

Funciones Esenciales de Salud Pública en Argentina y la Relación Nación - Provincias: Una Propuesta de Distribución de Recursos

Daniel Maceira*

CEDES, Argentina

Agosto 2006

-
- Ph.D. en Economía, Investigador Titular CEDES. El presente trabajo fue encomendado por el Departamento de Sectores Sociales para América Latina del Banco Mundial. El autor agradece la colaboración de los representantes de los programas de salud pública nacional y al equipo de elaboración de proyecto del Banco Mundial bajo la coordinación de Fernando Lavadenz. Se agradece asimismo la asistencia de Ignacio Apella y Bernardo Díaz de Astarloa (CEDES) y los aportes de Sonia Tarragona, del Ministerio de Salud de la Nación en la preparación de este informe. Los análisis y sugerencias presentados son personales y no involucran a ninguna de las personas e instituciones mencionadas. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1. Introducción

La Argentina es una nación de ingresos medios altos con respecto al promedio de América Latina y el Caribe. Sin embargo, y a pesar de destinar un alto porcentaje de su PBI a la inversión en el sector salud y dar muestras de encontrarse en una transición epidemiológica hacia aquella de países desarrollados, la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes pone en evidencia que el país no ha afianzado sus logros en esta dirección.

La crisis que desenadena la devaluación de fines de 2001 llevó al crecimiento de la tasa de desempleo, aumentando los conflictos sociales y los indicadores de exclusión social. Asimismo, la flexibilización del mercado de trabajo redujo los altos niveles de cobertura formal en salud, especialmente asociados con esquemas solidarios de financiamiento, recayendo sobre el subsistema público una mayor demanda de atención. La naturaleza federal del país también fragmentó originalmente la capacidad de respuesta de cada provincia, hasta lograr, en algunos casos, una salida estructurada. En todo caso, la década del noventa y sus efectos post 1998 llevaron a una Argentina con una brecha creciente en ingreso y posibilidades entre grupos, y una mayor desprotección social de la población más necesitada.

El escenario presentado agudiza la situación previa, asociada con una asignación pobremente efectiva de los recursos, y con indicadores generales de salud por debajo de los esperados por su nivel de inversión y producto bruto per cápita. Esta situación se observa claramente a partir del análisis del Cuadro 1.1, donde se presentan una serie de indicadores para un grupo de naciones con ingresos per cápita similares al argentino, corregidos en dólares internacionales. Los valores corresponden al período 2002, post-devaluación, y los indicadores que acompañan muestran tasas de mortalidad infantil muy por encima de lo esperado, y niveles de gasto per cápita que más que duplican aquellos de las naciones más cercanas en términos de ingreso.

Dentro de este contexto resulta necesario diseñar una estrategia sanitaria que identifique los instrumentos tendientes a fortalecer las tres funciones básicas de salud pública: regulación, financiamiento y prestación, a partir de un esquema de prioridades ajustada al momento de emergencia, y que sirva de plafón para la articulación de un modelo sustentable.

Ello es especialmente importante en el contexto argentino donde se verifican tres elementos constitutivos:

- La descentralización entre nación y provincias, que requiere de modos de coordinación y complementación de actividades,
- La fragmentación de fondos de la seguridad social, que potencia el desafío de brindar un conjunto homogéneo de servicios equitativamente, minimizando los riesgos característicos de sistemas de salud, y
- La significativa participación del sector privado en la prestación de servicios, que desafía la capacidad regulatoria del Estado.

Dentro de este contexto, el presente trabajo busca presentar la discusión sobre mecanismos alternativos de distribución de fondos asociados con intervenciones esenciales en salud pública, reconociendo su importancia en la definición de una base sanitaria nacional, con notables efectos derivados y externalidades sobre toda la población.

Tabla 1.1
Comparación de estadísticas socioeconómicas. Año 2004

País	PBN p/cap 2002 PPP u\$s	PBN p/cap 2002 u\$s	Crecimiento % del PBI 2001-2002	Crecimiento p/capita % del PBI 2001-2002	Mortalidad Infantil <5 años 2001	Gasto Total en salud per Cápita 1997-2000
Brasil	7,250	2,850	1.5	0.3	36	267
Botswana	7,770	2,980	3.5	2.5	110	191
Rusia	7,820	2,140	4.3	4.8	21	92
Costa Rica	8,260	4,100	2.8	1.0	11	273
Malasia	8,280	3,540	4.2	2.1	8	101
México	8,540	5,910	0.7	-0.8	29	311
Trinidad y Tobago	8,680	6,490	2.7	2.0	20	..
Chile	9,180	4,260	2.1	0.9	12	336
Croacia	9,760	4,640	5.2	5.3	8	434
Sudáfrica	9,870	2,600	3.0	2.2	71	255
Lituania	9,880	3,660	6.7	6.9	9	185
Argentina	9,930	4,060	-10.9	-12.0	19	658
Polonia	10,130	4,570	1.2	1.2	9	246
Estonia	11,120	4,130	5.8	6.2	12	218
Uruguay	12,010	4,370	-10.8	-11.3	16	653
Eslovaquia	12,190	3,950	4.4	4.3	9	210
Hungría	12,810	5,280	3.3	3.5	9	315
Rep. Checa	14,500	5,560	2.0	2.1	5	358
Corea	16,480	9,930	6.3	5.7	20	584
Portugal	17,350	10,840	0.4	0.3	6	862
Eslovenia	17,690	9,810	2.9	2.9	5	788
Grecia	18,240	11,660	4.0	3.6	5	884

Fuente: Elaboración propia en base a Banco Mundial, World Development Report, 2004

Como marco de análisis, el presente trabajo profundiza en el estudio de la relación entre el nivel central de gobierno y sus pares provinciales en el financiamiento y coordinación de los programas de salud pública, junto con los mecanismos de transferencia de recursos utilizados. Para ello, en la siguiente sección se analiza la literatura reciente sobre financiamiento y gasto en salud, el rol del sector público central y provincial con el financiamiento de la brecha de equidad, y la dispersión de gasto de bolsillo en salud.

La tercera sección examina algunos programas de intervenciones esenciales en salud pública y para cada una de estas intervenciones, identifica las acciones del gobierno nacional para brindar los servicios y la articulación con las provincias.

Para ello se trabaja con la definición de programas esenciales, sus características tanto de gestión como marco legal, y los modos de financiamiento y distribución.

En la cuarta sección se establecen propuestas de distribución de fondos entre las provincias, en base a principios de equidad asociando necesidades, infraestructura e incentivos, en tanto la quinta sección presenta y analiza simulaciones de distintos escenarios de distribución de tales fondos. Finalmente, se discuten las principales conclusiones alcanzadas.

2. El Sistema de Salud Argentino

El sistema de salud argentino puede ser definido como amplio en términos de cobertura, segmentado en cuanto al número de participantes y con una marcada separación entre las funciones de aseguramiento y provisión (Katz et al., 2003, Flood, 1997, entre otros). La cobertura de servicios de salud se encuentra compartida entre el Sector Público (Nacional, Provincial y Municipal), el Sector de Obras Sociales, y el Sector Privado, con fuertes interrelaciones tanto a nivel de la provisión como en términos de financiamiento. El sistema de aseguramiento social amplio - esto es, las instalaciones dependientes de los Ministerios de Salud Nacional y Jurisdiccionales y las instituciones de seguridad social (Obras Sociales Nacionales, Provinciales y PAMI) – cubren aproximadamente el 95% de la población, en tanto la población restante descansa en una cobertura de salud brindada por empresas de medicina prepaga.

Las Obras Sociales Nacionales (OSNs) son un grupo de aproximadamente 300 instituciones definidas por actividad productiva. Su financiamiento proviene de un impuesto al salario del 3% del ingreso del trabajador y 5% como aporte del empleador. Del total de ingresos por Obra Social, la Administración Federal de Ingresos Públicos retiene un 10% (y 15% de aquellas obras sociales del personal de dirección), que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución, gerenciado por la Administración Nacional de Servicios de Salud (ANSES), cuya función es incorporar un componente de equidad en la distribución de recursos entre entidades. Asimismo, deduce los gastos generados por prestaciones a afiliados de la Obra Social en hospitales públicos de autogestión (Maceira y Cicconi, 2003).

El PAMI, la institución que otorga cobertura a la población jubilada y pensionada, constituye una pieza estratégica en la definición de contratos y mecanismos de pago con los prestadores privados y el sector farmacéutico (Maceira y Poblete, 2003). Su financiamiento proviene de varias fuentes: (1) los aportes 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.

Las Obras Sociales Provinciales (OSProv), brindan cobertura de salud a los empleados de las administraciones públicas provinciales, y cubren entre un 8 y

40% de la población total de su jurisdicción (Maceira, 2003). Sus fuentes de financiamiento son las contribuciones salariales de los empleados públicos y los aportes de la provincia en su rol de empleador.

Argentina cuenta con una red de provisión de servicios, mayoritariamente financiada por mecanismos de aseguramiento social. 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, los fondos provinciales, y las Obras Sociales Nacionales gerenciadas centralmente por el ANSeS.

Dado este contexto, el objetivo de la presente sección es analizar las desigualdades en el financiamiento de los servicios de salud entre provincias y quintiles de ingresos. Asimismo se busca establecer cuál es el papel desempeñado por el gobierno nacional en la reducción de dichas desigualdades, si éstas existieran, y en el establecimiento de mecanismos de focalización en la utilización de recursos.

La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997 brinda la última información disponible por quintil de ingreso y por región sobre patrones de consumo e ingreso. A partir del análisis de dicha información, las Figuras 2.1 y 2.2 presentan la relación entre el gasto de bolsillo en salud, desagregado en gasto en servicios de salud, gasto en prepago y gasto en medicamentos, y nivel de ingreso de los hogares.

