



Salud Sexual y Reproductiva e Impacto de las Reformas en Salud en Argentina

Daniel Maceira¹
CEDES, Buenos Aires

1. El sistema de salud en Argentina. Características Generales

El sistema de aseguramiento social en Argentina se puede definir como amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de fondos participantes, con creciente transferencia de riesgo hacia los proveedores y en un mercado estado de separación entre las funciones de aseguramiento y provisión. La legislación surgida durante los últimos años propone un sistema con mayor concentración de fondos y a la generalización de un paquete médico obligatorio financiado con subsidios cruzados entre personas de diferentes ingresos y riesgos. La autogestión hospitalaria, aunque incompleta, permitiría una más efectiva facturación de los servicios públicos prestados a afiliados de las obras sociales, reduciendo los subsidios del pasado. Sin embargo, la crisis de empleo y la devaluación contrajo las fuentes de financiamiento totales del sistema, con consecuencias sobre el sostenimiento del modelo prestador.

La cobertura de servicios de salud en Argentina se encuentra compartida entre el sector público, el sector de Obras Sociales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión de servicios de salud, como en términos de financiamiento y coordinación en aseguramiento social. Aproximadamente el 9% de la población cuenta con cobertura de salud a partir de contribuciones individuales a alguna de las 150 empresas de medicina prepaga existentes. A pesar del gran número de compañías presentes en el mercado, sólo un 10% de ellas cubren el 50% de los afiliados del subsector.

El sistema de aseguramiento social –las instalaciones dependientes del Ministerio de Salud y las instituciones de seguridad social (*Obras Sociales*)- cubren 91% de la población, de acuerdo a la información provista por la Superintendencia de Salud de la Nación para el año 2002 (Tabla 1). En Argentina existen tres tipos de instituciones de seguridad social: (1) las Obras Sociales Nacionales, alrededor de 270 instituciones organizadas por rama de actividad productiva, gerenciadas por los sindicatos de trabajadores, y coordinadas por una institución de carácter nacional (ANSeS), (2) las Obras Sociales Provinciales, 24 instituciones a las que se encuentran afiliados los empleados públicos de cada provincia, y

¹ Investigador Titular, Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Se agradece la colaboración de Ignacio Apella, Cynthia del Río y Pablo Sued en la elaboración de este informe.
Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

(3) el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral), concentrado en la cobertura de los jubilados y pensionados.

Tabla 1.1
Cobertura por Subsector (2002)

(en millones de personas y en % del total)

Obras Sociales Nacionales	10,8	30%
Obras Sociales Provinciales	5,1	14%
PAMI	3,2	9%
Prepagas	3,3	9%
Cobertura pública teórica	<u>13,8</u>	<u>38%</u>
Total de Beneficiarios	36,2	100%

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud

Las *Obras Sociales Nacionales (OSNs)* son instituciones definidas por actividad productiva, con gran dispersión en ingresos y cobertura. Treinta de ellas dan cuenta de 5,7 millones de beneficiarios, o sea el 73% del total y el 75% de la recaudación. Durante los últimos años el total de ingresos del grupo se ha incrementado, pero su distribución se tornó más inequitativa, debido a los cambios de salarios relativos en el mercado de trabajo, y al nivel de ocupación por rama de actividad. Hasta 1998 la pertenencia a la Obra Social se encontraba asociada a la ocupación del afiliado, lo que impedía la competencia entre instituciones. Actualmente, el cambio de afiliación entre *OSNs* es posible.

Su financiamiento proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 5% constituye el aporte del empleador, recientemente alterado. Del total de ingresos por Obra Social, la Administración Federal de Ingresos Públicos retiene (1) un 0.9%, que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, gerenciado por el ANSeS, cuya función es aumentar la equidad en la distribución de recursos entre entidades, y (2) los gastos generados por prestaciones a afiliados de la Obra Social en hospitales públicos de autogestión.

El Fondo de Redistribución se utiliza para cubrir la diferencia entre la cotización del trabajador y la cápita del Programa Médico Obligatorio (PMO), fijado en 40 pesos mensuales por titular. De este modo busca asegurar la solidaridad del sistema y una cobertura mínima. Sin embargo, el ANSeS sigue manteniendo discrecionalidad sobre el resto de los subsidios (cerca de 7 millones de pesos mensuales).

El alto nivel de dispersión de afiliados entre Obras Sociales provoca un aumento en el costo medio de administración. Al mismo tiempo, los gerentes de Obras Sociales buscan reducir el riesgo asociado con variables macroeconómicas. Ello lleva a un aumento de la intermediación –con el consecuente incremento en los gastos de administración y en los excedentes de intermediación (loading fee) - y a una mayor transferencia de riesgo a los proveedores de servicios. Dados los niveles de competencia en el mercado privado de prestación de servicios de salud, mantener capacidad instalada ya no parece eficiente para las obras sociales. Los precios testigos que generaban la posibilidad de atención dentro de



los propios servicios de las OSNs fueron reemplazados por prácticas de revisión de utilización de los nuevos administradores de riesgo. La consecuencia es una reducción a la mitad de las camas propias y en un 25% de los establecimientos entre 1980 y 1995.

Tabla 1.2
Camas disponibles según dependencia administrativa (Ministerio de Salud, 1995)

<i>Año</i>	<i>oficial</i>	<i>obras sociales</i>	<i>privada</i>	<i>mixta</i>	<i>total</i>
1980	91.034	8.045	46.611	-	145.690
1995	84.094	4.375	67.198	82	155.749

Fuente: Dirección de Estadísticas Sanitarias, Ministerio de Salud, Buenos Aires.

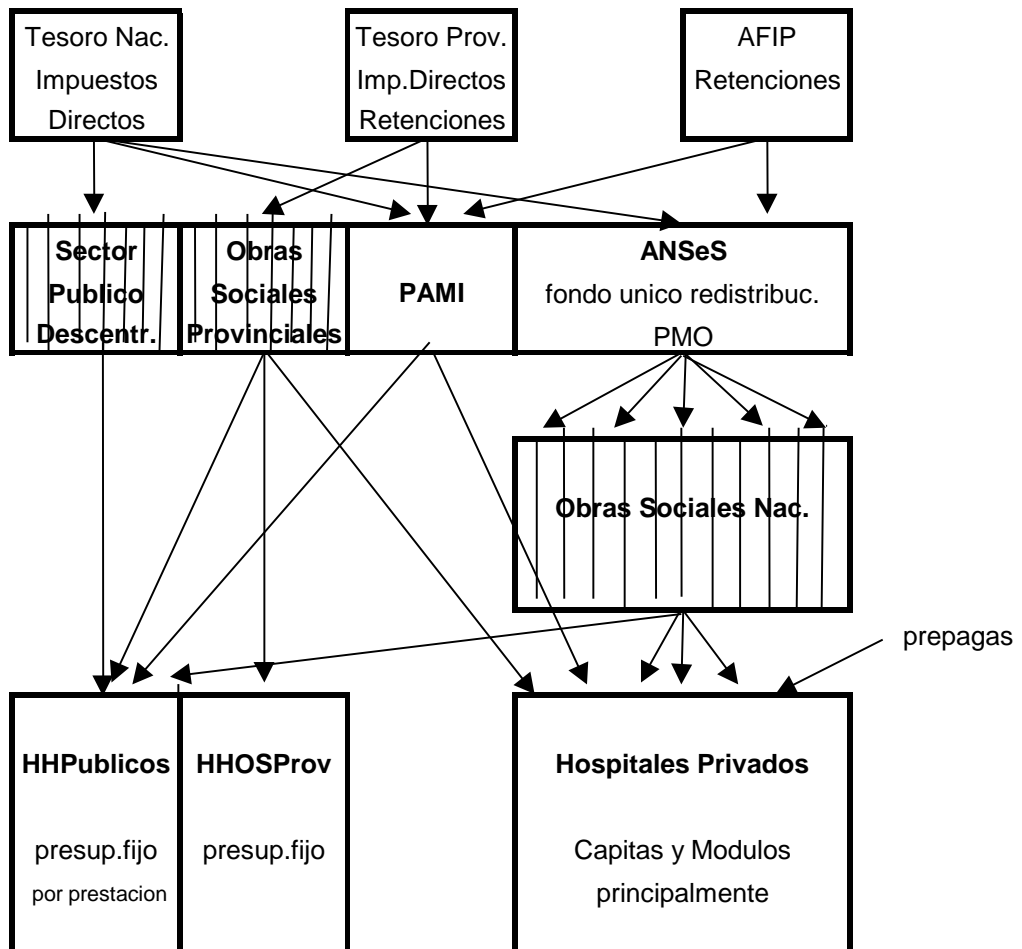
El **PAMI** es la institución de aseguramiento social más importante del país, y por tanto constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico. Opera no sólo en el área de servicios de salud, sino también en recreación, asistencia geriátrica y funeraria. Su financiamiento proviene de varias fuentes: (1) los aportes y contribuciones de los trabajadores en actividad, equivalente al 5% del salario -3% aporte personal y 2% patronal-, (2) el aporte de los pasivos, que varía entre 6 y 3% de sus ingresos, según estos superen o no el haber mínimo, y (3) contribuciones del tesoro nacional, que constituyen el 20% de los ingresos. Para 1999, el gasto del PAMI –después del pago de intereses de deudas y contraprestaciones a hospitales públicos de autogestión- fue de 2.700 millones de dólares, de los cuales el 70% se destinó a la prestación de servicios de salud. De ese porcentaje, el 76% correspondió a servicios subcontratados, principalmente vía capitación.

Por cada una de las veintitrés provincias, la capital federal y Buenos Aires, existe una **obra social provincial (OSProv)**, que brinda cobertura de salud a los empleados públicos de cada jurisdicción. Juntamente con el PAMI y el sector público, estas instituciones dan cuenta de más de la mitad del financiamiento de los servicios de salud provincial. Los niveles de cobertura varían entre provincias, con un mínimo en la provincia de Buenos Aires, cuya obra social financia la provisión del 8% de la población, en tanto que en Catamarca o Jujuy este porcentaje supera el 40%. En promedio, la mayoría de las **OSProvs** cubren entre 11 y 30% de la población total de su jurisdicción. Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de los empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador, por lo que no existen mecanismos de coordinación o administración conjunta de fondos entre ellas. Como los órganos estatales son también los agentes de retención de los aportes y contribuciones por provincia, y al depender éstos de las programaciones presupuestarias de las respectivas Secretarías de Hacienda, los flujos de ingresos de las obras sociales están sujetos a los desequilibrios y disponibilidades financieras de cada gobierno. Por este motivo se ha recurrido a sistemas de arancelamiento diferenciado, los que actualmente se aplican en trece de las veintitrés instituciones.

Al igual que con las Obras Sociales Nacionales, se observa una generalización en los mecanismos de transferencia de riesgo a los proveedores, ya sea en los mecanismos de

pago, como en el proceso de desintegración vertical en la prestación de servicios. A principios de 1995 los pagos capitados ya contribuían con una tercera parte de los mecanismos contractuales, y en muchas provincias los sistemas de módulos (del tipo DRGs en los Estados Unidos) se han generalizado. Asimismo, el nivel de terciarización de servicios en hospitales públicos es mayor que entre las *OSNs*.

Figura 1.1
ARGENTINA
varios fondos - descentralización publica - red contratos privados





En conclusión, Argentina cuenta con una intrincada red de provisión de servicios de salud, mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social. Ellas, junto a las instituciones públicas, dan cobertura teórica a más del 90% de la población. Si bien las fuentes de financiamiento son fundamentalmente contribuciones salariales y aportes impositivos al tesoro público, estos fondos no alimentan un sistema de aseguramiento social único, sino que se dispersan entre el fondo PAMI, con contribuciones solidarias de activos y pasivos, los fondos provinciales, y las Obras Sociales Nacionales gerenciadas centralmente por el ANSeS. A diferencia de la mayoría de los sistemas de aseguramiento de otras naciones de la región, en la Argentina existe una marcada separación entre instituciones aseguradoras –ya sean ellas Obras Sociales, prepagas o fondos especiales-, y la esfera prestadora de servicios, crecientemente privada. La red de subcontratación es amplia, como así también la variedad de instituciones intermediarias, los mecanismos de incentivos presentes en los contratos y los sistemas de transferencia de riesgo, incluso dentro de los mismos centros de salud.

2.- Descentralización y equidad en salud

A partir de finales de la década de los ochenta, la República Argentina transita un proceso de profundización en su estrategia descentralizadora de servicios de salud. En este proceso, las provincias recuperan la soberanía sobre las decisiones de gasto como también en el diseño de su estrategia para la prestación de servicios de salud. Por su parte, al gobierno nacional solo le cabe la intervención a través de tres mecanismos. Estos son:

- El marco regulatorio a través del cual operan las instituciones de salud.
- La aplicación de programas específicos donde el tema de salud sexual y reproductiva reviste especial importancia, y
- Mecanismos directos de transferencias de recursos a las provincias.

A diferencia de otros países federales, la Argentina cuenta con un sistema de salud ampliamente descentralizado. Como puede observarse en la Tabla 2, el gasto provincial en salud ya sea en valores per cápita o como porcentaje del gasto en salud del presupuesto ejecutado provincial es muy heterogéneo entre jurisdicciones.

Para el año 1993 se observa una gran dispersión entre el gasto per cápita mínimo y máximo en el área de salud. Así, las erogaciones medias correspondientes a la provincia de Tierra del Fuego (400 pesos) son seis veces el gasto correspondiente a la provincia de Buenos Aires (63 pesos). Esta dispersión se incrementa hacia el año 2000, donde el gasto per cápita máximo, correspondiente a la provincia de Santa Cruz es siete veces el de la provincia de Corrientes, con la menor erogación promedio para ese período.

Tabla 2.1: Gasto en Salud per Cápita Provincial y Porcentaje del Gasto en Salud Provincial sobre el Total del Gasto Público, por provincia en pesos constantes de 1999, (1993-2000)⁽¹⁾

Jurisdicción	1993		2000		Variación 93-00	
	Gasto Provincial en Salud per Capita ⁽²⁾	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial	Gasto Provincial en Salud per Capita	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial	Gasto Provincial en Salud per Capita	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial
Buenos Aires	63.23	11.28%	76.58	9.88%	21.12%	-12.36%
Catamarca	133.90	8.10%	137.46	8.31%	2.65%	2.57%
Córdoba	114.05	13.15%	64.62	7.97%	-43.34%	-39.44%
Corrientes	83.85	11.14%	49.87	9.13%	-40.52%	-18.04%
Chaco	83.55	9.54%	108.94	9.45%	30.40%	-0.91%
Chubut	165.71	11.47%	157.09	11.82%	-5.20%	3.09%
Entre Ríos	96.97	10.56%	118.61	10.01%	22.31%	-5.20%
Formosa	107.08	6.96%	120.42	8.50%	12.46%	22.16%
Jujuy	118.63	9.88%	104.63	8.81%	-11.81%	-10.78%
La Pampa	197.56	11.41%	199.13	11.00%	0.80%	-3.65%
La Rioja	143.04	6.85%	217.61	8.71%	52.13%	27.13%
Mendoza	82.32	8.96%	89.23	9.21%	8.39%	2.73%
Misiones	82.17	10.15%	73.78	8.12%	-10.21%	-20.01%
Neuquén	204.63	10.24%	230.43	11.43%	12.61%	11.62%
Río Negro	156.39	9.27%	109.65	8.83%	-29.89%	-4.74%
Salta	118.28	13.94%	114.27	12.38%	-3.39%	-11.18%
San Juan	133.65	10.83%	128.28	11.56%	-4.02%	6.72%
San Luis	137.10	11.32%	142.30	10.46%	3.79%	-7.65%
Santa Cruz	236.95	9.25%	344.01	8.99%	45.18%	-2.87%
Santa Fé	65.89	8.98%	66.14	7.88%	0.38%	-12.27%
Santiago del Estero	98.56	9.45%	114.01	11.06%	15.68%	17.07%
Tierra del Fuego	400.43	11.80%	289.24	8.63%	-27.77%	-26.88%
Tucumán	72.91	10.58%	74.76	9.16%	2.54%	-13.35%
G.C.B.A	276.04	27.62%	286.44	28.04%	3.77%	1.49%
Promedio Total	140.54	10.95%	142.40	10.39%		

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

Nota:

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

(2) La población tomada es una estimación realizada por el INDEC para el año 1995

Si se considera la variación del gasto entre los dos periodos (1995-2000) se verifica que el cambio porcentual en la evolución histórica de los mismos también muestra una gran dispersión entre provincias. En aquellas provincias con variaciones negativas en el peso del gasto provincial en salud sobre el total de gasto provincial se encuentran jurisdicciones como la provincia de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. En ellas el proceso de municipalización del gasto fue más profundo que en otras jurisdicciones, restándole protagonismo al ministerio provincial. En otras provincias, como Corrientes, Misiones, Salta y Tucumán, la caída es significativa y en todos los casos superior al 12 %. En general estas jurisdicciones se encuentran dentro del grupo con menores ingresos relativos, lo que

redunda en aumentos en la brecha de equidad en el acceso financiero a los servicios de salud por parte de habitantes promedio de distintas jurisdicciones.

En Argentina, a diferencia de otras naciones federales, el sistema de asignación de recursos por parte del gobierno nacional es limitado y cada jurisdicción cuenta con amplia potestades para definir las líneas presupuestarias que componen sus estructuras de gasto. A modo de comparación, el caso de Brasil muestra como el gobierno federal, a partir de planes operativos anuales elaborados por los municipios y los estados, transfiere fondos de rentas generales a cada una de las jurisdicciones en función de la población que habita cada una de ellas. De esta manera, el sistema único de salud brasileiro (SUS), garantiza teóricamente un paquete de asistencia básica a partir del cual organiza su sistema de salud estadual. En el caso argentino, alternativamente, el sistema provincial se alimenta de fondos propios y de recursos coparticipables del gobierno federal, los cuales son incluidos en el presupuesto de la provincia. Dichos fondos se destinan a las distintas áreas de acción pública en función de las prioridades establecidas por cada provincia.

