratamientos Radiantes	7	1.800	12.600
Otros estudios	74	174	12.843
Total	808		147.845

Fuente: Auditoría de la Provincia de Jujuy.

5. Conclusiones

Impacto de la segmentación del sistema. Las características de segmentación y fragmentación del sistema de salud se reflejan quizás más dramáticamente en el área de la alta complejidad. Desde la perspectiva financiera, la multiplicidad de fondos entre subsistemas y niveles administrativos implica una incapacidad para la generación de un pool de riesgo que resulte sustentable. Dado este complejo escenario, frecuentemente existen terceros pagadores y una importante asimetría de información que implica un bajo incentivo al monitoreo y mejora de las prestaciones. Por otra parte, desde la perspectiva sanitaria, esta estructura afecta la posibilidad de generar procesos eficaces de derivación de pacientes, estandarización de prácticas y otros puntos clave en el abordaje de quienes padecen enfermedades que requieren asistencia en el tercer nivel de atención.

Acceso. Si bien la región del NOA presenta menos años de vida potencialmente perdidos por enfermedades circulatorias y tumores en relación a las demás regiones (con excepción del NEA), la edad de muerte por estas enfermedades resulta más temprana. Considerando que la distribución de los factores de riesgo para muchos tumores y enfermedades cardiovasculares no presenta diferencias significativas entre regiones, podría asumirse que las tasas de incidencia de estas enfermedades tampoco varían significativamente⁸. Es decir que la mortalidad estaría sujeta a la sobrevida y no a la incidencia. Esta hipótesis requiere una cuidadosa reflexión dado que se encuentra en manos del propio sistema social y sanitario la responsabilidad de equiparar las posibilidades de curación y sobrevida en cada jurisdicción. Ello involucra desde el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención, hasta el acceso oportuno a prácticas efectivas de rehabilitación.

Capacidad resolutive local. Los datos relevados reflejan una alta capacidad resolutive en las capitales provinciales, especialmente en Tucumán, Salta y Santiago del Estero. Esta situación contrasta fuertemente con el interior de cada provincia, donde resulta escasa la capacidad resolutive aún del segundo nivel de atención. El caso de la oncohematología se presenta como una excepción ya que incluso en algunas capitales provinciales no se identificó capacidad resolutive completa. La complejidad en las capitales provinciales determina la movilización de habitantes hacia provincias vecinas en muchos casos en los que la capital más cercana se encuentra fuera de los límites de la propia jurisdicción.

⁸ El cáncer de cuello uterino constituye una excepción en este punto, dado que su incidencia se encuentra asociada a factores socioeconómicos.

Capacidad ociosa. La oferta del sector público provincial se encuentra en la mayoría de los casos operando cerca del límite de su capacidad. Sin embargo, la oferta de servicios de alta complejidad del sector privado se encuentra relativamente sobredimensionada, existiendo en cuatro de las seis provincias (las excepciones son La Rioja y Catamarca) varios prestadores en cada especialidad. Ello origina capacidad ociosa de equipos y, en menor medida, de recursos humanos. La excepción a este escenario lo configura el área del diagnóstico por imágenes en la capital tucumana, donde el sector privado reporta disponer de tomógrafos, resonadores y cámaras gamma operando en valores cercanos a su techos operativos.

La contratación de prestadores. Las contrataciones de los distintos financiadores (principalmente el estado provincial, la obra social provincial y el PAMI) se realizan según criterios no siempre explícitos, que difieren según la percepción de actor. Ellos refieren priorizar en base a móviles de trayectoria y calidad. A pesar de ello, la percepción de los prestadores privados sugiere que el principal criterio que determina las contrataciones es el de los costos, seguido por la trayectoria. Según estos actores, resulta uniforme en todas las provincias el escaso valor que representa el contar con acreditaciones y cumplir con ciertas normas de calidad.

La derivación a la ciudad de Buenos Aires. Según los datos disponibles, las derivaciones hacia Buenos Aires no siempre responden a criterios claros. En ocasiones, la provincia originaria de la derivación cuenta con especialistas y equipamiento de similar calidad. La discrecionalidad, tanto del equipo o profesional tratante, como la presión de los familiares y su entorno, resulta relevante en la toma de decisión - especialmente en el caso de las obras sociales provinciales-.