Figura 2.1
Incidencia del Gasto en Salud en el Ingreso Familiar
(en % del ingreso)

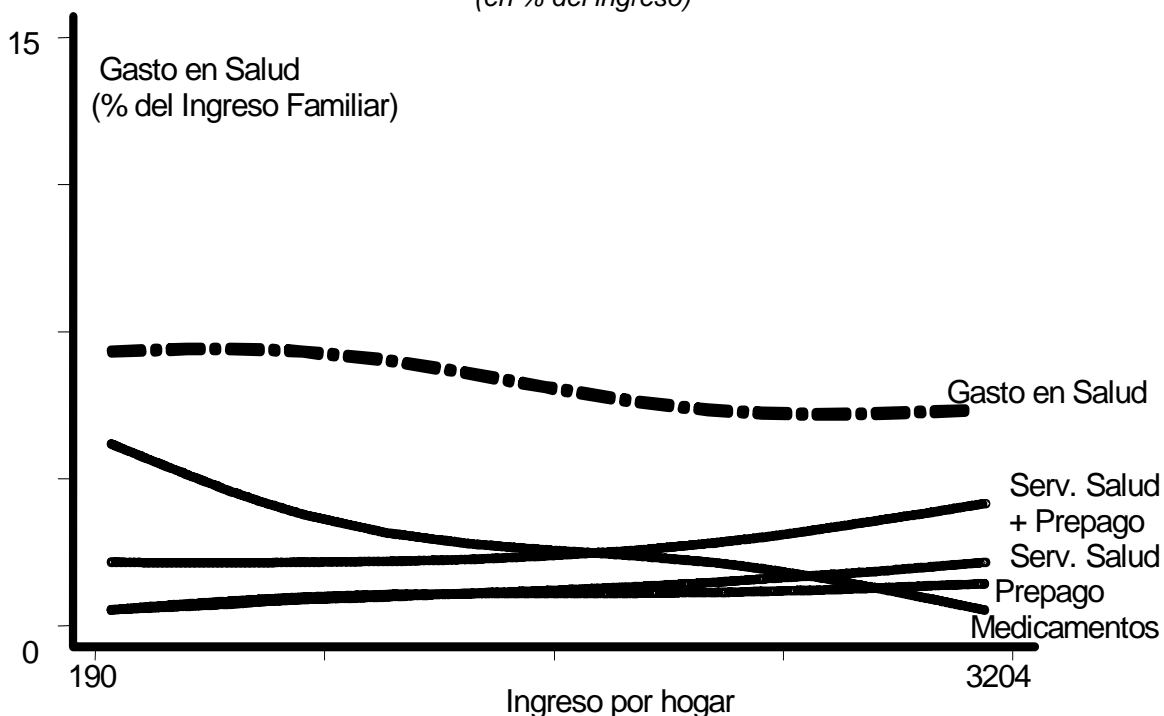
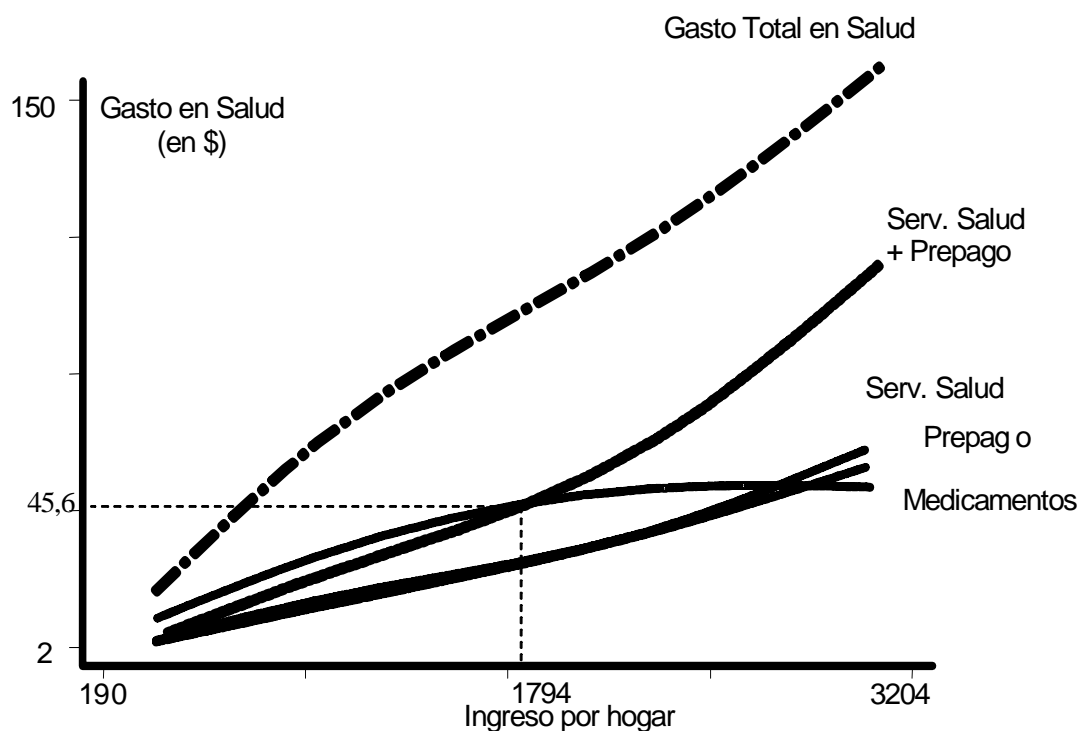


Figura 2.2
Incidencia del Gasto en Salud en el Ingreso Familiar
(en \$)



La primera Figura establece la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto total en salud como porcentaje del ingreso y el ingreso de los hogares. Esta relación resulta relativamente cóncava, lo que profundiza el efecto regresivo del gasto en salud. La pendiente negativa se asocia principalmente con el gasto en medicamentos, en tanto que las erogaciones en servicios y por prepagas, acompañan positivamente el aumento del ingreso.

Inversamente, la Figura 2.2 muestra una relación positiva y significativa entre el gasto total en salud en pesos y el ingreso de los hogares. Se desprende que los tres tipos de gastos (servicios de salud, medicamentos y prepagas) dependen positivamente del nivel de ingreso de los hogares. Sin embargo, la elasticidad ingreso resulta heterogénea: mientras el gasto en medicamentos tiene una elasticidad ingreso diferente entre quintiles de ingresos, aquella que surge de la demanda de servicios de salud y por servicios de prepagas resulta relativamente constante. En términos absolutos, se puede apreciar que mientras los hogares de menores ingresos realizan un mayor desembolso de dinero destinado a la compra de medicamentos en comparación con sus gastos en servicios de salud, esta proporción se invierte en los hogares de mayores ingresos. La intersección entre ambas curvas se produce a un nivel aproximadamente igual a \$1794,15, cercano al promedio de ingreso del tercer quintil.

Tabla 2.1
Porcentaje del Gasto en Bolsillo en Salud sobre el Ingreso Medio, según Tipo de Gasto, por
Región y Quintil. Año 1997

Región / Quintil	Gasto en Medicamentos					Gasto en Servicios de Salud					Gasto Total en Salud				
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Región Patagónica	2.25	2.75	2.87	2.26	1.39	0.75	0.91	1.74	1.68	2.19	3.00	3.66	4.61	3.94	3.58
Región Noreste	4.09	3.65	4.53	2.92	2.36	2.22	1.96	1.47	1.94	1.70	6.31	5.61	6.00	4.86	4.06
Región Pampeana	8.16	6.09	4.25	3.43	2.24	2.20	2.25	2.39	3.17	2.82	10.35	8.33	6.65	6.60	5.06
Región Noroeste	9.31	5.09	4.72	4.41	3.25	1.21	1.67	1.97	2.44	2.47	10.51	6.76	6.69	6.85	5.72
Región Cuyo	9.04	6.78	5.06	4.52	2.66	2.26	3.40	2.21	2.14	3.25	11.31	10.19	7.27	6.66	5.91
Región Metropolitana	11.16	6.78	4.87	3.88	2.36	3.60	2.47	3.27	3.61	4.67	14.76	9.25	8.14	7.50	7.03

Fuente: Elaboración propia en base a ENGH97

La Tabla 2.1 muestra la estructura de gasto separadamente para las seis regiones del país. El primer quintil de la región Metropolitana es aquel que realiza el mayor desembolso en salud en términos de su ingreso (15% aproximadamente), casi cinco veces mayor al erogado por el mismo quintil de la Patagonia. A excepción de ésta última región, el gasto en medicamentos del primer quintil es superior al de los grupos de mayor nivel de ingreso, en tanto que la dirección opuesta se observa en el gasto en servicios de salud, con excepción del Noroeste.

Estos resultados reflejan la brecha de equidad en el financiamiento de la salud, medido a partir del gasto de bolsillo erogado por los hogares. A continuación, se estudia la existencia de alguna asociación a nivel provincial entre la asignación de recursos y las necesidades de la población a fin de establecer la contribución del sector público a la cobertura de las demandas de atención del sistema (Maceira, 2006).

Para el caso del subsector público, la Tabla 2.2 presenta para los años 1993 y 2003 el gasto provincial en salud per cápita junto al porcentaje que representa dicho gasto en el total de erogaciones de cada jurisdicción. Asimismo, se muestran las respectivas variaciones porcentuales de dichas variables entre 1993 y 2003.

Pese a que el gasto en salud promedio disminuyó aproximadamente un 8% entre ambos períodos, se identifican marcadas diferencias jurisdiccionales: sólo en las provincias de Neuquén, Santa Cruz, La Rioja, Chubut, San Luis y Formosa aumentan los desembolsos per cápita durante el período bajo estudio, en tanto la caída en Corrientes, Misiones y Córdoba supera el 30% del valor a 1993.

La jurisdicción que mostró el mayor incremento de la participación del gasto en salud dentro de sus finanzas públicas fue La Rioja (85%). En el extremo opuesto se encuentra la provincia de Córdoba (35.3%), aunque en este último caso, el motivo se encuentra asociado a la creciente descentralización del gasto hacia niveles municipales.

Tabla 2.2
Evolución del Gasto en Salud *per cápita* Provincial en pesos constantes de 1999
(1993-2003)

Jurisdicción	1993		2003		Variación 93-03
	Gasto Provincial en Salud per Cápita	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial	Gasto Provincial en Salud per Cápita	% del Gasto en Salud sobre el Gasto Total Provincial	
Neuquén	204.63	10.24%	360.47	13.23%	76.15%
Santa Cruz	236.95	9.25%	350.45	7.62%	47.90%
Tierra del Fuego	400.43	11.80%	306.86	8.56%	-23.37%
G.C.B.A (*)	276.04	27.62%	260.10	27.84%	-5.77%
La Rioja	143.04	6.85%	199.45	12.68%	39.44%
La Pampa	197.56	11.41%	176.74	10.52%	-10.54%
Chubut	165.71	11.47%	173.50	10.13%	4.70%
San Luis	137.10	11.32%	147.94	11.57%	7.91%
Río Negro	156.39	9.27%	122.35	11.22%	-21.77%
Catamarca	133.90	8.10%	120.50	9.23%	-10.01%
San Juan	133.65	10.83%	116.86	13.76%	-12.56%
Formosa	107.08	6.96%	111.79	9.93%	4.40%
Salta	118.28	13.94%	96.54	15.10%	-18.38%
Jujuy	118.63	9.88%	96.43	10.59%	-18.72%
Entre Ríos	96.97	10.56%	95.18	10.98%	-1.85%
Santiago del Estero	98.56	9.45%	74.52	10.71%	-24.39%
Mendoza	82.32	8.96%	73.36	9.14%	-10.88%
Chaco	83.55	9.54%	71.36	8.00%	-14.59%
Santa Fe	65.89	8.98%	64.04	8.75%	-2.81%
Tucumán	72.91	10.58%	60.68	8.99%	-16.77%
Buenos Aires	63.23	11.28%	60.09	9.96%	-4.97%
Córdoba	114.05	13.15%	59.66	8.51%	-47.69%
Misiones	82.17	10.15%	56.55	7.43%	-31.19%
Corrientes	83.85	11.14%	46.28	7.36%	-44.81%
Promedio Total	149.23	10.95%	137.57	11.49%	-7.81%

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

(*) La Ciudad de Buenos Aires carece de servicios propios en Defensa y Justicia, razón por la cual el peso relativo del sector resulta sobreestimado con respecto a las otras jurisdicciones.