Las Figuras 2.1 y 2.2 muestran una importante disparidad en la asignación de recursos. En tanto que durante el período 1993-2000, la media nacional se ubica en los 150 pesos constantes de 1999 para todos los años en estudio, la dispersión es extremadamente amplia. En el caso de Santa Cruz, por ejemplo, su asignación se mantiene siempre por encima del promedio nacional, con una mínima en 240 pesos constantes incrementándose levemente en el año 2000 donde casi alcanza los 350 pesos. Otras jurisdicciones, como Corrientes y Córdoba muestran un proceso inverso, generando una caída sustantiva en la asignación de recursos en términos de moneda constante. Sin embargo la Figura 2.3 establece un criterio alternativo de comparación: si estos gastos en salud se perciben como porcentaje del gasto total de cada una de las provincias, como modo de establecer el nivel de prioridad de las políticas sanitarias en la estrategia de cada gobierno provincial, se establece una cierta convergencia para todas las jurisdicciones, que convergen en porcentajes entre el 8 y el 9,5 %.

Figura 2.1

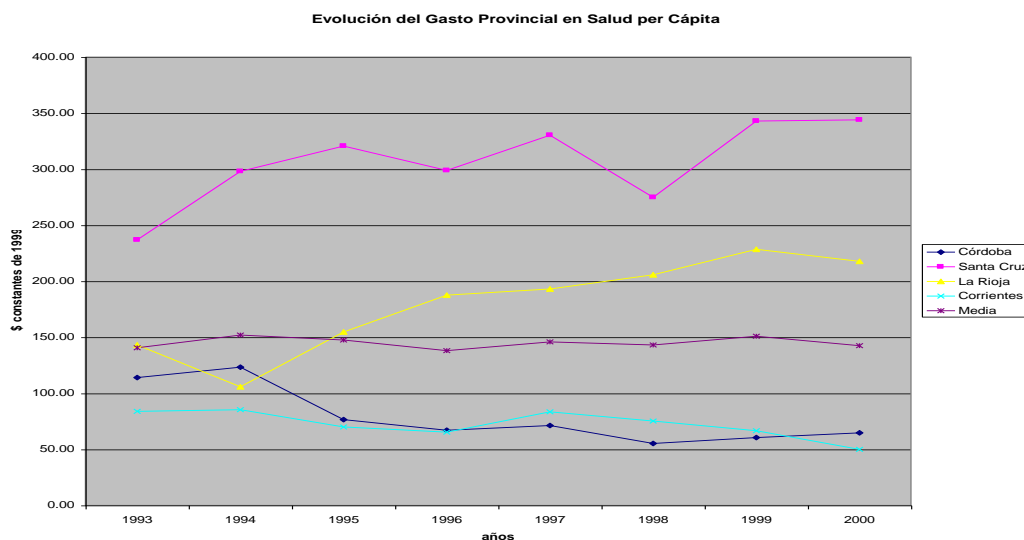
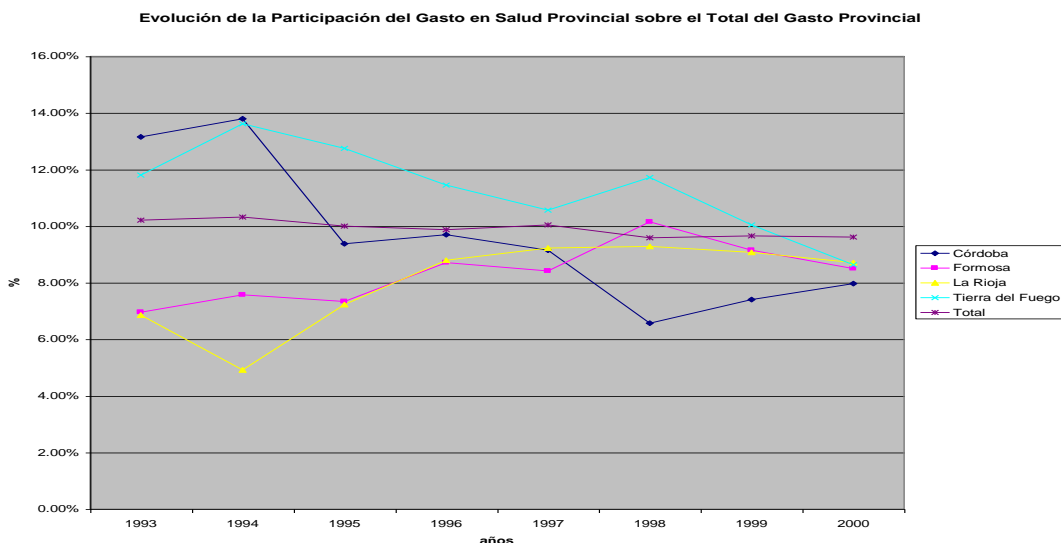


Figura 2.2



En la Tabla 2.2 se muestra la evolución del gasto provincial per cápita expresada en pesos constantes de 1999 para el periodo 1993-2000 y para cada jurisdicción argentina. Se observa como el comportamiento del gasto provincial en salud ha fluctuado a lo largo de esta última década en forma diferenciada entre provincias. Esto se encuentra asociado con el modo en que cada una de las jurisdicciones establece su estrategia en salud pública a partir de la transferencia de los hospitales y centros de salud por parte de la nación al final de la década pasada. A partir de entonces, cada una de las provincias ha establecido sus propios mecanismos de reforma atendiendo a iniciativas individuales, en función de las necesidades de su población y a sus estructuras de oferta, como así también al peso relativo de los distintos actores en el financiamiento y la provisión de sus servicios de salud.

Como puede observarse en la Tabla 2.3, la cobertura en cada provincia de los distintos subsistemas de aseguramiento social también refieren a la heterogeneidad señalada en el sector público. La Tabla muestra el porcentaje de la población que cuenta con algún sistema de aseguramiento formal (Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales y PAMI) por jurisdicción y para el 2001/2. Como última columna se calcula por diferencia el porcentaje de la población sin cobertura declarada, y que constituye el segmento que acude al sector público como fuente tradicional de servicios².

En diez jurisdicciones, las obras sociales nacionales cubren por al menos un tercio de la población, y en tres de ellas su participación se encuentra por encima del 40%. Tal es el caso de la ciudad de Buenos Aires y las provincias de Santa Fe y La Pampa. En el

² La falta de información de seguros privados por jurisdicción limita este análisis. De cualquier modo, su peso en el total nacional es reducido 9%, con menor incidencia en el interior del país.

extremo opuesto, provincias como Formosa, Neuquén y Santiago del Estero tienen una cobertura de OSN menores al 25%.

Tabla 2.2: Evolución del Gasto Provincial en Salud per Capita (1993-2000), expresada en pesos constantes de 1999.

(1)

Jurisdicción	1993 ⁽²⁾	1994 ⁽²⁾	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Buenos Aires	63.23	58.37	60.89	66.97	68.29	73.61	84.21	76.58
Catamarca	133.90	144.50	129.93	129.43	168.39	125.56	163.38	137.46
Córdoba	114.05	123.30	76.55	67.10	71.33	55.22	60.47	64.62
Corrientes	83.85	85.33	70.04	65.43	83.46	75.30	66.68	49.87
Chaco	83.55	88.04	95.17	96.53	109.98	113.15	113.47	108.94
Chubut	165.71	189.92	164.97	165.37	163.77	164.02	165.24	157.09
Entre Ríos	96.97	104.05	110.02	99.02	102.00	127.48	169.88	118.61
Formosa	107.08	118.90	110.68	112.78	128.77	151.51	144.17	120.42
Jujuy	118.63	126.53	121.15	106.78	108.38	110.59	108.94	104.63
La Pampa	197.56	208.58	193.62	185.21	201.45	200.59	212.62	199.13
La Rioja	143.04	105.76	154.72	187.55	193.15	205.69	228.46	217.61
Mendoza	82.32	79.16	88.86	83.26	85.02	91.16	91.07	89.23
Misiones	82.17	77.70	76.23	69.28	76.36	87.06	78.83	73.78
Neuquén	204.63	200.53	212.87	182.11	188.75	194.38	223.56	230.43
Río Negro	156.39	152.02	137.72	119.74	115.43	111.59	112.30	109.65
Salta	118.28	118.15	110.61	104.69	116.08	106.35	112.65	114.27
San Juan	133.65	133.65	133.65	132.48	131.36	130.30	129.27	128.28
San Luis	137.10	158.81	148.77	139.60	142.54	103.52	113.65	142.30
Santa Cruz	236.95	298.02	320.53	298.87	330.33	274.74	342.92	344.01
Santa Fé	65.89	67.11	63.44	61.92	60.65	57.84	66.15	66.14
Santiago del Estero	98.56	101.98	97.35	89.40	97.42	100.76	105.07	114.01
Tierra del Fuego	400.43	553.28	522.19	401.14	413.72	436.66	372.69	289.24
Tucumán	72.91	86.98	79.62	81.29	72.63	69.44	75.20	74.76
G.C.B.A	276.04	267.51	260.93	268.42	272.23	266.75	280.58	286.44
Total	3,097	3,381	3,280	3,046	3,229	3,167	3,341	3,131

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

Nota:

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

(2) La población tomada es una estimación realizada por el INDEC para el año 1995

En el caso del PAMI la cobertura poblacional oscila generalmente entre el 5 y 10 por ciento. La ciudad de Buenos Aires se ubica por encima de esta banda con el 14% mientras que las provincias de Tierra de Fuego y Formosa se ubican por debajo con un 2 y 3% respectivamente. Las obras sociales provinciales también muestran una amplia dispersión. Generalmente, las jurisdicciones más pobres asociadas con el norte del país cuentan con una cobertura de las obras sociales provinciales mucho más amplia que la región patagónica y pampeana. Esto esta asociada a la capacidad de la provincia de generar empleo diferente al empleo público y por tanto se correlaciona con su capacidad productiva. En provincias como Catamarca, Salta y La Rioja, la población con cobertura de OSP se encuentra por encima del 25% mientras que en Mendoza, Chubut, Santa Fe y Córdoba están por debajo del 20%.

Tabla 2.3
Cobertura de la Población por Jurisdicción por Tipo de Seguro Social Año 2001

Provincia	% Población con Cobertura de Sin Cobertura de			
	OSN	PAMI	OSP	SS
Ciudad de Buenos Aires	74	14	s.d.	12
Buenos Aires	38	10	8	44
Río Negro	36	6	20	38
Neuquén	24	4	25	47
Tierra del Fuego	37	2	26	35
La Pampa	42	9	22	27
San Luis	36	6	15	43
Chubut	39	6	18	37
Mendoza	32	8	18	42
Tucumán	28	8	25	39
Santa Fe	40	11	14	36
Córdoba	36	10	16	38
Salta	26	6	34	34
San Juan	33	7	24	36
Entre Ríos	35	10	22	33
La Rioja	27	5	44	24
Misiones	28	5	12	55
Santa Cruz	32	5	32	31
Santiago del Estero	21	8	17	54
Catamarca	25	5	46	24
Jujuy	29	6	25	40
Corrientes	24	6	18	52
Chaco	26	6	18	50
Formosa	14	3	26	57
Total	38	9	14	34

Fuente: en base a datos de CEDES, Superintendencia de Servicios de Salud e INDEC.

A partir de esta población con cobertura formal de la seguridad social, el sector público establece una cobertura teórica. La misma esta inversamente asociada con la establecida por el resto de los subsistemas de aseguramientos social. Provincias como Santiago del Estero, Chaco, Formosa, Misiones y Corrientes cuentan con una cobertura teórica del sector público superior al 50% en tanto que jurisdicciones como Ciudad de Buenos Aires, La Rioja y Catamarca muestran una cobertura teórica del sector público inferior al 25%.

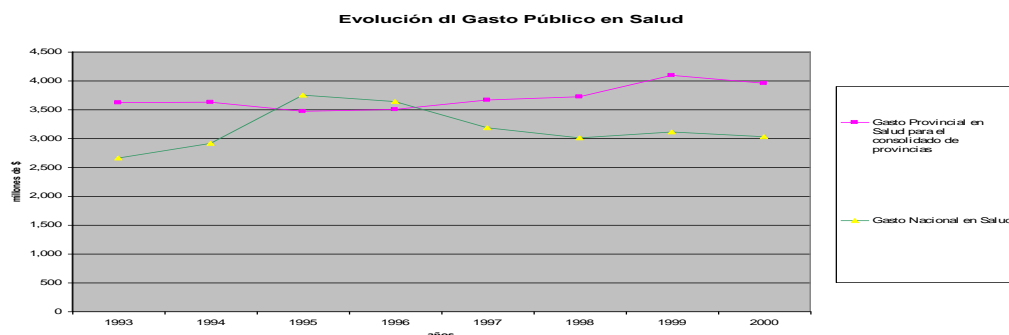
La dispersión tanto en cobertura como en financiamiento de las distintas jurisdicciones, caracteriza al sistema descentralizado y fragmentado de salud en Argentina. Es por eso que este trabajo propone identificar dos provincias dentro de este sistema descentralizado, con distintas características no solamente en términos de necesidades

básicas insatisfechas y acceso a los servicios de salud, sino también a la estructura de la oferta de los servicios, a fin de establecer comportamientos alternativos al interior de un país federal. Los casos seleccionados son Chaco y Mendoza que, de acuerdo con lo observado en las tablas anteriores establecen comportamientos dispares no sólo en cuanto a la evolución del gasto, sino en cuanto a la participación de distintos mecanismos de aseguramiento social en el financiamiento y prestación de servicios de salud.

Dentro de este marco general del sistema descentralizado argentino cabe preguntarse cual es papel que desempeña el sector público nacional. Como se estableció al principio de esta sección el gasto público del gobierno nacional se focaliza en tres aspectos. El primero de ellos es la definición del marco regulatorio. Esto comprende la habilitación y certificación de profesionales e instituciones de salud como así también la definición de las reglas generales de juegos sobre las cuales las provincias establecen sus propias normativas. En segundo lugar se menciona la atención de sectores específicos a fin de, al menos teóricamente, establecer pautas de equidad entre grupos sociales. Estas diferencias de recursos pueden estar asociadas con las capacidades/limitaciones de generar ingresos, como así también a las diferencias en estrategias de salud. En tercer lugar se mencionan las transferencias directas de recursos hacia los sistemas de salud provinciales, que contrarresten las diferencias de recursos entre provincias descentralizadas.

La figura 2.3 muestra la evolución de gasto público en salud. Los datos indican que el gobierno nacional contribuye en aproximadamente el 40% de gasto, en tanto que las provincias aportan el 60% restante durante el periodo analizado.

Figura 2.3



Estos valores resaltan desde dos perspectivas. En primer lugar, resulta importante, a la luz de los supuestos mecanismos federales de intervención, poder conocer cual es la estructura de gasto del sector público nacional en salud considerando que el manejo y gerenciamiento de los recursos en infraestructura en salud se encuentra a cargo de las

provincias. Segundo cabe analizar la desagregación de ese 40% del gasto en salud aportado por la nación y en que medida se asocia con mecanismos pro equidad.

La Tabla 2.4 muestra para el año 1999 y para el año 2000 las transferencias tanto corrientes como de capital realizadas por el gobierno nacional a cada una de las jurisdicciones provinciales en millones de pesos constantes de 1999. También se muestra el peso relativo que tienen estas transferencias en el porcentaje del gasto provincial en salud para cada uno de los dos periodos seleccionados.

Tabla 2.4: Transferencias de Nación a Provincias destinadas al Sector Salud y Proporción del Gasto Total Provincial en Salud, por provincia, en millones de pesos constantes de 1999

Provincias	Transferencias Corrientes 99	Transferencias de Capital 99	Transeferencias 99	% del Gasto Provincial en Salud 99	Transferencias Corrientes 00	Transferencias de Capital 00	Transeferencias 00	% del Gasto Provincial en Salud 00
Buenos Aires	0,28	8,27	8,55	0,72%	39,94	3,02	42,96	3,95%
Catamarca	0,26	0,00	0,26	0,02%	0,97	0,00	0,98	0,09%
Córdoba	1,30	2,20	3,50	0,30%	2,82	1,16	3,99	0,37%
Corrientes	0,91	0,55	1,45	0,12%	2,29	0,43	2,72	0,25%
Chaco	1,51	1,64	3,15	0,27%	3,81	1,15	4,97	0,46%
Chubut	0,15	0,51	0,65	0,06%	0,78	0,39	1,17	0,11%
Entre Ríos	0,36	1,76	2,12	0,18%	1,72	0,62	2,35	0,22%
Formosa	0,91	1,71	2,61	0,22%	1,60	0,29	1,89	0,17%
Jujuy	0,83	1,86	2,69	0,23%	2,27	1,58	3,85	0,35%
La Pampa	0,18	0,00	0,18	0,02%	0,34	0,05	0,40	0,04%
La Rioja	0,61	0,00	0,61	0,05%	0,74	0,31	1,05	0,10%
Mendoza	1,37	1,58	2,95	0,25%	2,15	0,53	2,68	0,25%
Misiones	1,48	0,95	2,43	0,21%	2,44	1,04	3,49	0,32%
Neuquén	0,75	0,00	0,75	0,06%	1,03	0,00	1,04	0,10%
Río Negro	0,00	0,99	0,99	0,08%	1,16	0,85	2,01	0,18%
Salta	2,33	0,00	2,33	0,20%	3,34	0,00	3,35	0,31%
San Juan	0,19	0,00	0,19	0,02%	1,01	0,00	1,01	0,09%
San Luis	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,68	0,00	0,68	0,06%
Santa Cruz	0,05	0,00	0,05	0,004%	0,34	0,00	0,34	0,03%
Santa Fé	1,93	0,68	2,60	0,22%	3,07	0,03	3,10	0,29%
Santiago del Estero	0,81	0,00	0,81	0,07%	1,79	0,08	1,87	0,17%
Tierra del Fuego	0,02	0,00	0,02	0,00%	0,21	0,00	0,21	0,02%
Tucumán	1,69	0,63	2,32	0,20%	3,20	0,17	3,38	0,31%
G.C.B.A	87,59	0,00	87,59	7,41%	39,82	0,00	39,88	3,66%

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

Como se observa a este nivel de gastos no se identifican patrones de comportamiento histórico. Las transferencias de la nación a las distintas jurisdicciones en el año 2000 se localizan en aspectos corrientes más que en las transferencias de capital, aspecto que no se identifica en 1999. En todos los casos el peso relativo de estas transferencias sobre el total de gasto provincial en salud es poco significativo. A excepción del gobierno de la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, para el año 2000, en todos los otros casos las transferencias no superan el 1% del gasto provincial en salud.