En el caso del sector público provincial, las derivaciones a Buenos Aires cuentan con un incentivo extra sobre la base de los costos. Como surge del caso jujeño, la opción de derivar pacientes a los sectores privados locales resulta más onerosa que cubrir viáticos hasta la Capital Federal. Allí, los pacientes son tratados en centros públicos nacionales o municipales, y sus servicios no son facturados a la provincia. Esta realidad apoya la percepción de los propios prestadores, respecto de la relevancia del factor económico al momento de definir el lugar de tratamiento de las personas que requieren alta complejidad.

Situación de los pacientes derivados a la Ciudad de Buenos Aires. Resulta homogénea y compartida la percepción de los receptores de pacientes sobre el precario estado de subsistencia al que son sometidos ellos y sus acompañantes. Las provincias derivadoras raramente se responsabilizan por las condiciones de alojamiento y alimentación de los pacientes derivados. Ellos deben recurrir a la asistencia de fundaciones, casas de provincias, ministerios y secretarías de

desarrollo social, además de las propias entidades donde son asistidos sus familiares.

Determinantes de los costos. A partir de los montos solicitados por cada provincia al Programa Federal (PROFE), puede observarse que existen algunas asimetrías no explicadas por el tamaño del mercado. Tal que no se observan precios menores en las provincias donde la capacidad prestacional se encuentra más extendida. Sería necesario un análisis particular de cada situación a fines de analizar los factores que determinan la estructura de costos en cada provincia.

6. Algunas perspectivas de acción desde la política pública a nivel nacional y provincial

Actualización administrativa de las derivaciones. El sistema de atención hospitalaria argentino fue diseñado bajo una lógica de niveles crecientes de complejidad, cuyo último escalón fueron los hospitales nacionales de la Capital Federal. Si bien esta configuración se ha modificado desde el punto de vista administrativo, la provincialización y municipalización de los hospitales, y especialmente en el caso porteño, condicionan esa estructura de operación. Resulta evidente, sin embargo, que la capacidad instalada de estos centros continua siendo un factor captador de pacientes desde casi todo el país, y especialmente desde las regiones del norte. Esta tendencia persiste a pesar que las capitales provinciales han incrementado su capacidad prestacional y que los hospitales porteños ahora pertenecen a una jurisdicción autónoma. La persistencia de estas prácticas derivatorias fuerzan a la ciudad a hacerse responsable de cuidados altamente onerosos. La imposibilidad de recuperar los costos hospitalarios genera un subsidio cruzado entre jurisdicciones. Frente a esta situación, resultaría relevante diseñar más eficazmente la configuración del sistema de derivaciones de modo que existiera un centro provincial o regional de alta complejidad, cofinanciado por la Nación. Ello representaría una iniciativa equitativa: fondos nacionales aportarían el carácter federal a un sistema de financiamiento más racional que, junto a fondos de la región financien las prestaciones catastróficas, donde las instituciones tratantes contribuyan asimismo con su aporte.

Reingeniería, formalización y regulación del flujo de derivaciones. El estudio refleja que los costos existentes en tratamiento entre jurisdicciones generan incentivos a la derivación a hospitales públicos de referencia. Tales costos cuentan con dos componentes que requieren especial atención. Por un lado, la baja incidencia de los costos directos en prestadores públicos extra-provincia, y por el otro la incidencia de costos indirectos (transporte, alojamiento, alimentación) con fuerte impacto en los ingresos y el estado de vulnerabilidad de las familias. Resultaría conveniente desde el rol regulador del Estado Nacional implementar medidas para estimular un flujo de derivaciones apropiado según las necesidades y posibilidades en cada caso. Para ello, se requiere la confección de un padrón regional de prestadores públicos y privados, categorizados por especialidad y nivel de complejidad. Ello brindaría información sobre las áreas donde se requiera completar faltantes de tecnología o recursos humanos. Con esta herramienta, el nivel nacional podría diseñar, en colaboración y acuerdo con los estados provinciales, un flujograma que abarque los distintos niveles, asegurándose que cada intervención sea llevada a cabo sobre la base del acceso geográfico y la costoefectividad. El nivel central requerirá de un mecanismo de incentivos que garantice que las derivaciones se efectúen dentro de las vías propuestas. Los mismos podrían tomar la forma de compensaciones financieras mencionadas para