La Tabla 2.3 presenta algunos indicadores de necesidades y de oferta de salud junto al gasto promedio anual provincial en este rubro para los años 1993-2003, expresados en pesos constantes de 1999. Los indicadores utilizados como proxy de los requerimientos de salud son el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI); un indicador de perfil epidemiológico¹ y la tasa de mortalidad infantil para el año 1999. Los indicadores de oferta seleccionados son el número de médicos, la cantidad de establecimientos asistenciales y el número de camas disponibles por provincia.

Los coeficientes de correlación simple entre el gasto provincial en salud y las características de la demanda no resultan relevantes. Sin embargo, la correlación con la estructura prestadora es altamente significativa (mayor al 90 por ciento con el número de médicos y el número de camas y mayor al 70 por ciento con el indicador de instalaciones sanitarias). Estos resultados sugieren que el gasto provincial en salud se destina al mantenimiento de las redes existentes, las cuales

¹ Este indicador surge de comparar los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) cada diez mil habitantes por tumores y enfermedades infecciosas, con respecto a la media nacional: un valor 4 refleja la situación de aquellas provincias donde ambos AVPP superan la media del país, en tanto que un valor 1 muestra la situación opuesta. El valor 2 indica que las jurisdicciones señaladas poseen AVPP por tumores mayores al promedio y AVPP por enfermedades infecciosas menores a tal patrón.

no necesariamente se asocian con indicadores de requerimientos de atención de salud por parte de la población (Maceira, 2006).

Tabla 2.3
Indicadores de Oferta y Necesidades del Sistema de Salud, por Provincia

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

Fuente:

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

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

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

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

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

El gobierno nacional ejecuta transferencias presupuestarias a los gobiernos provinciales. La Tabla 2.4 presenta la evolución de las mismas para los años 2000, 2002 y 2004, y su participación dentro del gasto total provincial en salud.

La magnitud de las transferencias monetarias de la Nación a las jurisdicciones rezagadas en el 2000 es insignificante en términos de participación porcentual en el gasto provincial, y menor al uno por ciento del gasto local en salud. Las excepciones son el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con un 3,66% y la Provincia de Buenos Aires con un 3,95%, mostrando la importancia del factor poblacional en la distribución de recursos. Para el año 2004 el nivel de transferencias resulta también de baja importancia relativa respecto al gasto provincial en salud, con pequeños incrementos en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (9,7%), Provincia de Buenos Aires (8.2%), seguidas por Jujuy y Tucumán con un 2,1 y 2,08% respectivamente.

Tabla 2.4
Transferencias desde el Gobierno Nacional a los Gobiernos Provinciales destinadas al Sector Salud, por Provincia
- En millones de pesos constantes de 1999 -

Provincias	Transferencias 00	% del Gasto Provincial en Salud 00	Transferencias 02	% del Gasto Provincial en Salud 02	Transferencias 04	% del Gasto Provincial en Salud 04
G.C.B.A	39.88	3.7%	44.16	6.5%	68.88	9.7%
Buenos Aires	42.96	3.9%	36.80	4.4%	67.94	8.2%
Catamarca	0.98	0.1%	0.52	1.4%	0.39	1.0%
Córdoba	3.99	0.4%	1.46	0.7%	1.06	0.6%
Corrientes	2.72	0.3%	1.38	3.3%	0.64	1.5%
Chaco	4.97	0.5%	1.98	2.6%	1.30	1.9%
Chubut	1.17	0.1%	0.55	0.8%	0.49	0.7%
Entre Ríos	2.35	0.2%	0.74	0.8%	0.46	0.4%
Formosa	1.89	0.2%	0.85	1.6%	0.27	0.5%
Jujuy	3.85	0.4%	1.40	2.5%	1.24	2.1%
La Pampa	0.40	0.0%	0.33	0.7%	0.42	0.8%
La Rioja	1.05	0.1%	0.68	1.5%	0.51	0.9%
Mendoza	2.68	0.2%	1.25	1.2%	0.44	0.4%
Misiones	3.49	0.3%	1.81	3.3%	0.61	1.1%
Neuquén	1.04	0.1%	0.37	0.3%	0.13	0.1%
Río Negro	2.01	0.2%	0.63	1.1%	0.22	0.3%
Salta	3.35	0.3%	2.11	2.1%	1.12	1.1%
San Juan	1.01	0.1%	0.41	0.6%	0.13	0.2%
San Luis	0.68	0.1%	0.25	0.5%	0.11	0.2%
Santa Cruz	0.34	0.0%	0.11	0.2%	0.12	0.2%
Santa Fe	3.10	0.3%	1.73	1.1%	1.07	0.6%
Santiago del Estero	1.87	0.2%	0.83	1.2%	0.16	0.3%
Tucumán	3.38	0.3%	1.65	5.5%	0.64	2.1%
Tierra del Fuego	0.21	0.0%	0.08	0.1%	0.10	0.1%

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

Nota: Las transferencias corrientes y de capital no incluyen transferencias no monetarias (en especies).

La Tabla 2.4 contempla solamente la distribución de recursos monetarios – exceptuando las transferencias en especie –. La información presentada sugiere cierto nivel de desigualdad en la participación de cada jurisdicción en los recursos totales transferidos, siendo la variable de ponderación el nivel poblacional.

De manera complementaria, la Tabla 2.5 presenta el valor de las transferencias en especie realizadas por el gobierno nacional hacia las provincias, para algunos programas seleccionados: Programa Nacional de Inmunización, Programa Materno Infantil, Programa Nacional de Lucha contra el VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, Programa Nacional de Control de Vectores y Programa Nacional de Control de Cólera.

En los cinco casos se observa un crecimiento de las transferencias en especie per cápita entre los años 2002 y 2004. Paralelamente, el monto transferido por los tres primeros programas a cada jurisdicción se encuentra significativamente asociado con el tamaño poblacional. En este sentido, el índice de correlación simple entre la población y la cantidad de recursos transferidos es de 0.99 (PNI), 0.96 (Programa Materno Infantil) y 0.69 (Programa de Lucha contra el VIH-SIDA).

Sin embargo, no todos los recursos transferidos son regidos por el tamaño de la población. Se identifican dos casos, Control de Vectores y Cólera, que se encuentran asociados con el perfil epidemiológico y características geográficas de

cada provincia. Así, las jurisdicciones mayormente beneficiarias de estos recursos son aquellas ubicadas en la región noroeste y noreste del país, zonas con mayor incidencia de estas enfermedades.

Tabla 2.5.a
Programa Nacional de Inmunización: Valor de las Transferencias en especie, por programa.
Años 2002 y 2004

Provincias	Programa Nacional de Inmunización		Población	Población con NBI	Transferencias per cápita	Transferencias per cápita de NBI	Transferencias per cápita	Transferencias per cápita de NBI	Variación Porcentual de las Transferencias per cápita
	2002	2004							
GCBA	2,062,543	3,652,160	2,725,488	212,489	0.76	9.71	1.34	17.19	77.07
Buenos Aires	13,002,340	20,025,622	13,708,902	2,161,064	0.95	6.02	1.46	9.27	54.02
Catamarca	478,140	714,841	331,635	71,145	1.44	6.72	2.16	10.05	49.50
Chaco	1,088,218	1,495,248	978,882	323,354	1.11	3.37	1.53	4.62	37.40
Chubut	510,400	505,110	405,594	62,872	1.26	8.12	1.25	8.03	-1.04
Córdoba	2,214,343	5,482,219	3,028,943	393,708	0.73	5.62	1.81	13.92	147.58
Corrientes	1,007,147	1,380,576	925,924	264,277	1.09	3.81	1.49	5.22	37.08
Entre Ríos	1,121,718	2,248,768	1,149,418	202,578	0.98	5.54	1.96	11.10	100.48
Formosa	599,855	666,546	484,261	162,862	1.24	3.68	1.38	4.09	11.12
Jujuy	682,217	849,341	608,402	175,179	1.12	3.89	1.40	4.85	24.50
La Pampa	278,229	264,920	296,110	30,587	0.94	9.10	0.89	8.66	-4.78
La Rioja	308,328	386,644	288,407	58,869	1.07	5.24	1.34	6.57	25.40
Mendoza	1,183,301	3,094,755	1,566,902	241,053	0.76	4.91	1.98	12.84	161.54
Misiones	1,141,247	1,573,240	960,002	260,271	1.19	4.38	1.64	6.04	37.85
Neuquén	573,282	834,797	467,857	79,547	1.23	7.21	1.78	10.49	45.62
Río Negro	580,005	656,689	545,687	97,486	1.06	5.95	1.20	6.74	13.22
Salta	1,431,005	2,135,122	1,070,527	338,484	1.34	4.23	1.99	6.31	49.20
San Juan	544,829	1,078,820	616,484	107,372	0.88	5.07	1.75	10.05	98.01
San Luis	521,023	960,252	365,255	57,072	1.43	9.13	2.63	16.83	84.30
Santa Cruz	319,909	268,123	192,851	19,985	1.66	16.01	1.39	13.42	-16.19
Santa Fe	2,444,638	3,442,799	2,976,384	440,346	0.82	5.55	1.16	7.82	40.83
Santiago del Estero	806,866	1,671,242	800,591	250,747	1.01	3.22	2.09	6.67	107.13
Tierra del Fuego	124,716	127,976	99,356	14,033	1.26	8.89	1.29	9.12	2.61
Tucumán	1,387,885	2,860,406	1,333,547	318,209	1.04	4.36	2.14	8.99	106.10
Total	32,349,641	52,724,056	35,927,409	6,343,589	0.90	5.10	1.47	8.31	62.98

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda - Ministerio de Salud de la Nación

Tabla 2.5.b
Programa Materno Infantil: Valor de las Transferencias en especie, por programa. Años 2002 y 2004