Analizando la estructura de transferencias entre distintas jurisdicciones no se identifica un criterio de equidad en el manejo de recursos nacionales. Provincias con mayores NBI o menor producto bruto geográfico, no son necesariamente las beneficiarias



del mayor porcentaje de recursos por parte del gobierno central. La Tabla 2.5 muestra el desagregado, la composición y la evolución del gasto público nacional en salud en pesos constantes de 1999 para el periodo 1996-2000 como así también la variación para el periodo.

Tabla 2.5: Composición y Evolución del Gasto Público Nacional en Salud en pesos constantes de 1999

Concepto \ Año	1996	1997	1998	1999	2000	Variación 96-00
Poder Legislativo	20.136.021,15	21.249.134,72	16.554.051,05	20.091.509,90	18.208.708,48	-9,57%
Presidencia y Ministerios	164.683.165,52	265.020.821,99	2.325.550.474,15	2.459.396.149,99	2.463.594.346,89	1395,96%
Fuerzas Armadas	122.425.137,65	71.563.305,89	108.107.974,63	78.976.913,26	80.663.207,38	-34,11%
Hospitales e Inst. Prestadoras	2.783.547.624,80	2.303.124.497,11	146.790.971,40	145.937.832,18	144.570.453,27	-94,81%
Inst. Normatización y Control	438.499.883,03	345.773.606,10	265.364.391,54	241.995.507,88	191.828.256,29	-56,25%
Superintendencia de Serv. Salud	-	-	73.713.001,00	14.615.408,32	13.675.950,66	-81,45%
Iniciativas Específicas	105.875.499,22	175.882.564,64	144.055.467,94	162.640.352,47	127.523.644,29	20,45%
Materno Infantil	52.736.586,15	95.869.471,95	62.553.370,05	57.707.737,15	55.155.665,11	4,59%
Sida	13.285.075,71	52.542.358,59	59.504.356,72	77.145.573,45	56.728.872,74	327,01%
Emergencias Sanitarias	2.014.057,85	1.486.564,95	2.572.556,93	1.881.873,92	1.245.250,65	-38,17%
Discapacidades	4.187.762,55	5.593.362,63	5.996.320,93	7.704.878,83	6.137.764,68	46,56%
Act. Comunes Programas de Salud	-	-	-	276.544,32	213.978,84	-22,62%
Reforma del Sector Salud	33.652.016,97	20.390.806,51	13.428.863,32	17.923.744,80	8.042.112,28	-76,10%
Total	3.635.167.331	3.182.613.930	3.080.136.332	3.123.653.674	3.040.064.567	-16,37%

Fuente: Secretaría de Hacienda, Dirección de Presupuesto

Se observa en primer lugar que el total de las erogaciones del gobierno nacional en salud se redujeron un 16% entre los años 1996 y 2000. De ese total, la línea de gasto directo en promoción, prevención y tratamiento del SIDA fue aquella que recibió el mayor aumento (327%), en tanto que el menor aumento se atribuye a iniciativas específicas de salud materno infantil (4,59%). Se observa que la participación de las iniciativas específicas en el gasto total del gobierno nacional en salud es muy baja, alcanzando apenas el 2,9% en 1996 y 4% en el año 2000. Al interior de estas iniciativas focalizadas, las líneas de salud materno infantil y SIDA contribuyen con el 63% en 1996 e incrementan su participación llegando al 88% en el año 2000.

Del gasto nacional total en salud, la línea asociada con el PAMI representa aproximadamente el 70% de las erogaciones para todos los periodos. A partir del año 1998 el PAMI pasa a depender funcionalmente del Ministerio de Trabajo y por lo tanto el peso monetario se traslada desde la línea de hospitales e instituciones prestadoras hacia la segunda línea de la Tabla 6 asociada con presidencia y ministerios.

Considerando al PAMI como un indicador de gasto focalizado en un grupo poblacional específico, y sumando a ello las iniciativas específicas, aproximadamente entre el 75 y el 80% del gasto de gobierno nacional se encuentra focalizado en sectores desprotegidos. Si se retira de estos valores la atención de la ancianidad (que incluye no sólo salud sino también recreación, servicios funerarios, etcétera), el nivel de gasto focalizado especialmente en salud sexual y reproductiva, se reduce drásticamente llegando a alcanzar un magro 4% del gasto total.



Las Tablas siguientes, Tabla 2.6 y 2.7, muestran las transferencias de recursos por línea específica para los años 1999 y 2001 y para cada una de las 24 jurisdicciones. La Tabla 2.6 muestra las transferencias de recurso de origen nacional a las provincias destinadas a salud por programa y por provincia en 1999.

Tabla 2.6 Transferencias de Recursos de Origen Nacional a Provincias Destinado al Gasto Discriminado por Programa y Provincia Año 1999

PROVINCIA	Total de Transferencias	Atención de la madre y el niño	Prevención y control de enfermedades y riesgos específicos	Lucha contral el sida y enfermedades de transmisión sexual	Ast. Financiera a agentes del seguro de salud y progra	Detección y tratamiento de enfermedades crónicas y conductas
Buenos Aires	8,547,494.60	8,505,194.60	42,300.00	0.00	0.00	0.00
Catamarca	259,000.00	79,000.00	180,000.00	0.00	0.00	0.00
Chaco	3,150,501.32	2,809,851.32	340,650.00	0.00	0.00	0.00
Chubut	653,967.33	653,967.33	0.00	0.00	0.00	0.00
Córdoba	3,501,765.02	3,467,765.02	34,000.00	0.00	0.00	0.00
Corrientes	1,453,925.96	1,453,925.96	0.00	0.00	0.00	0.00
Entre Ríos	2,120,047.93	2,120,047.93	0.00	0.00	0.00	0.00
Formosa	2,610,826.53	2,515,606.53	95,220.00	0.00	0.00	0.00
G.C.B.A.	87,591,607.16	0.00	500,000.00	0.00	0.00	0.00
Jujuy	2,686,115.18	1,860,455.18	825,660.00	0.00	0.00	0.00
La Pampa	177,750.00	177,750.00	0.00	0.00	0.00	0.00
La Rioja	607,500.00	355,500.00	252,000.00	0.00	0.00	0.00
Mendoza	2,950,889.30	2,854,139.30	96,750.00	0.00	0.00	0.00
Misiones	2,429,521.63	2,376,121.63	53,400.00	0.00	0.00	0.00
Neuquén	750,500.00	750,500.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Río Negro	988,171.07	988,171.07	0.00	0.00	0.00	0.00
Salta	2,333,745.00	1,510,875.00	822,870.00	0.00	0.00	0.00
San Juan	187,625.00	187,625.00	0.00	0.00	0.00	0.00
San Luis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Santa Cruz	49,375.00	49,375.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Santa Fe	2,602,286.39	2,602,286.39	0.00	0.00	0.00	0.00
Santiago del Estero	812,000.00	632,000.00	180,000.00	0.00	0.00	0.00
Tierra del Fuego	19,750.00	19,750.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Tucumán	2,322,549.54	1,677,469.54	645,080.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL	128,806,913.96	37,647,376.80	4,067,930.00	0.00	0.00	0.00

Tabla 2.7. Transferencias de Recursos de Origen Nacional a Provincias Destinado al Gasto en Salud Discriminado por Programa y Provincia Año 2001

PROVINCIA	Total de Transferencias	Atención de la madre y el niño	Prevención y control de enfermedades y riesgos específicos	Lucha contral el sida y enfermedades de transmisión sexual	Ast. Financiera a agentes del seguro de salud y progra	Detección y tratamiento de enfermedades crónicas y conductas
Buenos Aires	24,866,627.56	1,045,437.65	0.00	26,015.49	0	0.00
Catamarca	552,135.00	283,163.00	261,364.00	0	0	0.00
Chaco	2,528,266.22	1,536,095.22	255,856.00	0	0	0
Chubut	403,796.49	353,699.49	36,364.00	0	0	0
Córdoba	1,257,009.19	1,155,324.69	36,364.00	57,712.50	0	0
Corrientes	1,392,019.78	1,355,655.78	36,364.00	0	0	0
Entre Ríos	802,568.57	758,596.57	36,364.00	0	0	0.00
Formosa	1,156,469.75	911,057.75	36,364.00	0	0	0
J.C.B.A.	43,389,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0
Jujuy	1,906,618.70	1,294,722.70	479,769.00	0	0	25,600.00
La Pampa	498,220.89	454,248.89	36,364.00	0	0	0
La Rioja	869,065.66	573,093.66	288,364.00	0	0	0
Mendoza	1,106,888.41	830,716.41	268,564.00	0	0	0
Misiones	1,398,751.28	1,290,654.28	36,364.00	0	0	0
Neuquén	333,232.00	289,260.00	36,364.00	0	0	0
Río Negro	736,432.04	700,068.04	36,364.00	0	0	0
Salta	2,406,411.40	1,449,680.40	774,364.00	0	0	0
San Juan	421,037.00	341,065.00	36,364.00	0	0	0
San Luis	216,965.00	172,993.00	36,364.00	0	0	0
Santa Cruz	100,303.00	56,331.00	36,364.00	0	0	0
Santa Fe	1,747,900.30	1,734,167.30	0.00	0	0	0
Santiago del Estero	844,920.00	620,948.00	216,364.00	0	0	0
Tierra del Fuego	55,092.00	11,112.00	36,356.00	0	0	0
Tucumán	1,934,939.00	1,281,667.00	636,364.00	0	0	0
TOTAL	96,924,069.24	16,499,757.83	3,033,733.00	83,727.99	0.00	25,600.00



Se verifica que de los 128 mil millones de pesos transferidos a las provincias, el 2,44% corresponde a la provincia de Chaco mientras que aproximadamente el 2,3% fue destinado a Mendoza. El Chaco se ubica en cuarto lugar en términos de transferencia de fondos, después de la provincia de Buenos Aires, la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Córdoba. Del total de las transferencias recibidas por la provincia del Chaco, aproximadamente el 89% se destina a la atención de la madre y el niño en tanto que el resto se destina a tareas de control y prevención de enfermedades y riesgos específicos, lo que incluye a las tradicionales campañas de vacunación. Este porcentaje es del 97% en la provincia de Mendoza.

En el 2001, sin embargo, la provincia de Chaco se ubica en el tercer lugar en el posicionamiento de transferencias recibidas, y de ellas el 61% se focaliza en la atención de la madre y el niño. La provincia de Mendoza disminuye su incidencia porcentual en las transferencias al 1,21%. De ese total, el 75% se destina a la atención de la madre y el niño y el resto a la prevención y control de enfermedades y riesgos específicos. En ninguna de las dos provincias y para ninguno de los dos periodos el gobierno nacional destina fondos a otros programas alternativos tales como lucha contra el SIDA, asistencia financiera a grupos sin seguro de salud, o a la detección y tratamiento de enfermedades crónicas.

A diferencia de las Obras Sociales Sindicales y de Personal de Dirección creadas a partir de la Ley Nacional N° 23.660, cada provincia dio nacimiento a su propia Obra Social Provincial (OSPr) a partir de una Ley o Decreto específico. Cada OSPr es autárquica en su constitución, lo cual posibilitaría el manejo de sus propios recursos y el dictado de los actos administrativos necesarios para su funcionamiento. Actualmente, catorce de las veintitrés OSPr bajo estudio son dirigidas por un presidente o administrador, y un directorio, mientras que nueve de ellas se encuentran intervenidas por el gobierno provincial. Cabe mencionar que aún en los casos de no-intervención, la autarquía de estas instituciones es relativa. Ello se atribuye a la imposibilidad de algunos gobiernos provinciales de cumplir oportunamente con sus aportes patronales, limitando su efectividad en el cumplimiento de sus funciones específicas.

La Tabla 2.8 presenta la estructura de ingresos teóricos de las Obras Sociales Provinciales, con fuente en la Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, para los años 1995 y 1999 como así también el salario promedio mensual en pesos constantes de 1999. A partir de esta información y de la cantidad de afiliados y beneficiarios³ se obtiene el ingreso per cápita para los dos periodos mencionados. La última columna establece la existencia o no de coseguros.

³ Fuente: Secretaría de Hacienda y COSSPRA, respectivamente



Tabla 2. 8: Estructura de Ingresos de las Obras Sociales Provinciales

Provincia	Obras Social	Cantidad de afiliados		Salario Promedio Mensual en \$*		Ingresos Teóricos Totales Mensuales en \$*		Ingresos Teóricos Mensual por Beneficiario en \$*		Ingresos Teóricos Mensual por Afiliado en \$*		Mantiene Coseguro 2001
		1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	1995	1999	
		(1)		(1)		(2)		(2)		(2)		
Buenos Aires	IOMA	319.667	404.655	909	1.087	26.140.943	39.569.303	25	33	82	98	si
Catamarca	OSEP	23.237	22.963	999	1.044	1.973.839	2.036.834	12	14	85	89	si
Chaco	INSSSEP	39.150	41.776	1.079	1.154	5.489.889	6.268.297	33	37	140	150	no
Chubut	ISSS - SEROS	23.013	22.921	1.050	1.134	1.691.852	1.819.481	21	23	74	79	si
Córdoba	IPAM	83.288	72.528	1.199	1.425	8.488.741	8.781.959	16	18	102	121	si
Corrientes	IOSCOR	41.051	41.401	801	954	3.616.756	4.342.608	21	26	88	105	si
Entre Ríos	IOSPER	43.745	50.283	1.134	1.046	3.473.099	3.682.175	14	16	79	73	si
Formosa	IASEP	32.415	33.440	878	963	2.562.811	2.898.998	22	22	79	87	si
Jujuy	ISJ	27.217	28.938	1.042	1.055	2.835.934	3.053.042	12	20	104	106	si
La Pampa	SEMPRE	15.552	17.177	1.104	1.104	1.887.947	2.085.215	29	32	121	121	si
La Rioja	APOS	22.031	23.581	1.070	1.108	2.264.024	2.509.272	29	21	103	106	si
Mendoza	OSEP	47.748	60.347	1.137	992	6.515.686	7.184.230	24	25	136	119	si
Misiones	IPSM	32.609	35.849	921	1.038	2.101.984	2.605.610	13	22	64	73	si
Neuquén	ISSN	32.340	36.177	1.218	1.246	4.725.389	5.409.930	34	39	146	150	si
Río Negro	IPROSS	30.353	28.548	1.195	1.069	3.264.785	2.746.395	22	23	108	96	si
Salta	IPS	41.721	36.238	1.005	1.053	3.773.565	3.434.543	15	10	90	95	si
San Juan	IPSA	29.569	29.161	1.195	1.129	3.180.907	2.961.848	24	21	108	102	no
San Luis	DOSEP	18.462	16.652	970	989	1.433.190	1.317.693	16	24	78	79	si
Santa Cruz	CSS	15.488	17.765	1.504	1.413	2.329.778	2.510.800	35	38	150	141	si
Santa Fé	IAPOS	94.959	101.363	1.028	1.134	9.762.767	11.496.450	22	26	103	113	si
Santiago del Estero	IOSEP	31.961	34.454	996	973	3.182.431	3.354.050	13	28	100	97	no
Tierra del Fuego	ISST	7.326	7.777	2.224	2.297	1.466.515	1.607.903	175	57	200	207	si
Tucumán	IPSST	48.191	43.306	886	1.060	3.842.280	4.131.735	12	13	80	95	si

Fuente: (1) Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

(2) Elaboración Propia en base a datos de la Secretaría de Hacienda, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias y C.O.S.S.P.R.A.

Nota:

(3) Elaboración en base a encuesta propia realizada al total de la población en estudio.