el caso de pacientes que requieran atención en centros urbanos fuera de la provincia o la región. Cuando no se respeten las vías propuestas, el Ministerio Nacional podría articular mecanismos de apoyo en el desarrollo de instrumentos que brinden mayor fortalecimiento institucional a la iniciativa. En estos casos, los Estados/hospitales intervinientes dejarían de gozar de los beneficios generados por el programa (capacitación gerencial y profesional, acreditaciones, soporte administrativo, etc.)

Sala de situación Mediante un registro regional de derivaciones y prácticas realizadas, podría constituirse un dispositivo de seguimiento con el fin de brindar información actualizada sobre el estado de la demanda y oferta de servicios de alta complejidad a nivel regional. Este instrumento dotaría tanto al Estado Nacional como a los provinciales de un recurso para el análisis.

Regulación de prestadores. La presencia de recursos ociosos, especialmente en el rubro equipamiento, requiere de control por parte del Estado Provincial. Esta regulación basada en parámetros claros de autorización, habilitación y acreditación contribuiría a modelar la capacidad prestacional de la provincia, balanceando la extensa oferta en las capitales frente a la ausencia de prestación en el interior. Resulta claro a partir de este estudio que la falta de acreditación, sumada a la discrecionalidad en la selección de prestadores se conforma como un potente desincentivo a la actualización, profesionalización e inversión. Un mecanismo de acreditación brindaría criterios objetivos para la posibilidad de convertirse en prestador, e inclusive diferenciar aranceles representando un estímulo para la calidad. El PAMI podría convertirse en un instrumento valioso en esta estrategia.

Situación humanitaria de las personas derivadas para atención en Buenos Aires. Dada la situación de extrema vulnerabilidad a la que se enfrentan los pacientes y sus acompañantes en las derivaciones extraprovinciales, se sugiere una estrategia de contención y apoyo (alojamiento, alimentación, etc.) destinada a proteger a dichas personas. Para esto, podría generarse un fondo con aportes compartidos entre jurisdicciones, o bien requerir la responsabilidad de la provincia derivadora frente a esta situación.

El presente estudio es producto de una iniciativa conjunta de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación, dirigida por el Dr. Carlos Soratti y el Programa de Salud de la Fundación CIPPEC, Dirigido por Daniel Maceira.

Se agradece especialmente la colaboración y aportes de Felipe Aguerre y Francisco Leone. Participaron del estudio por parte de CIPPEC Cintia Cejas, Sofía Olaviaga, Laura Zommer, Gonzalo Dieguez, Nicolas Ducote y Soledad Pujó.

Las opiniones de los autores no reflejan necesariamente las posiciones institucionales de CIPPEC. Correspondencia a dmaceira@cippec.org o pkremer@cippec.org

7. Referencias

Baeza C., Packard T. "Beyond Survival: Protecting Households from the Impoverishing Effects of Health Shocks", The World Bank, Stanford University Press, May 2006

Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001. Instituto Nacional de Estadística y censos (INDEC).

Cheng S., Jarcho J "Management of Stable Coronary Disease - Polling Results" NEJM, 2007; 257:24

Encuesta Nacional de Utilización y Gasto de los Hogares. 1997. Instituto Nacional de Estadística y censos (INDEC).

Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. 1998. Instituto Nacional de Estadística y censos (INDEC).

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2005. Ministerio de Salud de la Nación.

Estadísticas Vitales. 2005 y 2006. Dirección de Estadísticas e Información Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

Lee T., Boucher Ch. "Noninvasive Tests in Patients with Stable Coronary Artery Disease" NEJM, 2001; 344:1880

Maceira, 2004. "Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros: El Caso Argentino"

Maceira, D. "Financing and Equity in the Argentinean Health Care System", CEDES, Working Paper. 2002.