Provincias	Programa Materno Infantil		Población	Población con NBI	Transferencias per cápita	Transferencias per cápita de NBI	Transferencias per cápita	Transferencias per cápita de NBI	Variación Porcentual de las Transferencias per cápita
	2002	2004							
GCBA	1,119,776	1,335,637	2,725,488	212,489	0.41	5.27	0.49	6.29	19.28
Buenos Aires	15,955,808	26,866,930	13,708,902	2,161,064	1.16	7.38	1.96	12.43	68.38
Catamarca	908,910	1,188,787	331,635	71,145	2.74	12.78	3.58	16.71	30.79
Chaco	3,968,261	4,490,960	978,882	323,354	4.05	12.27	4.59	13.89	13.17
Chubut	1,089,846	703,387	405,594	62,872	2.69	17.33	1.73	11.19	-35.46
Córdoba	2,406,278	3,719,464	3,028,943	393,708	0.79	6.11	1.23	9.45	54.57
Corrientes	3,297,156	3,975,114	925,924	264,277	3.56	12.48	4.29	15.04	20.56
Entre Ríos	2,050,079	2,375,046	1,149,418	202,578	1.78	10.12	2.07	11.72	15.85
Formosa	2,115,993	2,106,564	484,261	162,862	4.37	12.99	4.35	12.93	-0.45
Jujuy	2,173,680	2,577,463	608,402	175,179	3.57	12.41	4.24	14.71	18.58
La Pampa	272,773	318,027	296,110	30,587	0.92	8.92	1.07	10.40	16.59
La Rioja	526,160	596,958	288,407	58,869	1.82	8.94	2.07	10.14	13.46
Mendoza	1,788,469	2,003,137	1,566,902	241,053	1.14	7.42	1.28	8.31	12.00
Misiones	3,843,495	3,995,549	960,002	260,271	4.00	14.77	4.16	15.35	3.96
Neuquén	778,215	1,037,731	467,857	79,547	1.66	9.78	2.22	13.05	33.35
Río Negro	1,273,000	1,293,020	545,687	97,486	2.33	13.06	2.37	13.26	1.57
Salta	3,838,259	4,978,306	1,070,527	338,484	3.59	11.34	4.65	14.71	29.70
San Juan	963,856	991,191	616,484	107,372	1.56	8.98	1.61	9.23	2.84
San Luis	527,982	723,596	365,255	57,072	1.45	9.25	1.98	12.68	37.05
Santa Cruz	152,429	194,968	192,851	19,985	0.79	7.63	1.01	9.76	27.91
Santa Fe	4,218,075	5,073,447	2,976,384	440,346	1.42	9.58	1.70	11.52	20.28
Santiago del Estero	1,886,321	2,185,691	800,591	250,747	2.36	7.52	2.73	8.72	15.87
Tierra del Fuego	329,074	165,238	99,356	14,033	3.31	23.45	1.66	11.77	-49.79
Tucumán	3,423,367	4,043,171	1,333,547	318,209	2.57	10.76	3.03	12.71	18.11
Total	57,787,486	75,603,745	35,927,409	6,343,589	1.61	9.11	2.10	11.92	30.83

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda - Ministerio de Salud de la Nación

Tabla 2.5.c
Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS: Valor de las Transferencias en especie,
por programa. Años 2002 y 2004

Provincias	Programa Nacional de Lucha con el VIH-SIDA		Población	Población con NBI	Transferencias per cápita		Transferencias per cápita de NBI		Variación Porcentual de las Transferencias per cápita
	2002	2004			2002	2004			
GCBA	30,143,820	34,153,729	2,725,488	212,489	11.06	141.86	12.53	160.73	13.30
Buenos Aires	16,948,124	25,787,372	13,708,902	2,161,064	1.24	7.84	1.88	11.93	52.15
Catamarca	620,488	348,920	331,635	71,145	1.87	8.72	1.05	4.90	-43.77
Chaco	635,245	560,576	978,882	323,354	0.65	1.96	0.57	1.73	-11.75
Chubut	235,497	648,569	405,594	62,872	0.58	3.75	1.60	10.32	175.40
Córdoba	4,393,069	4,270,293	3,028,943	393,708	1.45	11.16	1.41	10.85	-2.79
Corrientes	285,060	648,899	925,924	264,277	0.31	1.08	0.70	2.46	127.64
Entre Ríos	1,008,091	963,220	1,149,418	202,578	0.88	4.98	0.84	4.75	-4.45
Formosa	76,100	232,495	484,261	162,862	0.16	0.47	0.48	1.43	205.51
Jujuy	564,690	836,973	608,402	175,179	0.93	3.22	1.38	4.78	48.22
La Pampa	133,337	263,817	296,110	30,587	0.45	4.36	0.89	8.63	97.86
La Rioja	676,046	477,858	288,407	58,869	2.34	11.48	1.66	8.12	-29.32
Mendoza	1,139,692	1,122,823	1,566,902	241,053	0.73	4.73	0.72	4.66	-1.48
Misiones	306,394	1,018,853	960,002	260,271	0.32	1.18	1.06	3.91	232.53
Neuquén	759,951	1,343,320	467,857	79,547	1.62	9.55	2.87	16.89	76.76
Río Negro	427,924	528,448	545,687	97,486	0.78	4.39	0.97	5.42	23.49
Salta	1,366,253	938,474	1,070,527	338,484	1.28	4.04	0.88	2.77	-31.31
San Juan	999,103	450,891	616,484	107,372	1.62	9.31	0.73	4.20	-54.87
San Luis	163,583	354,609	365,255	57,072	0.45	2.87	0.97	6.21	116.78
Santa Cruz	329,631	413,468	192,851	19,985	1.71	16.49	2.14	20.69	25.43
Santa Fe	6,071,483	7,378,273	2,976,384	440,346	2.04	13.79	2.48	16.76	21.52
Santiago del Estero	1,001,505	623,084	800,591	250,747	1.25	3.99	0.78	2.48	-37.79
Tierra del Fuego	163,688	269,896	99,356	14,033	1.65	11.66	2.72	19.23	64.88
Tucumán	913,552	1,501,830	1,333,547	318,209	0.69	2.87	1.13	4.72	64.39
Total	39,218,506	50,982,961	35,927,409	6,343,589	1.09	6.18	1.42	8.04	30.00

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda - Ministerio de Salud de la Nación

Tabla 2.5.d
Programa Nacional Control de Vectores: Valor de las Transferencias en especie, por
programa. Años 2002 y 2004

Provincias	Programa Nacional de Control de Vectores		Población	Población con NBI	Transferencias per cápita		Transferencias per cápita de NBI		Variación Porcentual de las Transferencias per cápita
	2002	2004			2002	2004			
GCBA	41,899	0	2,725,488	212,489	0.02	0.20	0.00	0.00	-100.00
Buenos Aires	173,351	75,479	13,708,902	2,161,064	0.01	0.08	0.01	0.03	-56.46
Catamarca	50,155	185,168	331,635	71,145	0.15	0.70	0.05	2.60	269.19
Chaco	150,522	46,370	978,882	323,354	0.15	0.47	0.56	0.14	-69.19
Chubut	0	0	405,594	62,872	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Córdoba	75,087	101,315	3,028,943	393,708	0.02	0.19	0.03	0.26	34.93
Corrientes	200,234	30,045	925,924	264,277	0.22	0.76	0.03	0.11	-85.00
Entre Ríos	23,375	0	1,149,418	202,578	0.02	0.12	0.00	0.00	-100.00
Formosa	90,076	57,227	484,261	162,862	0.19	0.55	0.12	0.35	-36.47
Jujuy	193,685	69,246	608,402	175,179	0.32	1.11	0.11	0.40	-64.25
La Pampa	9,535	22,787	296,110	30,587	0.03	0.31	0.08	0.74	138.98
La Rioja	35,351	104,643	288,407	58,869	0.12	0.60	0.36	1.78	196.01
Mendoza	36,058	18,287	1,566,902	241,053	0.02	0.15	0.01	0.08	-49.28
Misiones	117,196	53,599	960,002	260,271	0.12	0.45	0.06	0.21	-54.27
Neuquén	8,118	6,414	467,857	79,547	0.02	0.10	0.01	0.08	-20.99
Río Negro	7,100	9,285	545,687	97,486	0.01	0.07	0.02	0.10	30.77
Salta	210,303	666,456	1,070,527	338,484	0.20	0.62	0.62	1.97	216.90
San Juan	40,817	151,495	616,484	107,372	0.07	0.38	0.25	1.41	271.16
San Luis	85,495	133,443	365,255	57,072	0.23	1.50	0.37	2.34	56.08
Santa Cruz	0	0	192,851	19,985	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Santa Fe	83,494	28,342	2,976,384	440,346	0.03	0.19	0.01	0.06	-66.06
Santiago del Estero	178,912	583,771	800,591	250,747	0.22	0.71	0.73	2.33	226.29
Tierra del Fuego	4,212	0	99,356	14,033	0.04	0.30	0.00	0.00	-100.00
Tucumán	244,667	180,974	1,333,547	318,209	0.18	0.77	0.14	0.57	-26.03
Total	2,017,743	2,524,346	35,927,409	6,343,589	0.06	0.32	0.07	0.40	25.11

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda - Ministerio de Salud de la Nación

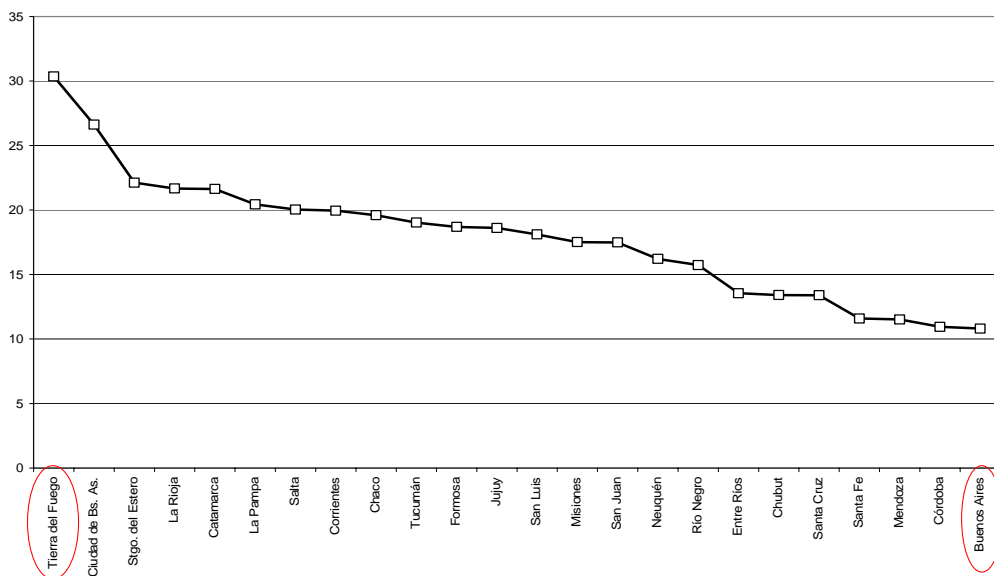
Tabla 2.5.e
Programa Nacional Control del Cólera: Valor de las Transferencias en especie, por programa. Años 2002 y 2004