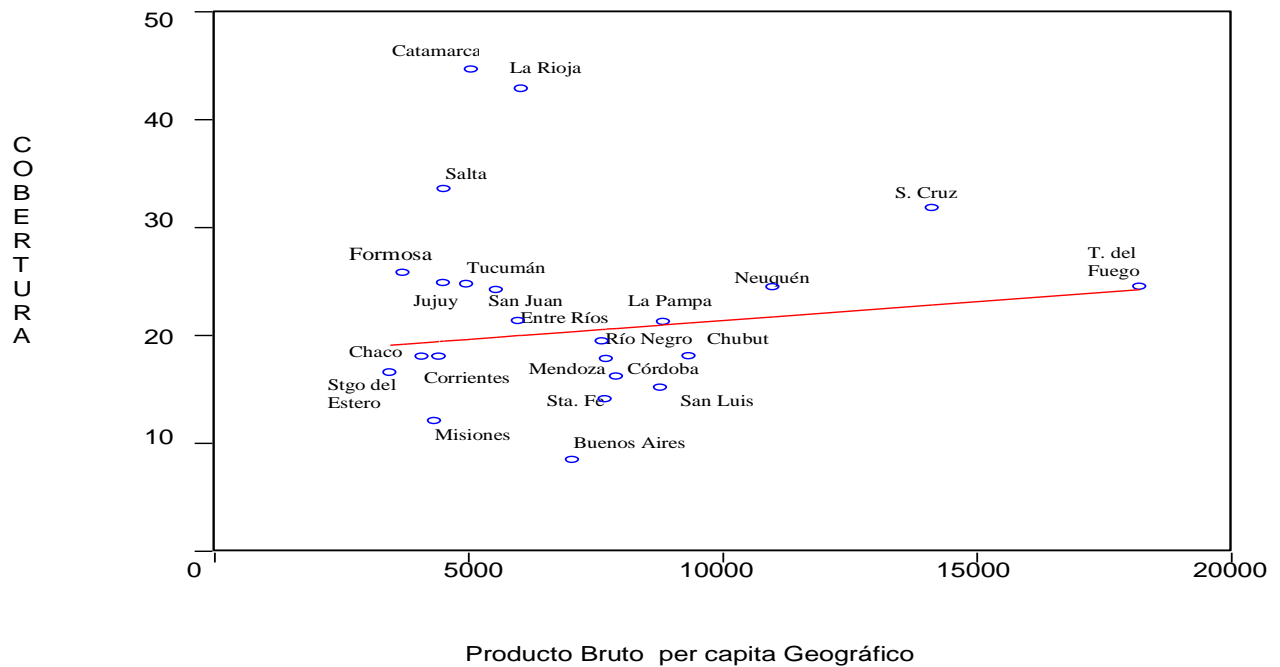
* Todos los valores se encuentran expresados en valores constantes a precios de 1999

Se observa principalmente una gran dispersión en el número de afiliados. En la provincia de Buenos Aires, IOMA cuenta con una población cubierta de 404.655 personas, en tanto que el IAPOS, la Obra Social de Santa Fe, una afiliación cuatro veces menor. En el extremo opuesto, DOSEP en San Luis e ISST en Tierra del Fuego afilian a 16.652 y 7.777 personas respectivamente en sus sistemas provinciales de seguridad social.

A partir de la información analizada puede presumirse que las Obras Sociales Provinciales son sinónimo de diversidad: no existe un modelo único de atención como tampoco patrones de financiamiento, o gasto que parezcan identificar un perfil propio y diferenciado. Sin embargo, es posible establecer una taxonomía relacionando factores propios de la provincia y de su Obra Social. La misma se construye en base a dos indicadores: la cobertura relativa de cada institución con respecto al total de la población de su jurisdicción y el producto bruto geográfico per cápita provincial. Este segundo indicador se encuentra asociado con la estructura epidemiológica de la población y las necesidades teóricas de la demanda de cada provincia.

Estableciéndose un promedio simple de 24,83% de cobertura para el conjunto de las Obras Sociales Provinciales, y un ingreso promedio, medido como producto bruto

Figura 2.4: Taxonomía de Obras Sociales Provinciales



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de INDEC y C.O.S.S.P.R.A.

geográfico per cápita, de \$8.157 para el año 1999, se establecieron cuatro categorías. La primera de ellas, considera a aquellas Obras Sociales con cobertura mayor a la media y localizadas en provincias de ingreso per cápita mayor al promedio consolidado. En el extremo opuesto, se encuentran aquellas instituciones con cobertura menor al promedio en provincias relativamente más pobres.

Los resultados obtenidos (Figura 2.4) a partir del establecimiento de estos cuatro grupos son llamativos en tanto establecen cortes no solamente asociados con características de las instituciones aseguradoras, sino con patrones geográficos definidos.

En primer lugar, el grupo de mayor cobertura y mayor ingreso geográfico con respecto al promedio, encuentra a tres provincias patagónicas: Tierra del Fuego, Santa Cruz y Neuquén. El segundo grupo, identificado con aquellas provincias con producto bruto geográfico per cápita mayor al promedio pero con una cobertura de la Obra Social Provincial por debajo de la media nacional, encuentra a las provincias del centro del país: Mendoza, Córdoba, Santa Fe, La Pampa, San Luis, Buenos Aires y Río Negro. A ella se une la provincia del Chubut, en la zona patagónica.

El tercer grupo nuclea a aquellas provincias del Noroeste del país, con cobertura de la Obra Social mayor al promedio pero con un producto bruto geográfico por debajo de la media nacional. Las provincias pertenecientes a este bloque son La Rioja, Catamarca, Salta, Jujuy, Tucumán, Formosa y San Juan. Finalmente, el Noreste del país, con excepción de Formosa, se encuentra en el grupo más limitado, con baja cobertura y bajo ingreso. Las provincias pertenecientes a esta área son Chaco, Misiones, Corrientes, Entre Ríos y Santiago del Estero.

Las dos provincias seleccionadas para este estudio, Mendoza y Chaco nuevamente se ubican en grupos diferentes. Mientras que Mendoza participa en el grupo de baja cobertura y altos ingresos, asociada con un perfil epidemiológico por encima del promedio nacional, el caso chaqueño se encuentra en el grupo de baja cobertura e ingresos bajos.

3.- Estudio de Casos. Las experiencias de Mendoza y Chaco

3.1.- Introducción

La presente sección tiene como objetivo analizar, desde la perspectiva de los distintos actores participantes, la dinámica de la reforma en salud en dos jurisdicciones argentinas: las provincias de Chaco y Mendoza. Para cada caso, se presentarán las estrategias elaboradas por las autoridades sanitarias provinciales y su evolución durante la última década. A partir de ellas, la presente sección expone las distintas respuestas elaboradas por el sistema de seguridad social de la provincia, su interpretación de las acciones tomadas por el Poder Ejecutivo provincial, como así también sus propias acciones. El análisis se complementa con la evaluación de distintas organizaciones intermedias del sistema de salud de cada provincia (Círculos Médicos y Asociaciones de Clínicas). A la luz de estos cambios, los distintos actores participantes plantean los efectos de las reformas ocurridas sobre la atención de servicios de salud sexual y reproductiva y en especial, las acciones llevadas a cabo por los programas específicos radicados en cada jurisdicción.

Para tales fines, el equipo de investigación desarrolló una serie de entrevistas con funcionarios y representantes clave de cada una de las instituciones mencionadas y para cada jurisdicción, en base a cuestionarios semiestructurados elaborados para tal fin. A partir de ello se elaboraron minutas de reunión, que sirvieron como insumo para la elaboración de este capítulo. El mismo se complementa con la visión de los usuarios, obtenida mediante el análisis de dos encuestas de hogares con contenidos de salud y salud sexual y reproductiva (que constituyen el material del próximo capítulo). La quinta sección presenta finalmente un análisis del impacto de la reforma en la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de una muestra representativa de instituciones de las ciudades capitales de las dos provincias analizadas: Resistencia y Mendoza Capital.



3.2.- Reforma y Salud Sexual y Reproductiva en la Provincia de Mendoza

La presente sección desarrolla las principales líneas de reforma llevadas a cabo en la provincia (descentralización y hospital de autogestión, regionalización), como así también aquellas originadas en el sistema de seguridad social. A continuación se detallan los impactos percibidos por los distintos sectores del sector salud provincial y su interrelación con la salud sexual y reproductiva.

3.2.1.- Hospitales de Autogestión

A partir de la reforma descentralizadora del sector salud que culmina en los primeros años de la década de los '90, surgen los hospitales públicos de autogestión. Este segundo esfuerzo de separación de funciones promovió una con mayor autonomía en el manejo de recursos humanos (contratación aunque no despido de personal), realización de licitaciones y compras de insumos⁴. El objetivo último de esta iniciativa fue el de brindar a las autoridades de cada institución la capacidad de generar sus propios recursos a partir de la facturación a la seguridad social por los servicios prestados a sus beneficiarios⁵. Esta potestad se canaliza en la provincia de Mendoza a partir de la ley 6015.

Esta modalidad de gestión descentralizada dio lugar a desarrollos muy desiguales, asociados al tipo de paciente atendido (con o sin cobertura en la seguridad social), a la capacidad de gestión de cada unidad, y al nivel de complejidad de la misma (a mayor tamaño o complejidad del centro de atención mayor habilidad para facturar).

En este contexto, la diferenciación entre hospitales en cuanto a nivel de facturación le ha dado, según la opinión de algunos expertos, carácter de empresa con objetivos de lucro a algunos hospitales, desvirtuando el sentido solidario de la salud pública. En términos generales, la provincia de Mendoza es una de las jurisdicciones donde la capacidad de gestión institucional ha alcanzado mayores frutos, con mejor capacidad de facturación de servicios y mayor recupero de costos sin detrimento de la atención del carente, mediante criterios adecuados de facturación, identificación del paciente, etc⁶.

⁴ Hasta ese momento, las compras de insumos no seguían protocolo alguno y se estimaba según compras históricas, no necesariamente asociadas con las necesidades de la demanda.

⁵ El cobro de las prestaciones a la seguridad social se hace efectiva a través de la AFIP (Administración Federal de Ingresos Públicos) y en algunos casos a través de las propias obras sociales.

⁶ En el caso particular de la UOCRA (la obra social de los trabajadores de la construcción) la autogestión hospitalaria no significó mayores inconvenientes. A pesar de que nunca existió convenio formal alguno entre esta obra social y el sector público, aquella acepta los aranceles fijados (en los convenios entre la central y la provincia) por el hospital público al que deriva sus afiliados.



3.2.2.- *Proceso de Regionalización*

Una experiencia de regionalización, previa a la descentralización, tuvo lugar durante la gestión Llaver - Gobernador de la Provincia entre '83 y '87 - con un modelo similar al que se desarrolla actualmente. Las áreas programáticas respondían a la división política de los 18 departamentos, a excepción del área de Gran Mendoza. En este período, el hospital departamental o regional funcionó como cabecera de la estructura de salud de cada departamento, centralizando poder decisorio y manejo de recursos, lo que tendía a facilitar las acciones de referencia y contrarreferencia. La estrategia de integración entre los niveles dio lugar una fuerte concentración de fondos, en detrimento de la atención primaria y la salud local.

Esta situación se revierte durante las siguientes gestiones justicialistas, incluyendo un intento de departamentalización. A esta etapa le continuó la implementación de una estrategia de separación de los hospitales y los centros de atención primaria, dependiendo de direcciones diferentes dentro del Ministerio, aunque sin afectar severamente el predominio de los hospitales de autogestión. En esa etapa, la Dirección de Centros de Salud y Atención Primaria se rigió por un modelo en el cual cada coordinador de área departamental era responsable de los centros de salud de su departamento. Esta estructura era altamente heterogénea debido al variable número de centros de salud de cada departamento, la densidad demográfica del territorio de influencia y la extensión geográfica de cada uno de ellos. El panorama se volvió más complejo debido al aumento indiscriminado de centros de salud generados por los Municipios, finalmente financiados por la provincia⁷. Actualmente, muchos de esos centros municipales se encuentran integrados al área departamental aunque de distintos modos, siendo en algunos casos más dificultosa la coordinación entre las gestiones municipal y provincial, careciendo de una estructura de financiamiento definida.

Asumiendo que la región es una entidad capaz de considerar de modo integral las características sanitarias de su población, y en condiciones de categorizar a las instituciones que la integran, se está impulsando en la provincia un proceso que tiende a cambiar el foco de la descentralización hacia la región. El proyecto de ley - presentado a fines de 2001, y que actualmente espera tratamiento - contempla la asignación de recursos a la región y no a los hospitales, financiando de este modo la demanda en lugar de la oferta. De este modo pretende concentrar los recursos en los servicios más requeridos y hacia los centros de salud que atienden mayor demanda, siguiendo criterios de actividad y calidad. A tal fin, se busca facilitar las relaciones de referencia y contra-referencia.

La regionalización se basa en una estrategia que refuerza la atención primaria de la salud, tendiendo a un modelo de "población a cargo", experiencia actualmente en curso: en el 2000 existían sólo cuatro médicos de cabecera con población asignada. En este momento suman 90 los médicos de cabecera - todos ellos médicos de familia -, 50 de ellos pagados

⁷ A excepción de los departamentos de Ciudad de Mendoza, Maipú y San Rafael, en los que los municipios sistemáticamente aportan recursos humanos y materiales.



por la nación y 40 por la provincia. Cada uno de ellos hace atención del grupo familiar, y con un total de 1.000 personas asignadas cada uno.

Este esquema se enfrenta con algunos inconvenientes. En primer lugar, la organización del sector público de salud provincial no es aún suficientemente eficiente. Sobre esta cuestión los funcionarios entrevistados estiman que el primer paso debe orientarse a la creación de un seguro provincial que brinde satisfacción a la población que actualmente no cuenta con cobertura formal de la seguridad social. El segundo obstáculo que enfrenta esta propuesta se vincula con el modo en que opera actualmente la retribución de las obras sociales nacionales a los efectores públicos por la atención de sus afiliados, orientada directamente al hospital que presenta la facturación, limitada la distribución de fondos al interior de la región.

Con el objetivo de aumentar la facturación a la seguridad social y en el camino a la regionalización del sector salud, a partir del año 2000⁸ fue posible inscribir en la Superintendencia de Servicios de Salud a "redes" de salud, ampliando la capacidad de facturación del sector público más allá de los efectores individuales. De este modo, los llamados "centros de salud de cabecera" en cada departamento, que son generalmente las unidades inscriptas como "hospital público de autogestión", centralizan la facturación de la actividad del departamento, dependiendo de ellos toda su red de proveedores. La red incluye tanto hospitales y centros de salud municipales como provinciales. La facturación realizada por éstos centros-cabecera ingresa al área departamental, y ésta la reasigna en función de una estrategia global. De este modo, la redistribución solidaria de recursos entre los centros de salud de un área departamental no se rige por los servicios prestados, sino de acuerdo a las metas conjuntas del área.

Si bien el objetivo a alcanzar es la organización de un sistema coordinado en el cual la totalidad del presupuesto sea gestionado por las regiones, adquiriendo los servicios de mayor complejidad que no posean, y donde los grandes hospitales reciban presupuesto cero, el presupuesto 2003 no se orienta aún en esa dirección, sino que asigna recursos a cada área departamental y a cada hospital. Para ello es necesario modificar la legislación existente, de modo de permitir la descentralización de recursos al nivel regional.

Actualmente, y de acuerdo a los funcionarios del área, la regionalización del sector salud goza de consenso, y la gestión regional, aprobada por el decreto 1448, genera las regiones y establece los cargos de directores regionales⁹. Recientemente se puso en

⁸ Esta apertura se vincula con la redefinición de los mecanismos de contratación del PAMI.

⁹ Según directivos del Círculo Médico, el problema principal del sector salud radica en la gestión y administración de recursos dado un problema general de escasez, problema común tanto en los hospitales de autogestión como así también en el proceso de regionalización en curso. De acuerdo a los funcionarios entrevistados, la regionalización plantea el inconveniente adicional del gerenciamiento de fondos a un determinado nivel de centralización. Se propone la optimización en el manejo de recursos al interior de cada centro asistencial, promoviendo una amplia participación de los servicios que funcionan al interior de cada uno de ellos.



funciones al primer coordinador regional en la provincia, el de la región del Valle de Uco. Esta incluye a tres departamentos del Gran Mendoza: Tupungato, Tunuyán y San Carlos. Esta región ha avanzado en la integración de recursos humanos, aprovechando la proximidad geográfica de las tres jurisdicciones, donde cada una cuenta con un hospital, uno de ellos de carácter regional.

La ley propuesta es considerada un instrumento de fortalecimiento del nivel municipal, ya que reuniría en el Consejo Consultivo de cada región a los representantes municipales que actualmente no intervienen en las decisiones políticas en el campo de la salud. Asimismo, constituye un traslado de poder a la región, en la medida que ésta es soberana de sus recursos.

En relación a las compras de insumos, a partir del 2000 - y con el objetivo de obtener mejores precios - se ensayan formas de adquisición mixta, con algún nivel de integración, consistente en la formación de un club de compra, donde cada uno de los hospitales transmite sus necesidades al Ministerio y éste gestiona las operaciones de acuerdo a la sumatoria de esas necesidades. De este modo, la gestión - pero no la compra¹⁰ - es centralizada: una parte de las mismas se reserva a los hospitales, en tanto que la adquisición de insumos genéricos - usados por todos los hospitales - se realiza centralizadamente.

A partir de Agosto de 2002 y a fin de estructurar su operatoria al nuevo plan regionalizado, se pone en marcha la reforma de la Subsecretaría de Salud. Con esta se crean tres direcciones: (1) la Dirección de Planificación, que intenta identificar la demanda de servicios, (2) la Dirección de Asistencia Sanitaria, que agrupa a todos los efectores que brindan asistencia a la población - incluyendo el nivel asistencial antes manejado por la Dirección de Atención Primaria, y la red hospitalaria -, y (3) la Dirección de Regulación y Control que actúa sobre las dos anteriores.

3.2.3.- Reformas desde las Instituciones de Seguridad Social

La característica segmentada del sistema de seguridad social en Argentina motiva que algunas de las reformas del sector tengan origen por fuera de la red pública de servicios. Tal es el caso de los cambios en mecanismos de pago de instituciones como el PAMI, las Obras Sociales Provinciales o el subsistema de Obras Sociales Nacionales, dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud. A continuación se analizan algunos de estos instrumentos.