Mitka M "Hemorrhagic Stroke Guidelines Issued" JAMA, 2007; 297:2573

Organización Mundial de la Salud, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra, 2000.

Rasell, E., J. Bernstein, and K. Tang, The impact of health care financing on family budgets. International Journal of Health Services, 1994. **24**(4): p. 691-714.

Ridker P. "Development and Validation of Improved Algorithms for the Assessment of Global Cardiovascular Risk in Women" JAMA, 2007; 297;611.

Simpson J "Fetal Surgery for Meningocele: Promise, Progress, and Problems" JAMA, 282: 1873 - 1874. 1999

Staudt L "Molecular Diagnosis of the Hematologic Cancers" NEJM 348:1777, 2003

Wagstaff A. "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98" Banco Mundial, 2002.

Wagstaff, A., E. van Doorslaer, H. van der Berg, S. Calonge, T. Christiansen, and G. Citoni, Equity in the finance of health care: some further international comparisons.
Journal of Health Economics, 1999. 18: p. 263-290.

Wingate, E. E., Hancock, J. A., Churchwell, "Spina Bifida: A Review of the Importance of Sonography's Role in Its Detection" . Journal of Diagnostic Medical Sonography 20: 227-237, 2004.

8. Anexo 1- Instrumentos Utilizados

RELEVAMIENTO FINANCIADORES EN ALTA COMPLEJIDAD

TEMAS A RELEVAR, **aplicable a financiadores** con beneficiarios en las Jurisdicciones NOA. Ver el listado de intervenciones adjunto.

1. Población bajo cobertura, en cada una de las siguientes provincias

Cobertura del ente financiador	
	Población cubierta en %
Salta	
Jujuy	
Santiago	
Tucuman	
Catamarca	
La Rioja	

2. Cuáles son las modalidades de contratación de prestadores para estas secuencias de AC (se especifica listado) a nivel nacional, provincial, local?.

Modalidades de contratación para las intervenciones mencionadas en				
	Cardio	Neuro	Oncó	Imágenes
Pago por prestación				
Pago por módulo cerrado				
Pago por módulo abierto				
Pago capitado				
Otros (especificar)				

3. Rankear los criterios de selección (acreditación, estándares de calidad, aranceles, etc) para los prestadores contratados? (1 es primera prioridad)

Prioridades en el criterios de selección de prestadores (1 al 6 para cada intervención)				
	Cardio	Neuro	Onco y OH	Imágenes
Acreditación				
Estandares de calidad				
Bajos aranceles				
Discreción				
Cercanía geográfica				
Trayectoria				
Otros (especifique)				

4. Disponen de centros de derivación convenidos en cada jurisdicción ó a nivel nacional? Cuáles? Existe un mecanismo formalizado de derivaciones?

Convenios con prestadores de mayor complejidad en								
	Cardiología		Neurología		Onco y oncohematología		Imágenes	
	Formal	No formal	Formal	No formal	Formal	No formal	Formal	No formal
Salta								
Jujuy								
Santiago								
Tucuman								
Catamarca								
La Rioja								
Córdoba								
Buenos Aires								
Otro1 (cuál)								
Otro2 (cuál)								

5. Existen Proyectos ó perspectivas de desarrollos de capacidades prestacionales propias?
6. Disponen de un mecanismo formal para el seguimiento de los pacientes que reciben prestaciones dentro del listado especificado? (Referencia-Contrarreferencia. Modalidades clínicas y arancelarias)
7. Identifica una tendencia temporal o hitos en cuánto al aumento o decremento de las intervenciones a financiar en alta complejidad? Y de sus costos?
8. Dispone de estadísticas de utilización de servicios, para cada Jurisdicción ó globales?
9. Se requiere consolidar los datos con entes-unidades ejecutoras provinciales?