Provincias	Programa Nacional de Lucha contra el Cólera		Población	Población con NBI	Transferencias per cápita		Transferencias per cápita de NBI		Variación Porcentual de las Transferencias per cápita
	2002	2004			2002	2004			
GCBA	0	0	2,725,488	212,489	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Buenos Aires	0	0	13,708,902	2,161,064	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Catamarca	223,200	279,000	331,635	71,145	0.67	3.14	0.84	3.92	25.00
Chaco	219,492	278,365	978,882	323,354	0.22	0.68	0.28	0.86	26.82
Chubut	0	0	405,594	62,872	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Córdoba	0	0	3,028,943	393,708	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Corrientes	0	0	925,924	264,277	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Entre Ríos	0	0	1,149,418	202,578	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Formosa	0	0	484,261	162,862	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Jujuy	428,400	541,500	608,402	175,179	0.70	2.45	0.89	3.09	26.40
La Pampa	0	0	296,110	30,587	0.00	0.00	0.00	0.00	-
La Rioja	252,000	315,000	288,407	58,869	0.87	4.28	1.09	5.35	25.00
Mendoza	232,000	290,250	1,566,902	241,053	0.15	0.96	0.19	1.20	25.11
Misiones	0	22,500	960,002	260,271	0.00	0.00	0.02	0.09	-
Neuquén	0	0	467,857	79,547	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Río Negro	0	0	545,687	97,486	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Salta	738,000	913,316	1,070,527	338,484	0.69	2.18	0.85	2.70	23.76
San Juan	0	0	616,484	107,372	0.00	0.00	0.00	0.00	-
San Luis	0	0	365,255	57,072	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Santa Cruz	0	0	192,851	19,985	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Santa Fe	0	0	2,976,384	440,346	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Santiago del Estero	180,000	225,000	800,591	250,747	0.22	0.72	0.28	0.90	25.00
Tierra del Fuego	0	0	99,356	14,033	0.00	0.00	0.00	0.00	-
Tucumán	600,000	750,000	1,333,547	318,209	0.45	1.89	0.56	2.36	25.00
Total	2,873,092	3,614,931	35,927,409	6,343,589	0.08	0.45	0.10	0.57	25.82

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda - Ministerio de Salud de la Nación

Desde una perspectiva consolidada, el total de recursos transferidos en concepto de especies se encuentra significativa aunque no linealmente asociado al tamaño poblacional de cada provincia. La Figura 2.3 presenta por provincia el monto total transferido per cápita durante el año 2004:

Figura 2.3
Valor per cápita de las Transferencias en especie, por Provincia.
Año 2004



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información provista por el Ministerio de Salud de la Nación e INDEC.

Los resultados presentados ubican a Tierra del Fuego como la mayor beneficiaria en términos per cápita, seguida por la Ciudad de Buenos Aires y La Rioja. Contrariamente, Buenos Aires, Córdoba y Mendoza son las provincias con menores recursos per cápita transferidos.

Siguiendo a Maceira (2006), entre 1996 y 2004 el gasto nacional en salud presenta una caída del orden del 50,1%. Entre los años 1996 y 1997 el mayor porcentaje del gasto estuvo concentrado en la línea denominada "Hospitales e Instituciones Prestadoras" que representa aproximadamente el 75 y 70 por ciento, del gasto total en salud para el año 1996 y 1997, respectivamente. Sin embargo, en el año 1998 este rubro se reduce aproximadamente a un 5 por ciento, manteniéndose constante hasta el año 2004. La razón que justifica este cambio es que durante los dos primeros años bajo análisis el PAMI se encontraba incorporado a la línea "Instituciones prestadoras" y a partir del año 1998 su presupuesto se asigna a través de partidas asignadas desde el Poder Ejecutivo Nacional. Paralelamente, el 5% del gasto se destina a iniciativas específicas tales como el programa materno infantil, SIDA, programa de la mujer, emergencias sanitarias y discapacidades, entre otros.

De este modo, las erogaciones del gobierno nacional en salud podrían considerarse un ejemplo de focalización del gasto, si se comprende como tal la asistencia sanitaria al grupo objetivo de jubilados y pensionados. Sin embargo no se evidencian mayores criterios redistributivos hacia otros grupos desprotegidos, ya sean ellos definidos por nivel de ingresos, por género o por necesidades, como tampoco asociados con provincias de menor desarrollo relativo.

Sin embargo, ello no necesariamente puede asociarse con una estrategia definida por el Ministerio Nacional del Área, que sólo es responsable del cincuenta por ciento del gasto federal en salud. Considerando la ejecución presupuestaria de este organismo, neto de las erogaciones del PAMI, Superintendencia de Seguros de Salud y otras delegaciones federales, el gasto ministerial se incrementó en aproximadamente un cuarenta por ciento entre 1993 y 2005, concentrándose fundamentalmente en Programas especiales con financiamiento externo (Maceira, 2006b).

Con el objeto de conocer la relación en el financiamiento entre el gobierno Nacional y sus pares provinciales, la Tabla 2.6 presenta el gasto consolidado en algunos programas de salud pública seleccionados, según nivel de gobierno en la participación financiera de los mismos.

Los programas de salud pública seleccionados son: el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Lucha contra el SIDA y ETS, Estudios e Investigación en Salud Pública y Otros Programas.

La información presentada, muestra una clara participación mayoritaria del sector nacional en el financiamiento de los mismos. En este sentido, el PAI se financia en un ciento por ciento con recursos de origen nacional, en tanto el programa de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades se encuentra sustentado en

un sesenta y uno por ciento con recursos provinciales. Paralelamente, el Gobierno Nacional mantiene una participación casi exclusiva en el Programa de Lucha contra el SIDA y ETS y Estudios e Investigación en Salud Pública. En conjunto, aproximadamente el 74,40% de los fondos asociados con estas intervenciones provienen de las arcas nacionales, quedando el resto en manos del conjunto de las provincias.

Tabla 2.6
Gasto consolidado en los programa de Salud Publica. Año 2003
- en millones de \$ -

Concepto	Nación	Transf. a Prov.	Provincias	Total
TOTAL	277.20	2.89	96.35	376.44
PAI	97.61	0.38		
Vacunas	91.42			
Gastos Corrientes en prov.		0.38		
Otros Insumos	4.88			
Otros	1.31			
Vigilancia Epidemiologica y Control de Enfermedades	46.25	0.26		
Sistema Nacional de Vigilancia	6.35			
Prevención Epidemiologica y Enfermedades Agudas	1.16	0.26	71.73	216.24
Control de Enfermedades Transmisibles por Vectores	15.38			
Insumos	6.50			
Viaticos	1.83			
Personal	7.04			
Prevencion, control e investigacion de patologias en salud (ANLIS)	22.86			
Insumos para TB	0.30			
Prevención y Control de ENT	0.21			
Lucha contra el SIDA y ETS	122.38	2.24	4.40	129.02
Medicamentos y reactivos SIDA	118.58		2.24	120.82
Vigilancia e Inv. Universidades	3.74			
Vigilancia e Inv. Provincias		2.24	2.16	8.20
Prevención y Control de ETS	0.06			
Estudios e Investigacion en Salud Publica	3.26	0.00	0.54	3.80
Apoyo a estudios e investigacion en SP				
Estadísticas e Información en Salud	3.26		0.54	3.80
Otros Programas	7.70	0.00	19.69	27.39
Planificación Control Regulación y Fiscalización de la Política de Salud	7.70		4.62	12.32
Otros Programas de Salud Publica Provincial			15.07	

Fuente: Dirección de Análisis del Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica, SIDIF, Secretaría de Hacienda y Banco Mundial.

3. Programas Nacionales de Salud

La presente sección analiza la estructura organizacional y su relación con los gobiernos provinciales de un conjunto de Programas o Iniciativas Nacionales en Salud. El objetivo final es establecer los objetivos generales y particulares de cada programa, su conjunto de estrategias para el logro de tales objetivos, su relación con sus pares provinciales y mecanismos de coordinación e incentivos. Asimismo, se estudia el papel desempeñado por el Consejo Federal de Salud en el diseño de herramientas federales de política sanitaria.

La información presentada en esta sección fue recabada a partir de una serie de entrevistas con actores clave, principalmente directores o jefes de las distintas iniciativas consideradas.

3.1 Programas / Iniciativas Nacionales de Salud

Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, VIH-SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual

En 1990 se dictó la Ley Nacional de SIDA (Ley 23.798) y su decreto reglamentario (N°1244), declarándose de interés nacional la lucha contra la epidemia, entendiéndose por tal la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación.

Se establece asimismo que las disposiciones de dicha ley tendrían alcance en todo el territorio del país y que la autoridad de aplicación sería el Ministerio de Salud de la Nación, quedando su ejecución a cargo de cada provincia.

En el año 1995, el programa estaba compuesto por dos actividades: (a) diagnóstico y asistencia de pacientes infectados y (b) distribución de medicamentos. Esta estructura del Programa se mantuvo hasta el año 1997, cuando se firmó un convenio de préstamo con el Banco Mundial (BIRF), por medio del Decreto N° 961.

Adicionalmente se creó la Unidad Ejecutora del Proyecto de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (LUSIDA), que pasó a ser una nueva actividad del Programa Nacional de lucha contra el SIDA y ETS.

Finalmente en el año 2000, por medio del Decreto N° 455, se reestructuró el organigrama del Ministerio de Salud y tanto el Programa Nacional como el Proyecto LUSIDA pasaron a depender de la Subsecretaría de Programas de Promoción y Prevención, quedando ambos programas bajo una misma unidad coordinadora.

El Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, tiene las siguientes metas:

1. Disminuir la infección por HIV en la población del país.
2. Dar atención a los pacientes con HIV/SIDA.
3. Disminuir el impacto biológico, psicológico y socioeconómico de la epidemia.
4. Coordinar el eficiente ejercicio de las actividades vinculadas con el HIV/SIDA en los ámbitos nacional, provincial y municipal.

Para lograr el alcance de las mismas el programa desarrolla las siguientes tareas:

1. Vigilancia epidemiológica e investigaciones sobre el SIDA.
2. Epidemiología de los casos.
3. Descripción, análisis y difusión de los datos.
4. Epidemiología de los infectados en poblaciones de distintas jurisdicciones.
5. Análisis de la situación y las tendencias de la epidemia y del mercado social de preservativos.

6. Asistencia con medicamentos a pacientes con SIDA (atención médica, laboratorios y bancos de sangre).
7. Prevención de la transmisión por sangre, hemoderivados y transplantes durante procesos quirúrgicos.