3.2.3.1.- El Programa Médico Obligatorio

El objetivo de un Programa Médico Obligatorio (PMO) es el de establecer un conjunto de prestaciones básico y compulsivo para todo el sistema de Obras Sociales

¹⁰ Por efecto de la crisis macroeconómica del año 2002, las compras continúan realizándose en forma centralizada.



Nacionales. Su existencia permitiría identificar con mayor precisión los costos de atención, a la vez que promovería mayor transparencia en la contratación y en la demanda de servicios.

Sin embargo, el programa médico obligatorio promovido desde la gestión del Ministro de Salud de la Nación hacia fines de los noventa tuvo un altísimo grado de imprecisión, a la vez que establecía metas de improbable cumplimiento. El programa diseñado durante la gestión siguiente, del Ministro Lombardo, contaba con dos ventajas potenciales: era más preciso, y avanzaba explícitamente sobre las prestaciones en el primer nivel de atención - médico de cabecera, cobertura de patologías más difundidas - aunque también de difícil implementación. El actual PMO de emergencia - gestión del actual Ministro González García - es más realista, pero según los expertos aún demasiado amplio.

La instalación de este último, sumada a la insolvencia de las obras sociales, ha generado que muchas prestaciones no sean cubiertas por la seguridad social, con el consiguiente aumento de la demanda de servicios en el sector público, incluidos los hospitales autogestionados.

3.2.3.2.- Obra Social Provincial: caso OSEP

Si bien las obras sociales provinciales no participan del PMO diseñado por el Ministerio de Salud de la Nación, cada una de ellas cuenta por reglamentaciones específicas sobre las prestaciones cubiertas. Según la OSEP (la obra social mendocina), esta independencia posee la ventaja de permitir un cambio oportuno del perfil de la entidad en función de las necesidades de la demanda, aunque reduce la capacidad de negociar los costos de los programas a los que adhieren.

Desde el año 2001 la OSEP se rige con el mismo nomenclador para efectores públicos y privados, aunque se evidencia un aumento de prestaciones en las instituciones públicas debido principalmente a que los usuarios optan por evitar el coseguro requerido en las instituciones privadas. Así, por efecto de la crisis económica, aumenta la afluencia de sus afiliados al área estatal¹¹.

En general, un inconveniente asociado con la gestión de las obras sociales provinciales es su permanencia al margen de las políticas de salud provincial: algunas dependen directamente del Poder Ejecutivo Provincial, en tanto otras reportan al Ministerio de Hacienda o al Ministerio Coordinador. Incluso en el caso de aquellas obras sociales

¹¹ Durante la década de los noventa la OSEP mantuvo contratos capitados y modulados con prestadores privados, gestionados principalmente por la Asociación de Clínicas y, en menor medida, por los Círculos Médicos regionales. Los cambios en sus mecanismos de contratación generaron reajustes en la oferta privada, dada su influencia en la provincia. Estos reajustes de la oferta se verificaron nuevamente en el 2001, cuando la obra social decide volver a un esquema de pago por prestación. Adicionalmente, la obra social mendocina influye en los mercados proveedores de servicios de salud a través de su presencia en la oferta directa de servicios, constituyendo la única institución de su clase con hospitales y redes de atención propias.



vinculadas al Ministerio de Salud su inserción dista de ser eficiente, aunque con creciente protagonismo a partir de la crisis del PAMI y las Obras Sociales Nacionales. En el caso de OSEP, sin embargo, se han desarrollado acciones conjuntas con el Ministerio en cuestiones de habilitación, acreditación y categorización, de proveedores y profesionales, avances facilitados por el poder de contratación de la obra social.

En un movimiento paralelo a la regionalización a nivel provincial, al interior de la OSEP se otorgó mayor autonomía *de facto* a las delegaciones, generalmente a partir de la renovación de los recursos humanos profesionales y con un fuerte apoyo del antiguo personal no profesional. A éstas les es asignado el manejo de una caja chica provista de mayores recursos que los históricos, con normas más explícitas y capacitación en temas contables. A su vez, OSEP se propone la integración de tres sistemas de información: el administrativo, el de afiliaciones, y el sistema tele-informático. Este último constituye una de las herramientas de auditoría, actualmente en proceso de implementación.

3.2.4.- *Salud Sexual y Reproductiva*

La reforma de la Subsecretaría de Salud apunta a fortalecer el nivel planificador central, desde donde se asignan los insumos, y ampliar simultáneamente la ejecución horizontal. Con tal fin se encuentra capacitando a los centros de salud de la provincia para que se comporten como efectores de la reforma y del programa provincial de salud sexual y reproductiva.

Distintos actores acuerdan que la importancia relativa que ha cobrado la salud sexual y reproductiva - ley provincial reglamentada en 1997 - es en gran parte independiente de la reforma del sector salud, y directamente asociada con el éxito del programa específico.

En general, los especialistas opinan que el desarrollo de los servicios asociados a la salud sexual y reproductiva - al principio como iniciativas locales e inconexas - se encuentra ligado en primer lugar, al debate y sanción de la ley de 1995, y recibe luego un importante impulso a partir de la sanción de la ley nacional, en el año 2002. A pesar que el programa de salud sexual y reproductiva (SSR) cuenta con el mismo presupuesto desde el año '98, es a partir de estas normas que los profesionales identifican una mayor afluencia de pacientes para consultas informativas en los servicios donde funciona el programa.

El programa de SSR de la provincia de Mendoza tiene como precedente las actividades realizadas desde 1983 en los tres centros de salud de la Municipalidad de Mendoza, que, aunque precarios y con insumos donados por la APF, ofrecían servicios de ginecología y asistencia en anticoncepción. A partir de la incorporación de la CEDAW en se dispone de un marco legal para avanzar en la materia.

La gran batalla ideológica que enfrentó el programa consistió en plantear la atención de la salud sexual y reproductiva dentro del campo de la atención primaria, y no del



dominio exclusivo de la tocoginecología. Las críticas desde la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Mendoza apuntan a la falta de especialización de los profesionales que prestan sus servicios en el programa. Con el fin de legitimar a los médicos de familia que se desempeñan en éste, se crearon - a fines del 2000 - las pasantías de actualizaciones en anticoncepción. Adicionalmente, se asiste a la lenta incorporación de obstétricas en el nivel de atención primaria de la salud, sobre todo en efectores propios de la obra social en el interior de la provincia. Otro de los logros, reflejado en una resolución ministerial de 1999 se vincula con la inclusión de la anticoncepción de emergencia.

El programa financia anticonceptivos, descartables - guantes, espéculos, etc. - y algunos medicamentos, como antibióticos y antimicóticos. Paralelamente, se articula con otros programas en una cascada de subsidios: el programa de salud sexual y reproductiva colabora con el Programa de Cáncer Genito-Mamario, comprando insumos e instrumental (espátulas de aire, cepillos para muestras, portas, colorante). A su vez, el programa recibe preservativos, asignados desde la Dirección de SIDA.

Si bien actualmente el programa constituye una unidad muy pequeña en términos de equipo central, cuenta con efectores a través de todos los hospitales y centros de salud de la provincia. Se estima que en el mediano plazo dejará de ser un programa como tal, incorporándose a la actividad de rutina, planificando tareas a través de los efectores de salud y desarrollando un área de control. Para ese entonces, cuestiones como la compra de insumos - que hoy realiza el programa y luego distribuye a los efectores sobre la base de una reposición - tendría que circular en los mismos términos que la compra de los antibióticos y otros insumos. En regiones de escasa población, o donde los médicos cuentan con población asignada, se observa un ajuste entre los insumos ofrecidos y las necesidades de los usuarios. De este modo, por ejemplo, el consumo de inyectables es marcadamente variable de un centro a otro, dependiendo del perfil de la población.

El programa prevé la generación de mecanismos de control, elaborando indicadores de impacto real del programa, unificando los sistemas de información y evaluación que tenía cada uno de los programas vinculados a la salud sexual y reproductiva.

Desde OSEP se considera que la reforma interna que apuntaba a desvincular las funciones de financiación y provisión de servicios de salud - convirtiendo a la obra social en un ente financiador puro - hubiera tenido efectos adversos en la salud sexual y reproductiva de la población beneficiaria. Por el contrario, se juzga de suma importancia la inclusión de la obra social provincial en la ley de salud sexual y reproductiva, por dos motivos: (1) el volumen de población al que brinda cobertura (en Mendoza 18-20%) que a partir del acuerdo queda incorporada al esquema provincial, y (2) el efecto de liderazgo con que cuenta esta institución sobre el resto de la seguridad social. Sin embargo, entre las dificultades de aplicación del programa, se identifica la actitud de algunos médicos que limitan el acceso a ciertas prestaciones de SSR, tales como la colocación de DIU's en los hospitales y centros de salud de la provincia, promoviendo un doble estándar según sean



sus pacientes del sector público o del sector privado, vinculado con motivaciones de ganancia en el consultorio privado.

Otras intervenciones y reformas de salud no son percibidas por los mismos actores del área como disparadores directos de cambios en las prácticas asociadas con la salud sexual y reproductiva. En ocasiones, sin embargo, pueden actuar como facilitadores de iniciativas ya existentes.

Con respecto a la descentralización, y a la estructura de hospitales de autogestión, directivos de la UOCRA percibieron un efecto positivo sobre la salud sexual y reproductiva, ya que posibilita la provisión de anticonceptivos para la población asegurada que se atiende a través de efectores públicos¹². En este nuevo contexto, la buena articulación público-seguridad social permite el desarrollo de actividades conjuntas, las cuales resultan beneficiadas por la autogestión hospitalaria. Algunos indicadores que dan cuenta de dicha mejoría son: el número de consultas, los pedidos de mamografía, PAP y control entre beneficiarios de la obra social, con un buen feedback entre el efector que practica el estudio y la obra social. Una experiencia en principio piloto, y que luego se instaló en forma permanente, suprimía el copago para la toma del PAP, mostrando un alza en la cantidad de mujeres que accedían a su realización.

En relación al PMO de emergencia, se prevé un efecto positivo en el campo de la salud sexual y reproductiva, ya que incorpora asistencia en anticoncepción. Sin embargo, y como se observa más adelante, esta percepción aún no se encuentra asociada con cambios en la atención.

De acuerdo a la opinión del Círculo Médico de Mendoza, el cumplimiento de las prestaciones asistenciales fijadas en el PMO limita la disponibilidad de recursos orientados a la prevención, como por ejemplo, la realización periódica de una mamografía a las mujeres mayores de cierta edad. Por otra parte, no encuentra dificultades para la aplicación del programa de salud reproductiva en los hospitales de la red de la institución prepaga de esa entidad, en la medida que se encuentren disponibles los insumos necesarios para brindar los servicios pertinentes.

3.3.- Reforma y Salud Sexual y Reproductiva en la Provincia de Chaco

3.3.1.- Descentralización y regionalización

El sector salud en la provincia se organiza en una estructura regional que reconoce siete zonas sanitarias. Cada una de ellas - que incluyen a más de un municipio - tiene asignado desde el Ministerio, un presupuesto propio que tiende a cubrir las necesidades de indicadas por el informe anual que presenta la dirección de zona, aunque finalmente el

¹² A raíz de un juicio por mala praxis, una normativa de la obra social prohíbe la prescripción de ciertos métodos anticonceptivos en los centros de atención propios. En su lugar, se establece la derivación hacia los equipos de trabajo del CEMAP y los efectores públicos.



monto erogado se ajusta al presupuesto disponible. Cada dirección de zona cuenta asimismo con una "caja chica" propia, para el funcionamiento de los centros de salud de su área. Los centros de salud, por su parte, cuentan con fondos propios, obtenidos por recupero de gastos.

En el interior de la provincia, los hospitales suelen recurrir al cobro de bono-contribución a los pacientes no afiliados a la seguridad social, pero la gestión la realizan cooperadoras, habitualmente organizaciones vecinales o religiosas. En el caso de Cáritas, el total recaudado es destinado a la compra de métodos anticonceptivos. Otras cooperadoras, en cambio, destinan los fondos obtenidos a diversos fines, de acuerdo a las necesidades de insumos del hospital, sin injerencia de la dirección de zona ni del ministerio.

Entre los hospitales con capacidad de facturar a las instituciones de seguridad social, el mayor recupero se realiza a través del INSEP, la Obra Social Provincial. Si bien esta entidad generalmente sufre atrasos significativos en el pago a la red pública de efectores, existe actualmente una deuda y contradeuda con la provincia, atribuible a que el Ministerio de Salud Pública deriva a la Obra Social Provincial la cobertura de medicamentos escasos, como así también por derivaciones de pacientes para intervenciones complejas.

Actualmente existen en la provincia diversos grados de autogestión hospitalaria. Sin embargo, el financiamiento de los hospitales públicos sigue dependiendo en gran medida del Ministerio de Salud Pública, ya que el mismo es responsable del pago de salarios del personal médico, como de su contratación y despido. Asimismo, el Ministerio centraliza la compra de medicamentos y gran parte de los insumos hospitalarios. Las excepciones son los hospitales Ferrando y Pediátrico de Resistencia, y el 4 de Junio, que por su nivel de facturación se encuentran en condiciones de autoabastecerse en medicamentos. La contratación de prestadores privados o subcontratación de otros servicios, siguen las pautas de un proceso todavía centralizado: los hospitales cuentan con la capacidad de gestionarlos, previa autorización del director de zona y con el acuerdo del Ministerio.

Bajo estas condiciones, los hospitales de autogestión han firmado contratos con la mayoría de las obras sociales. A tal fin, cuentan con formularios específicos para las tres instituciones más importantes - INSEP, FEMECHACO, PAMI - y un cuarto tipo de formulario que es utilizado indistintamente para facturar el resto de las instituciones de la seguridad social.

3.3.2.- Obra Social Provincial: caso INSEP

La Obra Social Provincial brinda cobertura en salud al 30% de la población del Chaco. Su cartera de beneficiarios no ha variado en la última década debido a la obligatoriedad del aporte de los empleados provinciales, y la falta de una estrategia para competir en el mercado de aseguramiento.



Aunque no cuenta con efectores propios, esta obra social posee un fondo de alta complejidad - creado en 1990 - que cubre enfermedades catastróficas. Asimismo posee una farmacia propia con 14 delegaciones en el interior de la provincia. Los contratos con los prestadores de servicios de salud son realizados a través de instituciones intermedias¹³: la Federación Médica, el Colegio Médico Gremial, y la Asociación de Clínicas. El mismo mecanismo sigue la contratación de especialistas en odontología, oncología, kinesiología, etc. En todos los casos, el modo de pago es por prestación, incluyendo en los contratos un "techo" prestacional, que desde el año 2000 es inflexible (anteriormente, el excedente facturado generaba una deuda en el INSEP).

Responsables del INSEP sostienen que el PMO definido para el subsistema de Obras Sociales Nacionales se encuentra por debajo del "piso" que establece la institución, y su cobertura se basa fundamentalmente en la demanda espontánea y no en programas preventivos.

El INSEP acompañó el proceso de descentralización provincial, brindando a sus catorce delegaciones poder relativo de acuerdo al tamaño y a la cantidad de afiliados a su cargo. Las mismas son responsables de la compra de chequeras y solicitudes de prácticas. Sin embargo, los especialistas consideran que el sistema no es totalmente eficiente en el manejo de la información: al no estar centralizado impide el cruce de datos y dificulta el sistema de auditorías.

En relación a los hospitales de autogestión, las autoridades de la Obra Social estiman que el presupuesto de cobertura de las prestaciones en esos centros es relativamente bajo. Sin embargo, ello no se atribuye al volumen de afiliados que allí atienden, sino a las falencias de los propios hospitales para facturar.

El INSEP también brinda cobertura, a través del PROFE, un programa focalizado federal de salud, que cuenta actualmente con 17.000 afiliados. Originalmente, las prestaciones de este programa estaban a cargo de efectores públicos y privados, distribuidos a través de un esquema capitado. Desde diciembre de 2001 los prestadores se ubican únicamente en el subsector público, a excepción de ciertos rubros que exceden las capacidades del subsector (hemodiálisis, cardiología de alta complejidad, tomografía, resonancia) para los cuales el mecanismo de pago es por prestación.

3.3.3.- Prestadores Privados: profesionales

Si bien la matriculación de los profesionales se encuentra a cargo del Ministerio de Salud Pública, Dirección de Fiscalización Sanitaria, existen dos entidades - ambas de jurisdicción provincial y con idénticas funciones - a las cuales los médicos pueden afiliarse en forma excluyente: la Federación Médica, que agrupa a la mayoría de los médicos

¹³ La contratación directa de efectores privados es excepcional.



provinciales, y el Colegio Médico Gremial, desprendimiento de la primera ocurrido cinco años atrás.

Los modos de contratación son variados. En tanto algunas obras sociales estructuran convenios con ambas instituciones - el INSEP, por ejemplo - otras, en general las OS sindicales, se inclinan por una, excluyendo la otra.

La Federación Médica es una entidad que reúne a seis asociaciones médicas de interior de la provincia, nucleando aproximadamente 1000 médicos. Sus funciones exceden la representación profesional y, como en la provincia de Mendoza, actúan no sólo como intermediaria entre financiadores y prestadores, sino como institución de aseguramiento. Sus contratos con la seguridad social incorporan mayormente servicios médicos, y en algunos casos prácticas bioquímicas u otras especialidades a través de los respectivos colegios profesionales asociados. Siguiendo el cambio iniciado por PAMI en cuanto al modo de contratación, las obras sociales fueron cambiando su sistema de remuneración, del pago por prestación al sistema capitado.