Cuestionario para centros prestadores

Institución:

Tipo (Empresa privada/Fundación)

Especialidad:

Entrevistado (nombre y cargo):

1) ¿Cuales son los principales servicios que brinda su institución? Detallar respecto del listado adjunto en Cardiología/Cardiociugía/Hemodiamia, Onco/Oncohematología, Neuro/Neurocirugía y Dx por imágenes.

Intervenciones limitadas por equipamiento		
	Realiza por mes	No realiza y deriva a
Neurología y Neurocirugía		
Biopsia estereotaxica		
Angioresonancia o angiografía por sustracción		
Cardiología y Cirugía cardiovascular		
Procedimientos con ECMO		
Ablación por radiofrecuencia		
Oncología y Oncohematología		
Radioterapia con acelerador lineal		
Plasmaferesis		
Dx citogenético o inmunomarcación		
Biopsia guiada por TAC		
Intervenciones no limitadas por equipamiento		
	Realiza por mes	No realiza y deriva a
Neurología y Neurocirugía		
Clipaje abierto o embolización de malformaciones vasculares		
Reparación de defectos vertebromeningomédulares		
Cirugía de tumores intracraneales		
Cardiología y Cirugía cardiovascular		
CCG con angioplastia o stent		
Endarterectomia o trombectomia de vasos de cuello		
By-pass arteriales coronarios o periféricos		
Cirugía neonatal de cardiopatías congénitas		
Oncología y Oncohematología		
Trasplante autólogo de MO		
Trasplante alogénico de MO		
Cirugía oncológica de alta complejidad		

2) ¿Qué proporción de sus pacientes proviene de otras provincias para las intervenciones mencionadas? De cuáles?

Pacientes que vienen de	
	Proporción
Salta	
Jujuy	
Santiago	
Tucuman	
Catamarca	
La Rioja	

3)¿Qué instituciones financian la atención de los pacientes que requieren las practicas que se especificaron anteriormente? (proporción estimativa de PAMI, OSP, OSN, prepagas, Sector público provincial o municipal, ONGs, otros)

Intervenciones financiadas por	
	Proporción
Sector Público Prov	
OSP	
PAMI	
OS Nacionales	
Prepagas	
PROFE	
Otros (cuáles)	

4)¿Tienen convenios formales con los financiadores respecto de las derivaciones? ¿En qué consisten? ¿Cuáles son los criterios por los que los financiadores los seleccionan y contratan?

	Convenios con financiadores en				Contratado por	
	Cardiología	Neurología	Onco y Oncohemato	Imágenes		Prioridad 1 al 5
Salta					Su trayectoria	
Jujuy					Su Calidad	
Santiago					Su certificación	
Tucuman					Sus aranceles	
Catamarca					geografica	
La Rioja					Discreción	

5)¿En qué estado son derivados los pacientes? (derivación programada Vs. de urgencia; clínicamente compensados? Nota diferencias según la provincia de residencia o según la institución que deriva y financia? Ejemplos.

6)¿En que punto de la secuencia de atención se agota la capacidad de resolución para los problemas del listado mencionado, debiendo derivar los pacientes a centros de mayor complejidad?

7)¿Cómo se define a donde son derivados los pacientes que requieren mayor complejidad, por ejemplo en Buenos Aires?

8)¿Mantienen vínculo con algún centro o equipo regional o nacional para el estudio ó el seguimiento ulterior de pacientes?

9)¿Mantienen vínculo con algún centro o equipo regional/nacional para la pasantía ó capacitación de profesionales/técnicos?

10)¿Existe un patrón temporal estacional o hitos en la historia que hubieran incrementado o disminuido el flujo de derivaciones?

Cuestionario para centros privados de derivación en CABA

Institución:

Tipo (Empresa privada/Fundación)

Especialidad:

Entrevistado (nombre y cargo):

1)¿Cuales son los principales servicios que brinda su institución? Detallar en Cardiología/Cardiociugía/Hemodíalisis, Onco/Oncohematología, Neuro/Neurocirugía y Dx por imágenes.

2)¿Cuál/cuáles de estas prestaciones es/son las que más derivaciones motiva desde el NOA?

3)¿Qué proporción de sus pacientes son derivados de las provincias? ¿Y específicamente del NOA?