Desde la perspectiva federal del país, cada jurisdicción (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) tiene bajo su órbita diferentes iniciativas de lucha contra el VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual. Por ello, el Programa Nacional mantiene una relación indirecta con cada jurisdicción, cuya contraparte provincial es el jefe de Programa local.

El nivel central de gobierno realiza la compra de insumos y bienes intermedios, tales como medicamentos antiretrovirales y no antiretrovirales, reactivos de laboratorios para el testeo del ciento por ciento de las embarazadas que concurren al sector público, leche de inicio para hijos de madres con VIH-SIDA, preservativos, folletos y demás bienes asociados con la promoción. Estas compras se realizan mediante llamados a licitación pública nacional, y son financiadas con aportes del Tesoro Nacional.

A partir del proceso de compra, el Programa Nacional transfiere dichos bienes a cada programa jurisdiccional en función de dos variables básicas: el número de personas con VIH-SIDA y el número de partos anuales en establecimientos públicos. Por su parte, cada jurisdicción es la responsable financiera de los centros asistenciales y de las actividades de prevención focalizadas en grupos específicos.

Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus

En el año 1989 Argentina aprobó la Ley Nacional N° 23.753, recientemente reglamentada por el Decreto del Poder Ejecutivo N° 1271/98.

La mencionada norma, en su artículo primero, establece que el Ministerio de Salud dispondrá el dictado de las medidas necesarias para la divulgación de la problemática derivada de la enfermedad diabética y sus complicaciones, tendiente al reconocimiento temprano de la misma, su tratamiento y adecuado control.

Asimismo, establece que llevará su control estadístico, prestará colaboración científica y técnica a las autoridades sanitarias de todo el país, a fin de coordinar la planificación de acciones; y deberá abocarse específicamente a los problemas de producción, provisión y dispensación para asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo.

El artículo N° 4 del Decreto Reglamentario establece que el aprovisionamiento de medicamentos será financiado por las vías habituales de la seguridad social y de otros sistemas de medicina privada para cubrir las necesidades de los pacientes comprendidos en los mismos, quedando a cargo del área estatal en las distintas jurisdicciones el correspondiente a aquellos pacientes carentes de recursos y de cobertura médico-social.

Sin embargo, las actividades realizadas desde el Programa Nacional se limitan a funciones de carácter normativas. En este sentido, el PRONADIA tiene a su cargo aquellas tareas de difusión de la campaña y normatización de la implementación en cada jurisdicción. Las actividades operativas (atención y provisión de medicamentos) se encuentran a cargo de cada provincia, siendo el financiamiento para la prevención y tratamiento de los pacientes con diabetes establecido dentro de los respectivos presupuestos provinciales.

Actualmente, 14 provincias están adheridas a la Ley quedando aún por adherirse Catamarca, Chubut, La Pampa, La Rioja, Sana Cruz, Santa Fe, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

Programa Nacional de Inmunización

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante desde principios de la década del '70 el Programa Nacional de Inmunización bajo la dependencia administrativa de la Dirección de Epidemiología, quien depende de la Dirección de Programas Sanitarios. Los primeros esfuerzos estuvieron focalizados sobre la prevención de la polio (1971) y el sarampión (1972).

Dentro de las principales funciones a cargo del Programa se destacan:

1) Provisión de insumos.

El programa provee los insumos necesarios a cada uno de los programas de vacunación jurisdiccionales: vacunas, jeringas, agujas, conservadores de vacunas, entre otros. Tradicionalmente, la compra de vacunas se realizaba a través del llamado a licitación pública internacional. Sin embargo, dicho mecanismo contaba con dos dificultades: un bajo número de laboratorios participantes y cierto nivel de inestabilidad en la entrega de vacunas.

A raíz de estas limitaciones, a partir del año 2000 el Programa Nacional de Inmunización comenzó a participar en las compras de vacunas realizadas por el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud. La aplicación de este mecanismo permite la generación de un ahorro en términos de gastos administrativos, al tiempo que establece precios de compras más competitivos asociados con un mayor número de oferentes internacionales.

2) Supervisión.

Las tareas de supervisión se encuentran abocadas al control de los programas jurisdiccionales (por acuerdo y consenso entre el nivel central y provincial de gobierno). Ellas abarcan las condiciones de mantenimiento de la cadena de frío de los insumos y el trabajo de campo sobre los centros vacunatorios. Este último tiene por finalidad monitorear los métodos de vacunación y las condiciones de ambiente para llevar a cabo eficazmente la iniciativa.

3) Análisis de cobertura.

El programa tiene a su cargo la recopilación de toda la información producida por los programas jurisdiccionales asociadas con cantidad de personas vacunadas. Para ello, cada provincia envía mensualmente un informe de dosis aplicadas según vacunas y edad de los beneficiarios.

4) Normatización

La Comisión Nacional de Inmunización (CONAIN), organismo dependiente del Programa Nacional de Inmunización, es el órgano rector en términos de vacunas. Este se tiene a su cargo el análisis e incorporación de nuevas vacunas al calendario nacional².

5) Asesoría Técnica

El programa otorga asesoría técnica a las autoridades de los programas jurisdiccionales dirigida a mejorar la eficacia y eficiencia de los mismos. Sin embargo, dentro de estas actividades no se encuentran las campañas de promoción y difusión de los programas y campañas especiales, de jurisdicción local.

En general cada provincia cuenta con sus propios programas de vacunación y la participación del Programa Nacional se concentra sobre las actividades arriba mencionadas, principalmente proveyendo los insumos necesarios.

Paralelamente al calendario de vacunación el Programa Nacional es quien tiene la iniciativa sobre las Campañas Nacionales de Vacunación, realizadas para un tipo de vacuna específica, tal como fuera el caso de la antisarampionosa durante el año 2005.

Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas

El Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas data del año 1952, con el Decreto N° 2177 mediante el cual se crea el Servicio Nacional de Profilaxis y Lucha Contra la Enfermedad de Chagas. El objetivo fue intensificar los trabajos de investigación sobre la incidencia de la enfermedad en las diversas regiones del país, conocer los índices de infestación por triatomíneos y propender a su eliminación.

Las acciones de control de la transmisión del *Triponoma cruzi* tienen inicio en las actividades realizadas en Chaco, La Rioja y Catamarca, durante los años '50. En 1972, el Programa incorpora un total de 19 distritos provinciales endémicos, con una estrategia vertical; la organización era centralizada y las acciones ejecutadas verticalmente por personal de los servicios de salud que se trasladaban al área endémica.

² Para el calendario de 2005 incorporó la vacuna contra la Hepatitis A.

A comienzos de la década del 80 este Programa nacional de control centralizado fue progresivamente transferido a las provincias, las que mantuvieron su naturaleza vertical, asumiendo la conducción y ejecución de las acciones, bajo la normativa, supervisión, evaluación y asistencia financiera de la Nación. El Decreto Ley 22360 o *Ley de Chagas*, reglamentada por el Decreto 1451/82, declara de interés nacional la prevención y lucha contra la enfermedad de Chagas.

Desde 1992 se implementa, en el marco de la Iniciativa del Cono Sur, el Programa Ramón Carrillo, una nueva estrategia centrada en la participación comunitaria a través de la capacitación de líderes y miembros de la propia comunidad para la detección del *T. infestans* y desinsectación de las viviendas. Los objetivos de este programa son:

- Tratamiento químico con insecticida a todas las viviendas del área endémica.
- Instalación de la vigilancia con participación comunitaria y a través de múltiples efectores.
- Detección de infección chagásica a todos los niños menores de 15 años residentes en áreas bajo vigilancia.
- Atención médica y tratamiento supervisado de los infectados por *T. cruzi*.
- Control de la madre chagásica y su hijo hasta el año de vida.
- Control de laboratorios y bancos de sangre.
- Control de donadores y receptores de transplantes de órganos.

Todos los insumos necesarios para lograr tales objetivos son distribuidos por el Ministerio de Salud de la Nación a las diecinueve provincias endémicas del país.

Plan Nacional de Sangre Segura

La política de sangre se encuentra regulada en Argentina por la Ley N° 22.990/85 y su Decreto Reglamentario del año 1989. A partir de 2002, y a través de la Resolución Ministerial N° 70, el Ministerio de Salud de la Nación implementó el Plan Nacional de Sangre Segura, bajo la coordinación de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización de dicho ministerio.

Esta iniciativa cuenta con tres objetivos generales:

- I. Organización del Sistema Nacional de Hemoterapia,
- II. Capacitación y orientación de equipos provinciales, y actualización del marco legal y normativo,
- III. Provisión de recursos a los sistemas provinciales de hemoterapia.

Las acciones involucradas para el alcance del primer objetivo incluyen el diseño y promoción de un convenio marco de adhesión de las veinticuatro Jurisdicciones al Plan Nacional de Sangre y la elaboración, aprobación y supervisión de los diferentes Programas provinciales.

En términos del segundo objetivo general (capacitación y orientación de equipos provinciales) se desarrollan las siguientes líneas de acción: capacitación de coordinadores provinciales en organismos de centros regionales de gestión de calidad para servicios de sangres de OPS; realización de seminarios de formación en hemoderivados y actividades de promoción en la comunidad; distribución de controles internos y externos en 178 laboratorios; y relevamiento en terreno de 10 programas provinciales.

Paralelamente, y para el logro de la actualización del marco legal y normativo, se emprenden actividades asociadas con la elaboración y aprobación de la reglamentación de la Ley Nacional N° 22.990/85 y demás normas administrativas y técnicas de hemoterapia.

Finalmente, la provisión de recursos a los sistemas provinciales incluye insumos para el tamizaje de diez pruebas obligatorias, equipamiento para el fortalecimiento de los bancos de sangre y recursos informáticos y de conectividad.

La compra de los mismos era realizada a través del programa de Vigilancia Epidemiológica VIGIA mediante licitación pública. A partir de ello, todo lo adquirido es transferido a las autoridades de los diferentes programas provinciales adheridos a la Ley Nacional con el objeto de complementar el esfuerzo de cada jurisdicción.

Dichas transferencias se rigen por medio de una combinación de factores: (i) existencia de programas provinciales y capacidad local para su ejecución, y (ii) las necesidades de la población (ej. niveles de riesgo de infecciones transmisibles por sangre tales como Hepatitis, VIH, entre otras). Por su parte, cada jurisdicción es responsable por el capital humano e instalaciones edilicias (centros sanitarios) para la ejecución del Programa.

Programa de Emergencias Sanitarias y Desastres

La Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA) es un organismo dependiente de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud de la Nación, creado en el año 1972, con el objeto de brindar respuesta y contención en casos de catástrofes y emergencias sanitarias que requieran la intervención del Gobierno Federal.