La Federación posee una alianza estratégica con la Asociación de Clínicas, incluyendo convenios gerenciados por ambas partes, a través de los cuales la Federación gira fondos que corresponden a prácticas sanatoriales y la Asociación es responsable del pago de los honorarios médicos.

Según directivos de la entidad, la misma ha sido gravemente afectada por la crisis macroeconómica, fundamentalmente debido a las dificultades de cobro a las Obras Sociales Nacionales, el PAMI y la Obra Social Provincial. Asimismo, consideran que la implementación del PMO a nivel de sistemas de aseguramiento social afecta la actividad de su aseguradora – FEMECHACO – en tanto deben competir con otras instituciones de seguro (prepagas) que no son regidas por iguales normas.

El Colegio Médico Gremial, por su parte, cuenta con 450 afiliados, con delegaciones en Villa Angela y Gral. San Martín y una red prestacional propia. Es una entidad sin fines de lucro que funciona como intermediario en la contratación de obras sociales, prepagas y mutuales, y brinda a los socios otros beneficios tales como seguro de mala praxis, respaldo gremial por reclamos y asesoría legal.

3.3.4.- Salud Sexual y Reproductiva

La provincia cuenta con un programa de salud sexual y reproductiva a partir de la sanción de la ley 4276 de 1996. Luego, a través de un decreto del Poder Ejecutivo provincial, se facultó al Ministerio de Salud Pública provincial para reglamentar el programa, que comienza a ser implementado en marzo de 1998.



A mediados del año '97 y anterior a la puesta en marcha del programa, se produjo una encuesta que incluyó dos mil casos de usuarias de centros de salud públicos, a fin de establecer las necesidades de la población potencial. La misma incluyó preguntas sobre conocimiento y uso de anticonceptivos. Un estudio de características similares en cuanto a la población-universo y al instrumento, se realizó a los dos años de vigencia del programa, a fin de establecer su impacto. Sin embargo, esta información aún no ha sido procesada.

La difusión del programa consistió, en primer lugar, en la convocatoria de actores potencialmente involucrados, tales como efectores, autoridades provinciales, etc. Luego se llevó a cabo una campaña de difusión a través de los medios radiales y por vía televisiva.

La incorporación de mujeres al programa se dio en forma gradual, sin producirse una explosión de demanda. Sin embargo, para los laboratorios significó un sensible incremento en la prestación de análisis clínicos, ya que conjuntamente con el lanzamiento del programa se promovía la realización de múltiples estudios previa prescripción del método anticonceptivo.

El programa contempla una evaluación periódica de la cobertura del programa, tanto de estudios preventivos vinculados al diagnóstico precoz del cáncer génito-mamario¹⁴ como de asistencia en anticoncepción¹⁵. En este sentido, se percibe una creciente aceptabilidad del mismo entre las comunidades aborígenes (toba, wichí), aunque asociada a las características del efector local del programa. Para facilitar el acceso entre estas poblaciones, en el interior de la provincia se trabaja con agentes sanitarios elegidos a partir de los líderes comunitarios, habitualmente aborígenes.

La planificación familiar en el año 2000 ha sido el principal motivo de consulta dentro del programa de SSR¹⁶. A partir del año '98, se presencia el aumento del ingreso a la consulta de mujeres menores de 19 años que ya tienen un hijo, registrándose simultáneamente una caída en el ingreso de las mujeres multíparas (con cuatro o más hijos). Este cambio en el perfil de las usuarias, sin embargo, no significa mayor prevención del embarazo adolescente cuya tasa, de hecho, está en aumento.

A pesar de los mecanismos de coordinación entre el INSEP y el Ministerio de Salud Pública, es escasa la vinculación de la Obra Social Provincial con temas de salud sexual y reproductiva. La Obra Social no cuenta, a diferencia de su par mendocina, con un programa articulado, con definición de objetivos y metas mediatas e inmediatas. Tampoco existe un módulo con actividades específicas sobre este tema, y actualmente el DIU no está

¹⁴ En algunos centros de salud, la realización de PAP alcanza al 80% de las mujeres en edad fértil.

¹⁵ El objetivo en política de anticoncepción fue alcanzar una cobertura de aproximadamente el 62% de la población de mujeres en edad fértil, o el 12.4% de la población general. Estas metas fueron establecidas a partir de los indicadores de incidencia propuestos por el Population Council.

¹⁶ Entre tanto, existen cuatro proyectos de ley para reglamentar la ligadura de trompas y la vasectomía. La más grande oposición se presenta en los sectores vinculados a la iglesia Católica. Paralelamente, cierta corriente de opinión sostiene que el proyecto encubre el propósito de esterilización masiva de las mujeres.



incluido entre las prestaciones cubiertas por la obra social. Contrariamente, y de acuerdo con funcionarios de la institución, los anticonceptivos orales tienen 50% de descuento.

Tanto representantes del Colegio Médico Gremial como de la Federación Médica ponen de relieve la dificultad financiera que significaría afrontar la prestación de ciertas prácticas de SSR, resaltando en el primer caso la posibilidad de demandas judiciales asociadas. Ambas coinciden en manifestar que carecen de incentivos para implementar programas o planes de salud reproductiva.

Simultáneamente al desarrollo del programa de SSR, existen otros programas vinculados con este campo particular de la salud, con poca o ninguna integración a nivel provincial. Uno de ellos, es el programa de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, que cuenta con presupuesto propio y depende de la Dirección de Epidemiología de la Nación. Este programa distribuye preservativos al programa de SSR, aunque su población-objetivo lo constituyen determinados grupos, como por ejemplo, el de las trabajadoras sexuales.

Paralelamente, funciona la Dirección Materno-Infantil, financiada por la provincia y con fondos de la contraparte nacional. Sin embargo, el programa de SSR obtuvo recientemente fondos del programa PROMIN para la compra de leche, medicamentos de emergencia y anticonceptivos (¿ok?).

Desvinculado de las otras iniciativas, en cada zona sanitaria funciona un Comité de Muerte Materna que reporta a un comité central. Allí se evalúan los orígenes de las muertes maternas e infantiles producidas en cada una de las áreas. Las reuniones periódicas incluyen ateneos con participación de diferentes sectores: centros de salud, servicios de maternidad, servicios de pediatría, etc.

El Instituto Provincial de la Mujer, por su parte, desarrolla tareas conjuntas con organismos de salud y de educación provincial, en el marco del programa de procreación responsable de ejecución comunitaria. Los profesionales del Instituto reconocen la demanda espontánea de la población de distribución de anticonceptivos orales y DIUs, y de servicios de esterilización. A partir de ello, y en colaboración con la Dirección de Educación para la Salud, el Ministerio, la Escuela de Salud Pública y las autoridades del programa de SSR, elaboró un manual de capacitación docente en educación sexual que incluye el tratamiento de cuestiones de género, actualmente en proceso.

En general, los actores entrevistados no consideran que las reformas implementadas, tanto desde la seguridad social como desde el sector público (Hospital de autogestión, descentralización) se vinculen con la formulación de políticas provinciales específicas de salud sexual y reproductiva. Por el contrario, se sostiene que es la voluntad política de las autoridades provinciales la que define los ritmos del avance en la legislación de este campo.



Los profesionales y autoridades del Hospital Perrando observan sin embargo, efectos positivos desde la implementación de la ley de SSR, a partir de la creación de un consultorio exclusivamente dedicado a proveer este tipo de servicios. El mismo dio lugar a actividades tales como cursos cortos o clases de capacitación obstétrica y colocación de DIUs, aunque ello no se realice de modo sistemático y planificado.

4.- Impacto de la Reforma en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. La visión de los Prestadores.

4.1.- Introducción

En las secciones anteriores de este estudio se desarrollaron las características generales de las reformas de salud en Argentina y su incidencia esperada en aquellos servicios específicos de salud sexual y reproductiva. El marco descentralizado del sistema de salud argentino permite la existencia de estrategias locales de salud, pudiendo diferir entre provincias no sólo la intensidad de la reforma, sino también su dirección. Las provincias de Mendoza y Chaco fueron seleccionadas dentro de este contexto, y una visión particular de sus reformas como su impacto desde la perspectiva de los diseñadores de política, funcionarios y representantes de los sistemas de seguridad social analizadas comparativamente.

En el presente capítulo, se estudiará el impacto de la reforma en los servicios de salud sexual y reproductiva a partir de la estructura de oferta de servicios, según la percepción de los propios efectores de servicios de salud. El análisis se realizó a partir del diseño y circulación de una encuesta elaborada para tal fin entre 44 establecimientos públicos y privados, con y sin internación, de las ciudades capitales de las provincias de Mendoza y Chaco. El criterio muestral valoró la propiedad del establecimiento (público, privado, de seguridad social) y la disponibilidad de camas por institución (centro de salud, hospitales con y sin terapia intensiva). La muestra fue formulada aleatoriamente a partir de la Guía de Establecimientos de Salud de la Dirección de Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación (2002), corroborada y corregida por informantes claves de cada provincia.

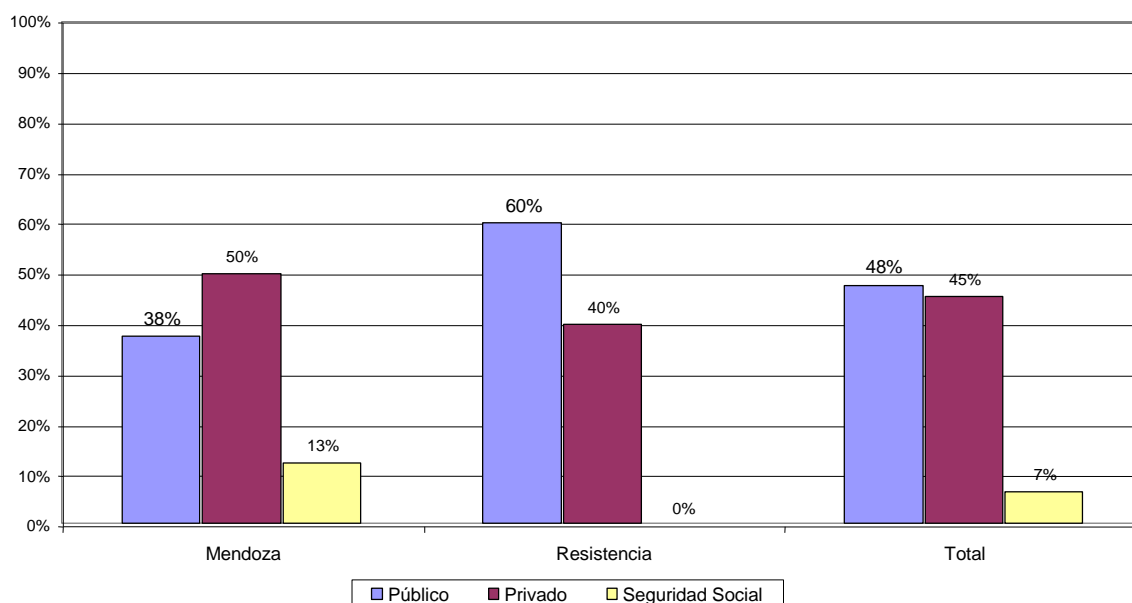
4.2.- Características Institucionales

El número total de efectores encuestados en ambas ciudades asciende a 44 instituciones, divididas en 20 entidades en la ciudad de Resistencia y 24 instituciones en Mendoza. Del total de efectores consultados, el 48 por ciento corresponden a instituciones de carácter público, hospitales centrales y centros de salud. Por su parte, el 45 por ciento de las instituciones pertenecen a la actividad privada, clínicas y sanatorios, consultorios y centros de salud privados, mientras que, por último, el restante 7 por ciento, son instituciones de propiedad del sistema de seguridad social. Dichas instituciones se encuentran focalizadas en Mendoza, dado que es la única provincia cuya obra social

provincial cuenta con efectores propios a diferencia de las restantes obras sociales provinciales.

En la Figura 4.2.1 se exponen la distribución al interior de cada provincia de los tipos de efectores encuestados, discriminados por la propiedad del capital:

Figura 4.2.1
Establecimientos Encuestados por Ciudad y Propiedad del Capital
Año 2002

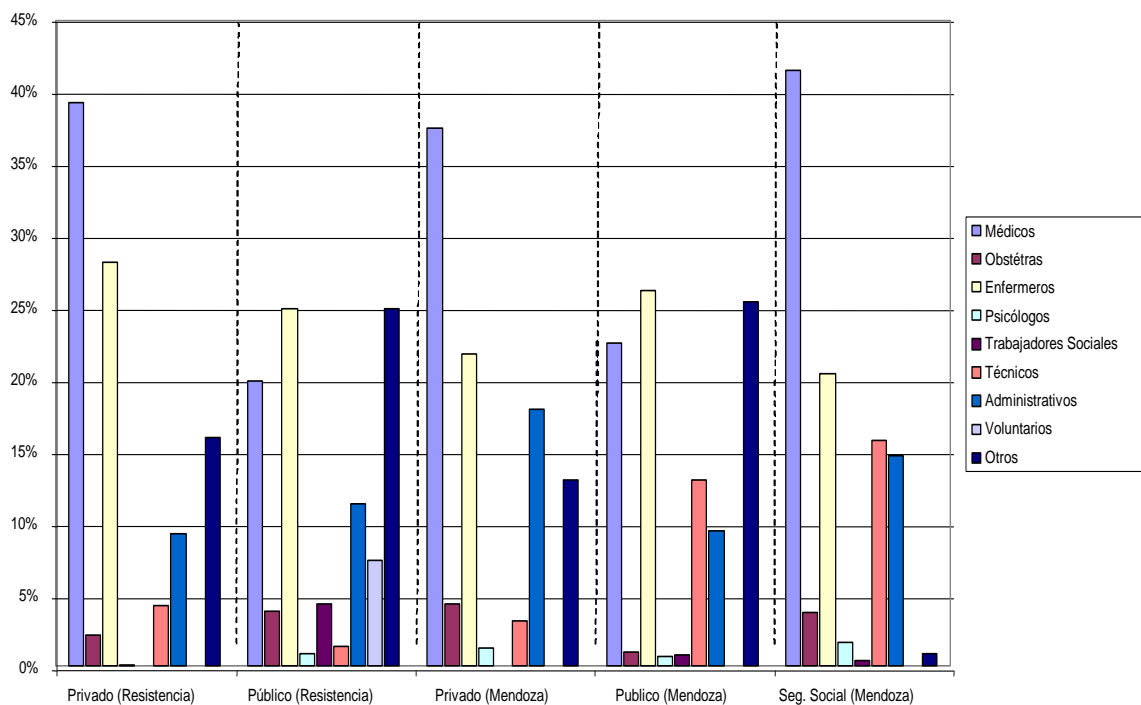


En el caso de Resistencia, el 60 por ciento de las unidades encuestadas corresponden al sector público, explicado fundamentalmente por centros de salud, mientras que el restante 40 por ciento corresponde a instituciones de servicios privadas. Por su parte, en la ciudad de Mendoza el 50 por ciento de la muestra incorpora efectores privados, un 38 por ciento a efectores públicos y el 13 por ciento restante corresponde a instituciones propias del sistema de seguridad social.

Las instituciones privadas encuestadas en la ciudad de Resistencia, mantienen una antigüedad promedio de 25 años, mientras que las instituciones de carácter público tienen una antigüedad de 22 años promedio de vida. Estos mismos resultados para los establecimientos encuestados en la ciudad de Mendoza son de 44 y 31 años respectivamente; la antigüedad de los efectores pertenecientes al sistema de seguridad social promedia los 49 años de permanencia en la prestación de servicios.

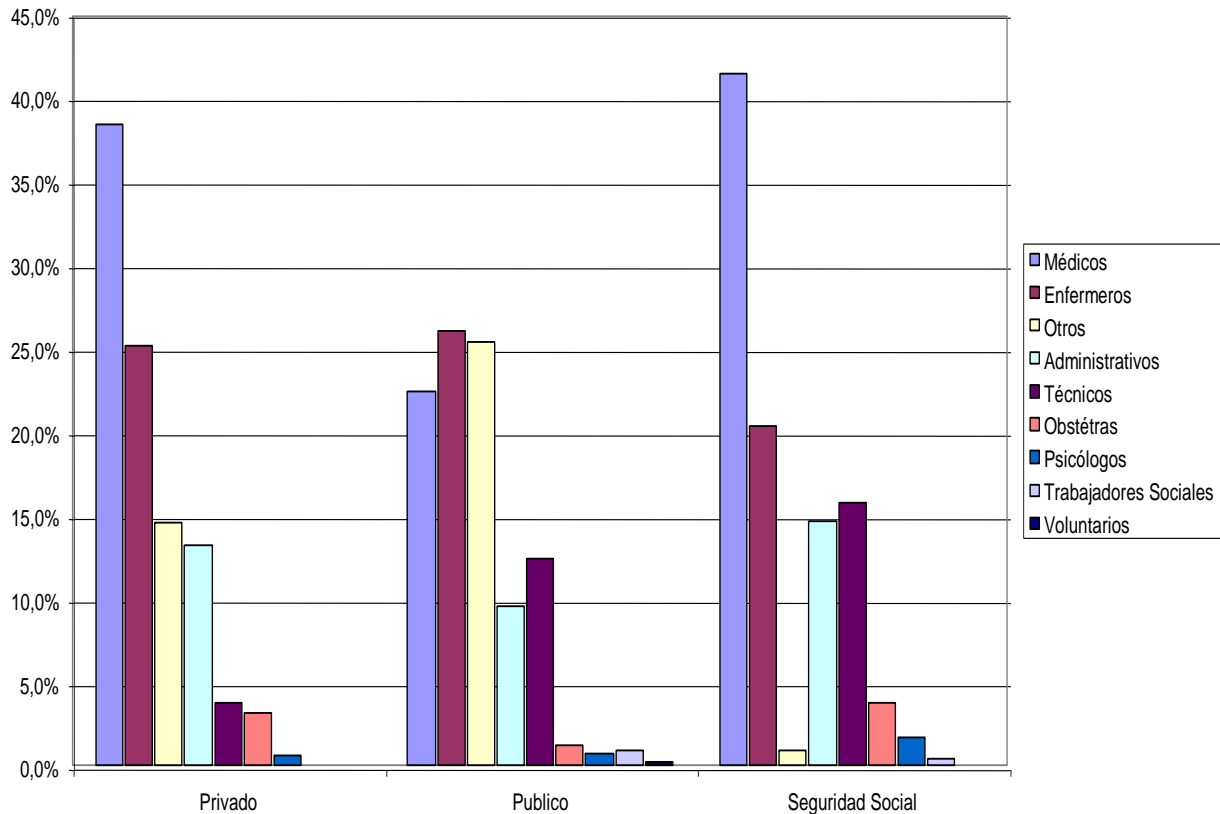
En términos de cantidad de personal empleado, las instituciones encuestadas presentan un patrón común: el número de médicos y enfermeros representan la mayor participación sobre el total de empleo generado al interior de las instituciones. En la Figura 4.2.2 se presenta la participación relativa del personal ocupado discriminado por especialidad para ambas ciudades y tipo de establecimiento:

Figura 4.2.2
Participación Porcentual de Empleados por Actividad, por Ciudad y Tipo de Institución.