4)¿Qué instituciones financian la atención de esos pacientes? (proporción estimativa de PAMI, OSP, OSN, prepagos, Sector público provincial o municipal, ONGs, otros)

5)¿Tienen convenios con las autoridades provinciales y otras instituciones respecto de las derivaciones? ¿En qué consisten?

6)¿En qué estado son derivados los pacientes? (derivación programada Vs. de urgencia; clínicamente compensados? correctamente estudiados?) Nota diferencias según la provincia de residencia o según la institución que deriva y financia? Ejemplos.

7)¿Cómo se resuelve el alojamiento y los gastos diarios de los familiares acompañantes? Quién los financia?

8)¿Conoce instituciones que podrían llevar adelante estas intervenciones en el NOA, sin la necesidad de derivar los pacientes a Buenos Aires?¿Cuáles son?

9)¿Mantienen vínculo con algún centro o equipo provincial/regional para el estudio ó el seguimiento ulterior de pacientes?

10)¿Mantienen vínculo con algún centro o equipo provincial/regional para la pasantía ó capacitación de profesionales/técnicos?

11)¿Existe un patrón temporal estacional que afecte el flujo de derivaciones?

12)¿Qué hitos históricos/políticos/sanitarios afectaron en más o en menos el flujo de derivaciones?

Provincia	Apellido	Nombre	Institución	Cargo
Catamarca	Contreras	Jorge	PAMI	Director UGL
Catamarca	Jalil	Fernando	FECLISA	Presidente
Catamarca	Scaltritti	Mario	Ministerio de Salud	Director provincial de Medicina Asistencial
Catamarca	Marcolli	Mario	Hospital de Niños	Director
Catamarca	Del Valle Pioli	Graciela	Ministerio de Salud	Secretaria Técnica de Gabinete
Catamarca	Lencina	Victor	Obra Social Provincial	Ex Vicegerente
La Rioja	Bravi	Luis	PAMI	Director UGL
La Rioja	Herrera	Carlos	Obra Social Provincial	Subadministrador
La Rioja	Corradin	Silvia	INCOR. Instituto del Corazón	Socia dueña
La Rioja	Santander	Walther	INCOR. Instituto del Corazón	Director Médico
La Rioja	Mercado Luna	Elena	Sanatorio Mercado Luna y FECLISA	Presidente
La Rioja	Diconca		Sanatorio ERI	Director Médico
La Rioja	Salinas	Fabiana	SIGNA Imágenes	Directora
La Rioja	Albarracín	Adrian	Colégio Médico	Administrador
La Rioja	Cerezo		Ministerio de Salud	Dir Gral de Auditoría y Apoyo Sanitario
Santiago	Rojas	Carlos	Hospital Regional	Subdirector
Santiago	Chazarreta		FECLISA	Presidente
Santiago	Yunes	Aldo	Clínica YUNES	Administrador y Dueño
Santiago	Ballarino	Daniel	Sanatorio 9 de Julio	Director Médico
Santiago	Riaño	Teresita	Obra Social Provincial	Gerente de Servicios Sociales
Santiago	Rojo	Alvaro	PAMI	Director UGL
Santiago	Alvarez	Ernesto	Instituto de Diagnóstico	Director Médico y Dueño
Santiago	Carrizo	Roberto	Instituto de Cardiología	Administrador
Tucuman	Castagnaro		Obra Social Provincial	Directora
Tucuman	Pasos	Alfonso	Sanatorio Galeno	Socio Dueño y Director
Tucuman	Socolsky	Ricardo	Gamma	Director y Dueño
Tucuman	Delgado	Elsa	Sanatorio Parque	Directora Medica
Tucuman	Cordero	Jose	Instituto de Cardiología	Administrador
Tucuman	Fernandez	Olga	PAMI	Directora UGL
Tucuman	Laguzzi	María de los A	MATSA Imágenes	Administradora
Tucuman	Juarez	Gladys	Clinica Radiológica Plinio Gonzales	Administradora
Tucuman	Dantur	Julio	Centro Privado de Cardiología	Director Médico y Dueño