El Programa establece dos objetivos específicos: (i) prevenir y mitigar los efectos negativos de los desastres naturales y antrópicos, dirigiendo y ejecutando acciones que permitan dar una respuesta integral y oportuna desde la atención sanitaria, a las poblaciones afectadas por los desastres, y (ii) mitigar los desastres naturales.

Para el cumplimiento del primer objetivo, la DINESA realiza las siguientes actividades asociadas con:

- Prevención, contención y asistencia directa frente a situaciones que impliquen posibles riesgos y daños a la salud;
- Mitigación de desastres, brindando apoyo a través del aporte técnico y financiero y la provisión de insumos sanitarios,

La Dirección articula su accionar con el Sistema Federal de Emergencias (SIFEM) del Ministerio del Interior, prestando habitualmente servicios en asistencia a eventos públicos, traslados de pacientes desde y hacia el interior del país, gestión de donaciones de sangre y hemoderivados, etc.

Paralelamente, la DINESA desarrolla acciones de capacitación y formación de agentes locales (jurisdiccionales) a fin de organizar redes de respuesta rápida y efectiva frente a las emergencias. Para ello, diseña e implementa un Sistema Nacional para la atención de las emergencias y desastres, que permite:

- Coordinar y colaborar con las jurisdicciones municipales, provinciales y nacionales competentes, la prevención de riesgos y daños a la salud,
- Normatizar y planificar la asistencia,
- Coordinar la evacuación sanitaria,
- Articular operativos conjuntos en caso de emergencias y/o desastres que requieran la intervención federal

Programa Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Zoonosis

Las zoonosis son enfermedades infecciosas transmisibles, en condiciones naturales, de los animales vertebrados a los humanos (rabia, hidatidosis, hantavirus, brucelosis, triquinosis, entre otras). La creación del Programa Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de las Zoonosis data de principios de la década del '50. Dicho Programa, se encuentra bajo la dependencia de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Los objetivos generales de esta iniciativa son:

- I. Lograr la vigilancia epidemiológica de las patologías transmitidas por los animales a los humanos.
- II. Arbitrar las medidas necesarias a fin de implementar las acciones de educación para la salud tendientes a prevenir las situaciones de riesgo y/o evitar las enfermedades zoonóticas en el hombre.
- III. Desarrollar las actividades necesarias y posibles con el propósito de controlar las enfermedades transmitidas por los animales a los seres humanos, eliminando la ocurrencia de casos.

A partir de estos objetivos generales, el Programa cuenta con una serie de objetivos específicos:

- Vigilancia epidemiológica
 1. Implementar las acciones necesarias tendientes a lograr una mayor y mejor vigilancia de las enfermedades zoonóticas, a través de los servicios regulares de salud y mediante la generación de sitios centinelas, según cada caso.
 2. Contribuir en la conformación y/o mejoramiento de laboratorios de diagnóstico de las distintas patologías.
 3. Mejorar el sistema de información de las distintas áreas que desarrollan actividades en esta temática, para lograr un mayor intercambio de conocimiento.

- Prevención
 1. Desarrollar actividades de educación para la salud, tendientes a prevenir las zoonosis.
 2. Implementar medidas específicas de cuidado de las personas, según el área para evitar la presencia de enfermedades zoonóticas.

- Control
 1. Brindar asesoramiento técnico a fin de lograr el control de las zoonosis en el ámbito de la Argentina.
 2. Desarrollar acciones específicas técnicamente aconsejables, con el objeto de evitar la dispersión y/o desarrollo de un mayor número de casos.
 3. Facilitar, a través de la provisión de insumos a las distintas jurisdicciones, las actividades de diagnóstico y control de las patologías propuestas.

Para el logro de estos objetivos generales y particulares el Programa implementa una serie de actividades que pueden ser agrupadas del siguiente modo:

Caracterización de áreas de riesgo: dicha acción se desarrolla por medio del análisis de datos existentes en los servicios de salud y mediante la colaboración de otros organismos (SENASA, OPS/OMS, etc.) se busca identificar las áreas con focos activos.

Refuerzo del sistema de vigilancia epidemiológica: se evalúan los instrumentos y vías de información para una correcta recolección, análisis y distribución de datos, dando prioridad a la capacitación del personal en registro y análisis de la información.

Actividades específicas: se ejecutan acciones específicas tales como campañas de vacunación, desparasitación, medidas de aislamiento, educación para la salud, toma de muestras, visitas de observación, asesoría directa, trampeo, desinsectación, desratización, captura, etc., a fin de ofrecer una respuesta y reducir la incidencia de la patología en cuestión.

Fortalecimiento de la red de laboratorios: análisis de la capacidad instalada de cada laboratorio jurisdiccional, en términos de instalaciones físicas y de personal.

Comunicación social y organización comunitaria: se instrumentan programas educativos para la comunidad.

Capacitación de recursos humanos: se realizan tareas de capacitación para mantener adecuados niveles de conocimientos, particularmente en las siguientes áreas: (i) atención médica a las personas expuestas, (ii) técnicas de diagnóstico de laboratorio, (iii) vigilancia epidemiológica, y (iv) comunicación social y educación.

Todas estas actividades son realizadas desde el Ministerio de Salud de la Nación en carácter complementarias a aquellas realizadas por los diferentes Programas provinciales, siendo la contraparte provincial el jefe de programa de cada jurisdicción.

Dentro de este esquema de responsabilidades, el Programa Nacional realiza compra de insumos (particularmente medicamentos) a través del llamado a licitación pública que luego son transferidos a las provincias sobre la base de un indicador compuesto por niveles de necesidades, incidencia de las zoonosis y capacidad de gestión local. Por su parte, cada jurisdicción es la responsable del capital humano, los medios de transporte y demás insumos requeridos para la ejecución de cada iniciativa.

Programa Nacional de Control del Tabaco

El Programa para el Control del Tabaco del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación propone un enfoque integral de la problemática del tabaco, abarcando los aspectos principales que determinan el alto consumo de tabaco en Argentina.

Las estrategias son coordinadas a nivel nacional a través del COFESA (Consejo Federal de Salud) que promueve políticas con los ministros provinciales, la Red Argentina de Municipios Saludables, la Comisión Nacional de Control del Tabaquismo y las redes de Organizaciones no gubernamentales.

Los objetivos del Programa son:

- Consolidar en la opinión pública la percepción del tabaquismo como un problema de gran importancia
- Ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco
- Promover la sanción de leyes para el control del tabaco a nivel nacional y provincial.
- Disminuir la prevalencia en un 10%
- Favorecer la creación de ambientes libres de humo en el sector público y privado del país.

- Promover el abandono de la adicción a través del desarrollo de servicios, la ampliación de la cobertura e incentivos para la población

Para el alcance de estos objetivos el Programa mantiene las siguientes líneas de intervención:

Aumento de precios e impuestos al tabaco: El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se encuentra realizando diversos estudios para definir un paquete impositivo que permita la reducción del consumo de tabaco en la población, especialmente en los adolescentes, que es un grupo muy sensible al precio.

Restricción a la publicidad: El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación ha desarrollado un proyecto legislativo amplio sobre control de tabaco que, entre otras medidas, establece la máxima restricción de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco. Asimismo, obliga a establecer en los envases advertencias rotativas en forma de textos e imágenes y a prohibir el uso de expresiones engañosas como suave, *light* o similares. El objetivo de estas disposiciones es el de establecer medidas legislativas que retarden la iniciación al consumo de los adolescentes promovida por la publicidad y desestimulen también el consumo, entre los ya fumadores.

Ambientes libre de humo: Los entornos libres de humo de tabaco son considerados como el enfoque más costo-efectivo en la lucha contra el tabaquismo, ya que no sólo reducen el consumo de tabaco entre los fumadores en aproximadamente 29%, sino que retardan el inicio de la adicción y protegen la salud de los no fumadores.

Servicios e incentivos a la cesación: se crearon dos servicios complementarios:

- La línea telefónica gratuita 0800 222 1002 para dejar de fumar, con acceso desde todo el país
- La página Web www.dejohoydefumar.gov.ar que dispone de información similar al 0-800.

Comunicación Social: en agosto de 2003 se puso en marcha una campaña de comunicación destinada al cambio de hábitos en la población y a dar sustento a las acciones del Programa. La campaña comenzó con un proceso de sensibilización para instalar el tema en la agenda pública. Durante los meses enero-marzo 2004, se realizó una campaña de verano en la costa atlántica que incluyó: Promotores, stands, material promocional, avisos de radio, avión promocional, voz del estadio en eventos deportivos y recitales de rock para promover los nuevos servicios de ayuda al fumador.

En el Anexo se adjunta una Tabla resumen con las principales características organizacionales y su relación con las provincias, para un grupo de programas seleccionados.

3.2 Rol del Consejo Federal de Salud (COFESA)

El Consejo Federal de Salud (COFESA) fue creado en enero de 1981 en el marco del proceso de transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las provincias. La misión del mismo consiste en *“propender integralmente al coordinado desarrollo sectorial en materia de salud en toda la República”*. Sus funciones son:

- a) Apreciar los problemas de salud comunes a todo el país, los de cada provincia y de cada región en particular;
- b) Determinar las causas de tales problemas;
- c) Analizar las acciones desarrolladas y revisar las concepciones a las que responden;
- d) Especificar postulados básicos capaces de caracterizar una política estable de alcance nacional y recomendar cursos de acción;
- e) Compatibilizar a nivel global las tareas inherentes a la diagramación y ejecución de los programas a fin de lograr coincidencias en los criterios operativos, en la aplicación de los recursos disponibles y en la selección de los métodos de evaluación; y
- f) Contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud.

El Consejo se encuentra integrado por una Asamblea constituida por el Ministro de Salud de la Nación - en carácter de Presidente - y las máximas autoridades provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entre los años 1990 y 2004, el COFESA dependió institucionalmente de diferentes reparticiones (Secretarías o Subsecretarías) del Ministerio de Salud de la Nación.

Desde la perspectiva presupuestaria-financiera, los gastos de los funcionarios integrantes del Consejo son financiados por el presupuesto de cada jurisdicción representada.

La normativa referida al funcionamiento del COFESA no detalla qué cuestiones concretas deben ser tratadas en su ámbito ni mecanismos específicos para la concertación de acuerdos. En la práctica, es habitual que junto con la celebración de los encuentros del COFESA se organicen reuniones de técnicos en relación con aquellos temas que revisten cierta especialidad (tales como políticas de maternidad e infancia, inmunizaciones, medicamentos, por ejemplo).

Si bien el COFESA fue creado como un ámbito intergubernamental de discusión y consenso con vistas a la elaboración de una política sanitaria federal, su desempeño durante la década de los noventa permite sugerir que ese espacio ha sido desaprovechado. En esos años, su incidencia en las decisiones de política sanitaria que involucraran a ambos niveles de gobierno fue más bien escasa. En la práctica, el COFESA ha funcionado como un ámbito donde las autoridades nacionales exponen ante sus pares provinciales las diferentes políticas y programas del gobierno nacional y donde las autoridades sanitarias de las diferentes jurisdicciones intercambian información (Potenza Dal Masetto, 2005).