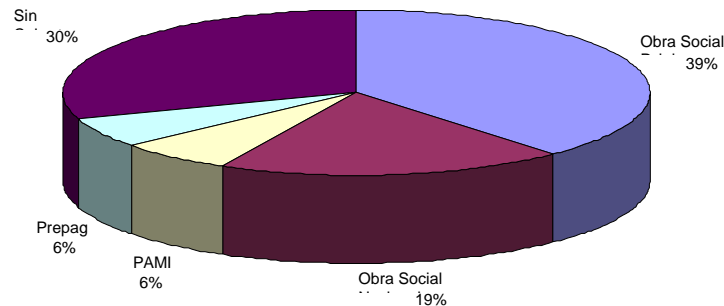
Si bien la participación entre médicos y enfermeros es la mayor respecto a las demás especialidades (30% y 27% promedio en Resistencia respectivamente, y 34% y 23% en Mendoza), los técnicos y empleados administrativos constituyen un importante grupo dentro de aquellas instituciones públicas y pertenecientes al sistema de seguridad social (con un 14% y 12% en su peso relativo, respectivamente), no ocurriendo lo mismo dentro de los efectores privados. Este fenómeno puede apreciarse en la Figura 4.2.3 en donde se exponen la misma distribución de personal, pero para el total de la muestra desagregado por tipo de institución:

Figura 4.2.3
Participación del Personal según Actividad dentro de la Institución, por tipo de Efector



La población demandante de servicios de salud por institución también se diferencia ampliamente, no solo entre tipo de efector, sino también entre jurisdicción. A cada efector se le solicitó establecer el porcentaje de participación de cada tipo de mecanismo de aseguramiento a fin de establecer las características financieras de la demanda. Las opciones fueron: seguro privado de salud (prepaga), seguro provisto por el Sistema de Seguridad Social (PAMI, Obras Sociales Nacionales y Obras Sociales Provinciales) y sin cobertura para aquellos que no cuentan con mecanismos formales de seguridad social. En este sentido, y de acuerdo a lo mencionado por los representantes de cada institución, en las siguientes Figuras se expone la participación de la demanda según tipo de cobertura para los distintos subsectores de atención en cada ciudad.

Figura 4.2.4
Participación de la demanda según tipo de cobertura médica.



De acuerdo a la Figura 5.2.4 y para el total muestral, el 30% de la población que acude a los servicios de salud de ambas provincias no cuentan con cobertura, debiendo recibir tratamiento gratuito o financiado mediante pagos de bolsillo. Las Obras Sociales Provinciales (OSP) cubren aproximadamente el 40% de los servicios de salud, en tanto las Obras Sociales Nacionales (OSN) no alcanzan el 20%. Estos valores divergen en algunos casos ampliamente con las coberturas formales provistas en la sección segunda de este informe, que sobreestima la dependencia del sistema de financiamiento de OSN.

Analizando en particular cada jurisdicción y cada tipo de efector (Figura 5.2.5 y 5.2.6) se verifica que en Resistencia el sistema formal de salud es marcadamente menor, especialmente en el sector privado. La presencia de pacientes en el sector privado y con financiamiento de la seguridad social provincial es significativamente menor en Mendoza (75% en Resistencia y 31% en Mendoza Capital), a pesar de que en esta última la OSP cuenta con efectores propios. Este efecto es significativo en las instituciones públicas donde la atención de pacientes de la OSP en Mendoza es solo del 4%, en contraste con el 16% identificado en Resistencia. Por el contrario, el peso de las OSN, tanto en la atención pública como privada es similar en Mendoza, para cualquier sector (24% y 25%) y casi insignificante en Resistencia (2% y 11%) respectivamente. Sólo en el sector privado de Mendoza el aseguramiento del PAMI y de empresas prepagas resulta significativo y mayor al 18%.

Figura 4.2.5
Mendoza, participación de la demanda según tipo de cobertura

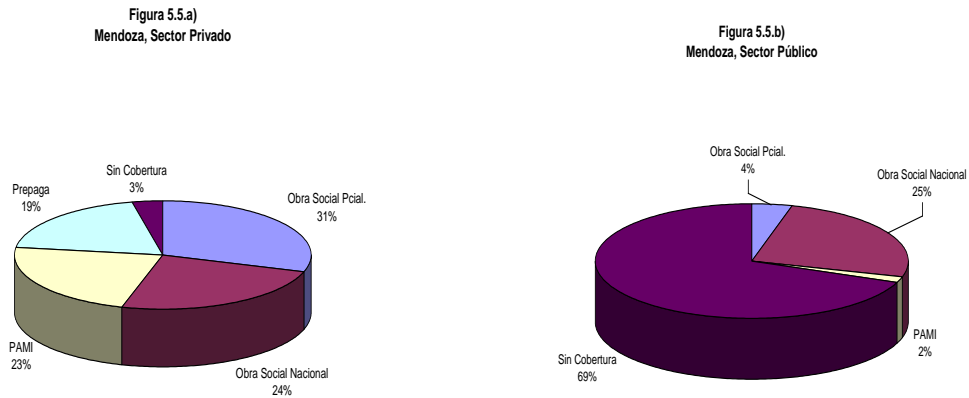
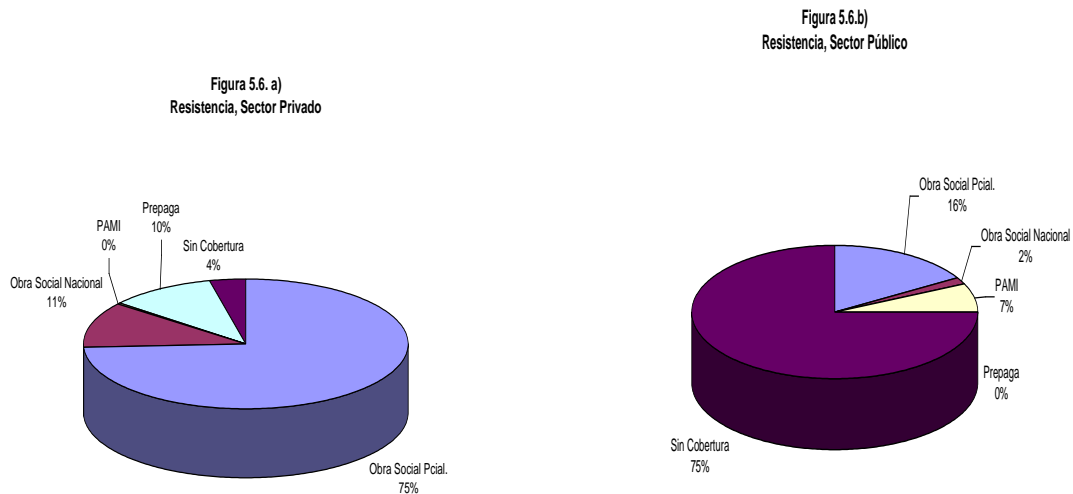


Figura 4.2.6
Resistencia, participación de la demanda según tipo de cobertura



De los gráficos precedentes se desprende la existencia de subsidios cruzados entre subsistemas donde una mayor (aunque limitada) participación en la demanda de efectores públicos en Mendoza cuentan con cobertura formal o identificable. El sistema de salud



público realiza un subsidio hacia las obras sociales como consecuencia de la participación que sus afiliados tienen en la demanda dirigida a los efectores públicos. Estas instituciones cuentan con limitada capacidad de gestión para recuperar esos costos. Por otra parte, los efectores propios de las obras sociales (radicadas en Mendoza) satisfacen sólo las necesidades de sus afiliados. Por último, es de destacar, la proporción de la población sin seguro médico que demanda servicios en el sector privado, debiendo ser esta oferta solventada mediante el pago de bolsillo de la población.

Esto último, se asocia a un fenómeno creciente: la modificación tanto cuantitativa, en términos de población, como cualitativa desde el punto de vista de la cobertura, de la población demandante. En este sentido, la mayoría de los directivos encuestados, dan cuenta del aumento de la demanda por parte de la población sin seguro médico y una disminución de la realizada por aquella población cubierta mediante el sistema de seguridad social desde los años 90 hasta la actualidad.

La crisis de empleo por la que atraviesa la economía argentina, tuvo repercusiones directas sobre el sistema de aseguramiento social. El mayor número de desempleados, al dejar de verse favorecidos por el sistema de seguridad social, se encuentran obligados a demandar servicios al sector público o bien a realizar pagos directos de bolsillo en el sector privado.

Asimismo, y de acuerdo a lo expresado por el Director de un Hospital Público de Mendoza, “el desfinanciamiento del sistema de seguridad social ha tenido un alto impacto en el sector público, aumentando las prestaciones y generando un subsidio cruzado del sector público hacia el de la seguridad social”. Ello sugiere que, no sólo la crisis de empleo si no también la crisis financiera por la que atraviesa el sistema de seguridad social es un causante adicional de la mayor demanda por los servicios públicos

La representante de un Centro de Salud en Resistencia, comparte la misma experiencia comentada en el párrafo anterior: “las obras sociales, con la reducción de prestaciones y el incremento del desempleo han sido causas directas del aumento de la demanda hacia el sector público”.

4.3.- Percepción de Reforma.

De acuerdo a los resultados de la encuesta elaborada para este estudio, la reforma del sector salud experimentada desde mediados de la década del '90 en la Argentina, no ha llegado de manera completa al total de los individuos participantes del sistema. Asimismo, el conocimiento sobre la misma, no ha sido homogéneo entre los efectores de las dos ciudades encuestadas.

En la siguiente Tabla 4.3.1, se expone la cantidad de directivos encuestados que han oído hablar de la reforma del sector salud expresada en porcentajes sobre el total muestral:

Tabla 4.3.1: Cantidad de efectores con conocimiento de la reforma, en %.

Efector\Ciudad	Resistencia	Mendoza	Total
Privado	25%	43%	58%
Público	5%	33%	33%
Seguridad Social	n.a	10%	8%
Total	30%	86%	100%

Fuente: elaboración en base a encuesta propia

De la Tabla precedente se observa que mientras en la ciudad de Resistencia sólo el 30 por ciento de los efectores encuestados tienen conocimiento del proceso de reforma del sistema de salud, en la ciudad de Mendoza ese mismo porcentaje asciende al 86 por ciento. De dichos porcentajes totales, en ambas ciudades, el sector público cuenta con menor conocimiento que el privado.

Asimismo, del total de encuestados que han tenido algún tipo de conocimiento sobre la reforma, gran parte de ellos sostiene que diversos elementos de la misma ha tenido impacto en sus provincias. Por ejemplo, en Resistencia, el total de encuestados coinciden en que aquellos aspectos de la reforma referidos a la salud sexual y reproductiva han repercutido en el modelo de atención aunque pocos rescatan los efectos de otros tipos de reforma en su provincia. Por su parte, en la ciudad de Mendoza, la percepción de las personas encuestadas es más variada. Mientras que algunos coinciden en que la reforma ha traído aparejado planes de acción orientados a mejorar la coordinación entre los tres subsectores principales (públicos, privado y de la seguridad social), otros destacan el proceso de regionalización, reestructuración del Ministerio de Salud Provincial y el establecimiento del seguro para la mujer en edad reproductiva. Sin embargo, y en su mayoría participantes del sector privado, admiten que la reforma en el sector salud no ha alterado el nivel de prestaciones de servicios.

4.4.- Impactos en la Provisión de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

La reforma realizada en el sector salud, ha intentado provocar impactos en distintas áreas de atención. De acuerdo a lo expresado por las distintas áreas del gobierno como por representantes de los diferentes subsistemas de seguridad social, la Salud Sexual y Reproductiva es reconocida como área prioritaria. El objetivo de esta sección es identificar estos cambios, si los hubo, y establecer su asociación con los distintos esfuerzos de reforma sectorial.

En la siguiente Tabla 4.4.1 se expone la variación porcentual promedio en el número de atenciones según tipo de prestación, discriminado por subsector y ciudad.

Tabla 4.4.1: Variación en la cantidad de prestaciones en porcentajes, período 1990-2002

	Controles Prenatales	Partos Naturales	Cesáreas	Anticoncepción	Detección de VIH	Detección de Sífilis	PAP	Consultas por Violencia
Total Resistencia	49,58	3,33	9,17	73,33	11,67	17,08	81,67	0,92
Sector Privado	57,50	20,00	20,00	55,00	20,00	40,00	60,00	0,00
Sector Público	48,10	0,20	7,10	72,10	10,10	15,50	79,10	1,10
Total Mendoza	31,29	-10,83	1,67	31,07	17,47	10,71	5,08	0,00
Privado	-23,33	-25,00	0,00	2,86	5,00	0,00	-14,17	0,17
Público	93,00	0,00	0,00	73,00	61,25	16,67	22,00	0,00
Seguridad Social	10,00	10,00	10,00	25,00	22,30	25,00	25,00	0,00

Fuente: elaboración en base a encuesta propia

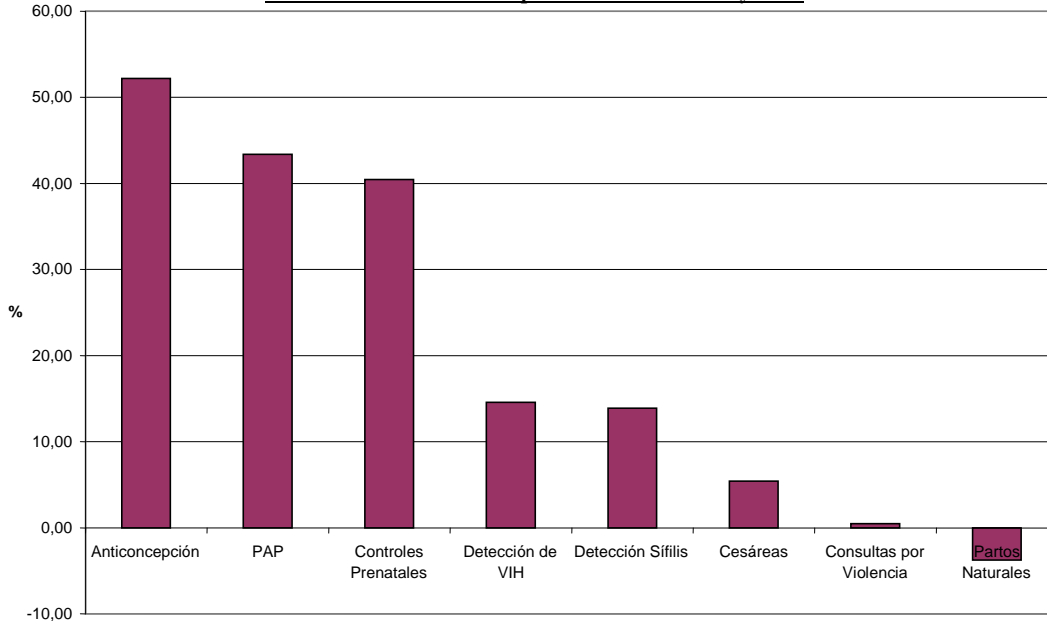
Para el promedio total de cada ciudad, se ha registrado un aumento para el período 1990-2002 en el número de atenciones asociadas con controles prenatales, anticoncepción y PAP. Asimismo, las atenciones referidas con la detección de individuos portadores de VIH/Sida y Sífilis han experimentado un incremento pero de menor magnitud.

Al interior de cada ciudad, la distinción entre sector privado y público no muestra grandes diferencias en la ciudad de Resistencia. Sin embargo, en Mendoza se observa una marcada divergencia en las respuestas entre ambos subsectores. En este sentido, el sector público ha evidenciado un aumento significativo en el número de atenciones relacionadas con las causas antes mencionadas, siendo el causante del incremento en el promedio de la ciudad, en tanto el relevamiento sobre el sector privado muestra una disminución entre 1990 y 2002 en el número de prestaciones asociadas tanto con controles prenatales como con PAP y partos naturales, y aumentos de menor magnitud en las prestaciones asociadas con la detección de VIH/Sida y anticoncepción.

Este hecho, encuentra relación con la variación en la composición de la demanda estudiada en el capítulo anterior. La mayor demanda de servicios públicos debido tanto a la crisis de empleo como al desfinanciamiento del sistema de seguridad social, han repercutido en un incremento de la demanda dirigida al sector público y en una disminución proporcional de aquella dirigida al sector privado.

Sin embargo, y como se observa en la Figura 5.4.1, en promedio se ha verificado un incremento en la demanda de las prestaciones de servicios de salud sexual y reproductiva en el período comprendido entre 1990 y 2002.

Figura 4.4.1:
Variación en la cantidad de prestaciones entre 1990 y 2002.



Fuente: elaboración en base a encuesta propia

Este incremento en la demanda de prestaciones relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, tiene dos ejes motivantes. El primero es el aumento de la demanda apreciado de manera espontáneo, considerado por el 76% de los encuestados como un factor determinante, en promedio para tres de los ocho tipos de prestación identificados.

En un segundo lugar, los directivos encuestados destacan ciertas causas relacionadas con la estructura del sistema de salud y su reforma reciente. En este sentido, tanto entidades que han considerado al aumento de la demanda espontánea como aquellos otros que no lo han hecho, encuentran entre los principales motivos del incremento de prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva a la puesta en marcha del programa nacional de sida y la aplicación de programas oncológicos y de planificación familiar, modificaciones en la disponibilidad de recursos humanos y en el tipo de servicios ofrecidos y la consolidación de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

En resumen, el incremento en el número de atenciones asociadas con la Salud Sexual y Reproductiva ha sido percibido por los prestadores como producto no sólo de la reforma en el sistema de salud, sino también como consecuencia de una mayor demanda espontánea, teniendo ambos motivos el mismo peso relativo sobre el total de causas reportadas.

Junto al incremento en el número de prestaciones demandadas, las instituciones encuestadas reportan un incremento en la calidad de los servicios ofrecidos destinados a



satisfacer dicha demanda. El 79% de las instituciones han admitido haber notado una mejora en la calidad de las prestaciones brindadas, el 19% ha señalado no haber registrado variación alguna y el restante 2% ciento ha sufrido una reducción en la calidad de los servicios. Los determinantes de esta mejora en calidad en Salud Sexual y Reproductiva se asocian con la difusión y mejor acceso a información (principalmente relacionada con la planificación familiar) durante los últimos años. Paralelamente se identifican mejoras en los resultados de salud obtenidos, tales como la disminución de la mortalidad materno-infantil y la detección precoz del cáncer de cuello y de mama. Asimismo, la mayor oferta gratuita de métodos anticonceptivos ha sido reportada como una mejoría en términos de acceso a la salud por parte de la población que no cuenta con cobertura o recursos para financiar dicho gasto.

Conjuntamente con la reforma en el sistema de salud público (descentralización, regionalización y autogestión hospitalaria), el sector ha experimentado otras modificaciones en la relación entre financiador y proveedor. En este sentido, se ha observado en el transcurso de los últimos años un cambio en la estructura de pago por prestación hacia una mayor financiación por medio de cápitas o módulos. El pionero en establecer estas nuevas reglas de juegos fue el PAMI seguido luego, por las obras sociales nacionales y por último las obras sociales provinciales. Estas últimas se encuentran actualmente revisando dichos procesos de cambio.

Considerando este segundo mecanismo de reforma en la Seguridad Social, el 20% de las instituciones encuestadas han admitido que los cambios contractuales con el PAMI han implicado cambios internos de prestación de servicios. Por otra parte, el 34% de los efectores encuestados, consideran que las modificaciones contractuales llevadas adelante por las obras sociales nacionales y actualmente por las obras sociales provinciales tienen efectos directos sobre sus finanzas y por ende sobre su capacidad prestadora.

Los principales cambios observados, son de dos tipos. En primer lugar, una reducción en la remuneración por igual trabajo, o capitas insuficientes, junto a una mayor demora en los pagos efectivos. Paralelamente, se han observado disminuciones en las prestaciones demandadas como consecuencia de dos factores: el primero esta asociado al establecimiento de coseguros que imponen una restricción presupuestaria adicional al paciente. La segunda, encuentra relación con una restricción establecida por la propia institución financiadora en lo atinente a las autorizaciones médicas.

Sin embargo, y en lo que respecta a servicios de Salud Sexual y Reproductiva la experiencia vivida por las instituciones encuestadas reportan que el proceso de reforma no ha tenido un impacto significativo sobre este grupo de prestaciones específicas.

Como parte del cuestionario elaborado, cada representante de las instituciones encuestadas reportó sobre los siguientes cambios ocurridos en el sistema de atención de la salud en las prestaciones brindadas para controles prenatales, PAP y provisión de métodos anticonceptivos. En la siguiente Tabla 4.4.2 se presenta el porcentaje de los agentes

encuestados que respondieron afirmativamente a la pregunta en relación al número total de la muestra. Cinco Instrumentos básicos de reforma en salud fueron expuestos para la evaluación de las instituciones encuestadas: (i) la autogestión hospitalaria, (ii) los mencionados cambios de mecanismos de pagos en los contratos de la seguridad social, (iii) la implementación del paquete médico obligatorio por parte de las obras sociales nacionales, (iv) la aplicación del PROMIN¹⁷ en las instituciones de salud de la provincia y (v) la implementación del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

Tabla 4.4.2: Impacto de la Reforma sobre Intervenciones de SSyR
(% de Respuestas Afirmativas para cinco Iniciativas)

	Controles Prenatales	PAP	Provisión de Métodos Anticonceptivos
Autogestión Hospitalaria	5%	7%	9%
Cambios Contractuales de la Seguridad Social	25%	25%	11%
Implementación del Plan Médico Obligatorio	2%	0%	0%
PROMIN	23%	16%	14%
Programa Provincial de SSyR	34%	48%	45%

Fuente: elaboración en base a encuesta propia

De los resultados obtenidos se desprende que, de acuerdo a la percepción de los agentes intervinientes en los diversos centros de atención, el impacto de algunas reformas introducidas en el sistema de salud en los últimos años no han tenido un impacto significativo sobre la cantidad y calidad de las prestaciones de servicios de Salud Sexual y Reproductiva. En este sentido, la implementación del hospital de autogestión, ha tenido un impacto muy pequeño en las atenciones destinadas a controles prenatales, PAP y métodos anticonceptivos. Del mismo modo, la implementación del Plan Médico Obligatorio fue considerada como causante de variación en las mismas prestaciones. Por otra parte, la implementación del Programa Materno-Infantil (PROMIN) fue percibida como una influencia moderada en el incremento de las atenciones destinadas a dichas tres especialidades.

Sin embargo, la instauración del Programa Provincial de Salud Reproductiva constituyó, de acuerdo a los funcionarios entrevistados, un importante factor de cambios. El tipo de consulta que sintió el mayor impacto, de acuerdo a la opinión de los efectores, fue las asociadas con PAP, dado que el 56% de los encuestados han identificado cambios. En orden de importancia le sigue las consultadas relacionadas con la planificación familiar y

¹⁷ El Programa Materno Infantil y de Nutrición (PROMIN) es un programa de coordinación nacional e implementación provincial con financiamiento del Banco Mundial. El mismo provee asistencia a centros urbanos con altas Necesidades Básicas Insatisfechas, a través de ampliación idfílica, equipamiento de centros de salud y cofinanciamiento de personal de unidades sanitarias y centros de desarrollo infantil.

prescripción de anticonceptivos (el 53% de los encuestados notaron cambios en dichas consultas) y por último las prestaciones ofrecidas asociadas con los controles prenatales.

Sin embargo, estos resultados no son homogéneos entre ciudades. En este sentido, en la siguiente Tabla 4.4.3 se exponen esos mismos resultados por ciudad:

Tabla 4.4.3: Impactos de algunos cambios en el sistema de atención de la salud sobre prestaciones de SSvR, por ciudad
(%respuestas positivas por intervención)

		Mendoza	Resistencia
La autogestión hospitalaria afectó la prestación de:	Controles prenatales	5%	20%
	PAP	14%	10%
	Métodos anticonceptivos	19%	5%
Los cambios en los contratos de la seguridad social afectaron la prestación de:	Controles prenatales	5%	35%
	PAP	5%	40%
	Métodos anticonceptivos	10%	10%
La implementación del Plan Médico Obligatorio (PMO) afectó la prestación de:	Controles prenatales	0%	5%
	PAP	0%	0%
	Métodos anticonceptivos	0%	0%
El PROMIN afectó la prestación de:	Controles prenatales	29%	20%
	PAP	19%	15%
	Métodos anticonceptivos	19%	10%
El Programa Provincial de Salud Reproductiva afectó la prestación de:	Controles prenatales	29%	45%
	PAP	33%	70%
	Métodos anticonceptivos	33%	65%

Fuente: elaboración en base a encuesta propia

Existen claras diferencias entre jurisdicciones y de acuerdo a la percepción de los proveedores. El establecimiento de los Programas Provinciales de Salud Reproductiva ha tenido gran impacto sobre las prestaciones. Sin embargo, mientras que en Mendoza un promedio del 32% de los encuestados ha mencionado la existencia de un aumento en las prestaciones, en Resistencia ese promedio alcanza el 60% de las respuestas.

La influencia de la autogestión hospitalaria en la ciudad de Mendoza ha resultado igual de alentadora (13% en promedio) que en Resistencia, cuya importancia alcanza el 12% promedio.

Por otra parte, si bien en términos del Programa Materno-Infantil la percepción de los efectores es similar entre ciudades, no ocurre lo mismo respecto a la visión de los efectos sobre los cambios contractuales ejercidos por el sistema de seguridad social han tenido sobre las prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva. En efecto, el 35% y 40% de los representantes de las instituciones encuestadas en Resistencia expresan que los cambios contractuales han incidido en el número de prestaciones para controles prenatales y PAP respectivamente, mientras que en la ciudad de Mendoza estos indicadores solo alcanzan el 5% de las opiniones.

Complementariamente, la ejecución del Programa Médico Obligatorio no ha tenido mayor impacto en las modalidades de prestación de Salud Sexual y Reproductiva.



4.5.- Conclusiones

Del estudio de la encuesta realizada a efectores de las ciudades de Resistencia y Mendoza, se observa una gran heterogeneidad entre los efectores tanto en lo institucional como en su percepción sobre los efectos que la reforma del sistema de salud tuvo sobre las prestaciones asociadas a la Salud Sexual y Reproductiva.

En este capítulo se analizan las características institucionales de cada una de las dos ciudades seleccionadas, identificando su peso relativo, la composición del personal empleado y las características de la demanda en cada jurisdicción, y para cada tipo de prestador. Fundamentalmente, el mecanismo de aseguramiento de la demanda real del sistema provee información acerca de los mecanismos de influencia de los distintos esfuerzos de reforma sobre la provisión efectiva de servicios. Los resultados muestran que salvo en las instituciones privadas de la capital mendocina, el sector público provincial (ya sea a través de sus estrategias gubernamentales como a partir de la Obra Social Provincial) determinan las conductas del sector.

Sin embargo, y como lo establece la sección tercera de este capítulo, la reforma no se percibe claramente, especialmente entre proveedores de servicios de Resistencia. De aquí se desprende una primera recomendación de política, identificada en otros estudios sobre reforma del sector salud en Argentina y la región: el proceso de transmisión de los objetivos e instrumentos de las reformas son débiles no sólo en términos de incentivos a la oferta, sino también en los mecanismos de comunicación social utilizados para informar a la población de los cambios propuestos.

Del estudio de las respuestas de efectores se observa que, el incremento en la demanda de prestaciones relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, tiene dos ejes motivantes. El primero es el aumento de la demanda considerado de manera espontáneo y el segundo se relaciona con ciertas causas asociadas con la estructura del sistema de salud y su reforma reciente, tales como, la puesta en marcha del programa de sida y programas oncológicos y de planificación familiar, modificaciones en la disponibilidad de recursos humanos y en el tipo de servicios ofrecidos, la mayor difusión de detección de cánceres, y la consolidación de los sistemas de referencia y contrarreferencia.

El estudio refuerza la necesidad de analizar a la provincia como unidad de investigación para conocer el impacto de distintas políticas de salud. En el caso de Mendoza, el hospital de autogestión aparece como una institución con capacidad de impacto en la Salud Sexual y Reproductiva, del mismo modo que en Resistencia la aplicación de reformas en contratos de la seguridad social mostró efectos significativos en esta área de la salud. No se puede sugerir que la reforma en el sistema de salud haya tenido un impacto significativo sobre las prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva dado que solo el Programa Provincial de Salud Reproductiva ha sido percibido en ambas jurisdicciones como una variable explicativa en el aumento de las prestaciones relacionadas con controles prenatales, PAP y anticoncepción. Asimismo, aunque en menor proporción



una mejora en el nivel de prestaciones es observada como consecuencia de la ejecución del Programa Materno-Infantil.

Finalmente, el establecimiento del Programa Médico Obligatorio (PMO) no ha logrado tener efectos sobre las prestaciones de SSyR. De acuerdo a las respuestas obtenidas de los distintos centros e instituciones de salud, la falta de información sobre las características del paquete, como las reformas posteriores, repercutieron sobre el impacto real de este cambio en la estructura de provisión de servicios de salud.

Referencias

Maceira, D. (2001) “Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe”, Ediciones Especiales no.3, OPS-PHR-HSPH. Washington, DC.

Maceira, D. (2002a) “Obras Sociales Provinciales. Análisis Comparativo sobre Organización, Financiamiento y Administración”, mimeo, julio.

Maceira, D. (2002b) “Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino”, Serie Seminarios Salud y Política Pública, WP7, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina.

**INDICE**

	Pág.
1. El sistema de salud en Argentina. Características Generales	1
2.- Descentralización y equidad en salud	5
3.- Estudio de Casos. Las experiencias de Mendoza y Chaco	18
3.1.- Introducción	18
3.2.- Reforma y Salud Sexual y Reproductiva en la Provincia de Mendoza	19
3.2.1.- Hospitales de Autogestión	19
3.2.2.- Proceso de Regionalización	20
3.2.3.- Reformas desde las Instituciones de Seguridad Social	22
3.2.3.1.- El Programa Médico Obligatorio	22
3.2.3.2.- Obra Social Provincial: caso OSEP	23
3.2.4.- Salud Sexual y Reproductiva	24
3.3.- Reforma y Salud Sexual y Reproductiva en la Provincia de Chaco	26
3.3.1.- Descentralización y regionalización	26
3.3.2.- Obra Social Provincial: caso INSEP	27
3.3.3.- Prestadores Privados: profesionales	28
3.3.4.- Salud Sexual y Reproductiva	29
4.- Impacto de la Reforma en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.	
La visión de los Prestadores	32
4.1.- Introducción	32
4.2.- Características Institucionales	32
4.3.- Percepción de Reforma	38
4.4.- Impactos en la Provisión de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	39
4.5.- Conclusiones	45



INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1.1: Sistema de Salud en Argentina.....	4
Figura 2.1: Evolución del gasto provincial en salud per cápita.....	7
Figura 2.2: Evolución de la participación del gasto en salud provincial sobre el total del gasto provincial.....	8
Figura 2.3: Evolución del gasto público en salud.....	11
Figura 2.4: Taxonomía de las Obras Sociales Provinciales.....	17
Figura 4.2.1: Establecimientos encuestados por ciudad y propiedad de capital, 2000	33
Figura 4.2.2: Participación porcentual de empleados por actividad, por ciudad y Tipo de institución.....	34
Figura 4.2.3: Participación del personal según actividad dentro de la institución, por tipo de efector	35
Figura 4.2.4: Participación de la demanda según tipo de cobertura médica.....	36
Figura 4.2.5: Mendoza, Participación de la demanda según tipo de cobertura	37
Figura 4.2.6: Resistencia, Participación de la demanda según tipo de cobertura.....	37
Figura 4.4.1: Variación en la cantidad de prestaciones entre 1990-2002.....	41



INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.1: Cobertura por subsector, 2002.....	2
Tabla 1.2: Camas disponibles según dependencia administrativa.....	3
Tabla 2.1: Gasto en salud per cápita provincial y porcentaje del gasto en salud provincial sobre el total del gasto público, por provincia en pesos constantes de 1999, 1993-2000.....	6
Tabla 2.2: Evolución del gasto provincial en salud per cápita, 1993-2000, expresada en pesos constantes de 1999.....	9
Tabla 2.3: Cobertura de la población por jurisdicción por tipo de seguro social, Año 2001.....	10
Tabla 2.4: Transferencia de Nación a Provincia destinadas a sector salud y proporción del gasto total provincial en salud, por provincia, en millones de pesos constantes, 1999.....	12
Tabla 2.5: Composición y evolución del gasto publico nacional en salud en pesos constantes, 1999.....	13
Tabla 2.6: Transferencias de recursos de origen nacional a provincias destinado al gasto en salud, discriminado por programa y provincia, 1999.....	14
Tabla 2.7: Transferencias de recursos de origen nacional a provincias destinado al gasto en salud, discriminado por programa y provincia, 2001.....	14
Tabla 2.8: Estructura de ingresos de las Obras Sociales Provinciales.....	16
Tabla 4.3.1: Cantidad de efectores con conocimiento de la reforma, en %.....	38
Tabla 4.4.1: Variación en la cantidad de prestaciones en porcentajes, 1990-2002.....	40
Tabla 4.4.2: Impacto de la reforma sobre intervenciones de SSR.....	43
Tabla 4.4.3: Impacto de algunos cambios en el sistema de atención de la salud sobre prestaciones de SSR, por ciudad.....	44