A partir de ello, los tópicos tratados no han mantenido una continuidad en la agenda, siendo los criterios de distribución de recursos (insumos y dinero) entre las provincias los mayoritariamente discutidos. En este sentido, uno de los acuerdos alcanzados está asociado con la distribución de bienes y/o servicios brindados por el gobierno nacional - incorporándose criterios consensuados entre las provincias, por ejemplo, para la distribución de botiquines del programa “Remediar o leche para el programa Materno Infantil” -.

Sin embargo, el Consejo no logró articular mecanismos coordinados de atención de la salud entre provincias, siendo el nivel central de gobierno quien tomara la iniciativa e incentivara a sus pares provinciales a través de la transferencia de recursos. El lanzamiento de un Programa de Funciones Esenciales de Salud Pública requeriría del aprovechamiento de un espacio estratégico como el COFESA para la articulación de líneas acordadas de acción, intercambio de experiencias y evaluación comparada de resultados de gestión. Ello es especialmente importante en la medida que la naturaleza y organización de los Programas involucrados, como fuera presentado a lo largo de esta sección, son fragmentados y sin mecanismos formales de comunicación entre ellos.

4. Propuesta de distribución de fondos

Los gobiernos provinciales tienen bajo su control el financiamiento, gestión y supervisión de los servicios de salud provistos a través de la red pública de efectores – hospitales, centros de salud y servicios ambulatorios – y de la implementación de los programas o iniciativas específicas de salud pública diseñadas y financiadas por el nivel central de gobierno.

Este último tiene bajo su responsabilidad la prevención y el control epidemiológico, la coordinación y el financiamiento de la atención a través de diversas iniciativas nacionales tales como el Programa Remediar y el Programa Materno Infantil, entre otros.

La oferta de servicios de salud provista por los gobiernos provinciales cuenta con financiamiento proveniente de tres fuentes: (i) los recursos propios provinciales generados a través de la recaudación impositiva; (ii) el uso del crédito externo y/o interno; y (iii) los fondos provenientes del gobierno nacional en concepto de transferencias en dinero y/o especies.

Dichas transferencias pueden ser discriminadas entre usos corrientes y de capital como también por programas específicos de salud. Sin embargo, no se identifican criterios existentes de equidad y eficiencia en la distribución los mismos, especialmente si se los considera en el contexto de múltiples fondos o coordinados. Este hecho permite identificar cierto grado de desigualdad en la distribución interprovincial de transferencias monetarias, dado que provincias más pobladas logran una mayor participación sobre tales recursos, permitiendo inferir la necesidad de establecer criterios redistributivos hacia otros grupos desprotegidos.

En este contexto, en la presente sección se discute una propuesta de mecanismo distributivo desde el gobierno nacional hacia los gobiernos provinciales que considere tres criterios básicos: necesidad, equidad y eficiencia, relacionados con funciones esenciales de salud pública.

El primero de ellos establece la distribución de recursos en función de la brecha existente entre demanda potencial y efectiva de servicios de salud de la población, con el fin de incrementar la probabilidad de acceso a los mismos. Para ello se sugiere considerar las diferencias interprovinciales a fin de lograr un mayor grado de convergencia entre jurisdicciones tendiendo a mejores resultados en salud. En esta dirección, todo mecanismo distributivo de recursos debe contemplar tales diferencias y otorgar un mayor apoyo financiero a las provincias relativamente más rezagadas.

El segundo criterio de distribución se encuentra en función del concepto de *necesidad* y asociado con el primer principio, *equidad*. Este establece que todo mecanismo de transferencia de recursos, monetarios y/o en especie, debe considerar la heterogeneidad de los beneficiarios en términos de nivel de pobreza/riqueza relativa. Así, provincias con mayores niveles de pobreza y necesidad de su población requerirán de una transferencia superior a fin de reducir la brecha en salud interprovincial.

Finalmente, el tercer criterio propuesto, *eficiencia*, plantea identificar indicadores de monitoreo de transferencias con el fin de evitar comportamientos oportunistas en un sistema de múltiples financiadores. La incorporación de un criterio de eficiencia en la asignación de recursos permitiría, de alguna manera, tomar en cuenta la estructura de incentivos de los agentes que intervienen en el proceso de distribución y asignación de recursos.

En base a los tres criterios básicos mencionados, entonces, se propone una fórmula de distribución de recursos nacionales hacia las jurisdicciones provinciales que siga el siguiente patrón:

$$(1) \quad TR_i = TR \cdot [\gamma_1 B_i + \gamma_2 D_i + \gamma_3 S_i + \gamma_4 I_i] \quad \forall i: 1, \dots, 24$$

Donde TR es la cantidad de recursos totales a ser transferidos,
 B_i es un vector de variables relacionadas con las características sociodemográficas de la población de i ,
 TR_i es la cantidad de recursos transferidos a la provincia i ,
 D_i es un vector de variables asociadas con las características de las demandas (necesidades) de salud por la provincia i ,
 S_i es un vector de variables asociadas con las características de la oferta de servicios y de infraestructura del sistema de salud de la provincia i ,
 I_i es un vector de variables de la provincia i que hacen referencia a la estructura de incentivos en el proceso distributivo.

$\gamma_1, \gamma_2, \gamma_3$ y γ_4 son parámetros que indican la importancia relativa que la autoridad sanitaria le otorga como principio de distribución a cada vector de variables y $\sum_i \gamma_i = 1$.

Una ponderación simétrica entre los cuatro criterios sugeridos implica que $\gamma_i = 1/4$: tanto los factores de demanda, como los asociados con la oferta y los incentivos tienen igual peso en la distribución de recursos.

Alternativamente, un $\gamma_2 = 1$ refleja una asignación de recursos puramente relacionados con la demanda, independientemente de los patrones de asignación de recursos o los incentivos en cada una de las provincias. De este modo no se pondera el esfuerzo realizado por cada jurisdicción en alcanzar ciertas metas sanitarias, o en asignar un determinado valor monetario al mantenimiento/mejoramiento de la infraestructura en el sector.

Un $\gamma_3 = 1$ refleja la importancia total de los factores de oferta, ya sea en capacidad instalada como en fondos asociados al sector, a expensas de los otros dos criterios. Cualquier mecanismo monetario de asignación influirá en el peso de γ_3 , como también la importancia del subsidio a la oferta en la distribución de los fondos del Programa.

Asimismo, la ponderación no necesariamente debe darse *entre* criterios de distribución, sino que también *al interior* de cada vector. Por ejemplo, para un valor fijo de γ , puede darse distinta importancia a diferentes indicadores de necesidades.

A continuación se presenta la construcción de algunos indicadores que sirven para ilustrar el mecanismo de distribución, su modo de construcción y la interpretación de su inclusión en este documento. Claramente estos indicadores no son excluyentes y el esquema puede sencillamente extenderse para tomar en cuenta otras variables.

4.1. Indicadores de Demanda y Necesidades

Dentro de este conjunto de indicadores podrían distinguirse tres subconjuntos: uno asociado con características demográficas, otro con características epidemiológicas y un tercero que apunta directamente a medir necesidades de salud. A continuación se detallan cada uno de estos factores.

4.1.1 Características Demográficas

Población: un mecanismo de distribución requiere contemplar el tamaño de la población como consecuencia de la asociación existente entre número de habitantes y demanda potencial de servicios de salud (tamaño de mercado).

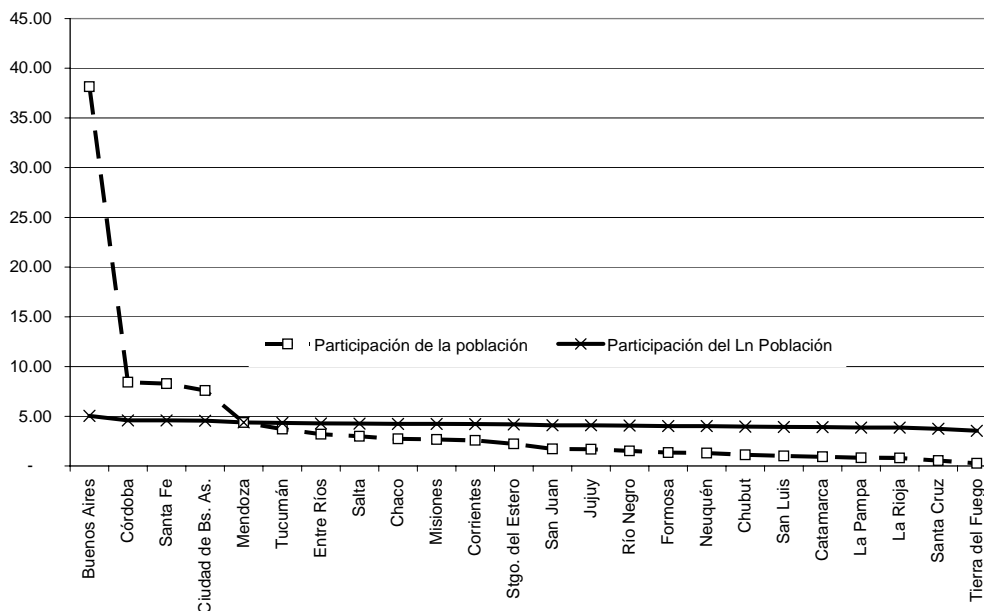
Para ello, se propone el siguiente índice de ponderación sobre el monto total a ser transferido:

$$\bar{n}_i = \frac{n_i}{N}$$

Donde n_i es la población de la jurisdicción i y N es la población total del país.

Alternativamente, se plantea la utilización del logaritmo natural de la población como variable a ser incorporada en el mecanismo distributivo, asociado con el aprovechamiento de las economías de escala que ello tiene. La consideración del logaritmo natural de la población suaviza la distribución de fondos, especialmente la relación entre la provincia de Buenos Aires y el resto del país. La Figura 4.1 muestra por provincia, la población total y su logaritmo natural.

Gráfico 4.1
Población y logaritmo natural de la población. Año 2001



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

La corrección de la población por su logaritmo natural implica una distribución más homogénea entre las provincias. La consideración de la población total como variable explicativa en la distribución de recursos implicaría una mayor transferencia a favor de aquellas provincias más pobladas.

La fuente estadística para la construcción de tal indicador proviene del Censo Nacional de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) durante el año 2001.

Densidad poblacional: la utilidad marginal de los recursos no es homogénea en todo el territorio nacional en tanto presenta economías de escala como consecuencia de los costos de “alcance” a la población: provincias con mayor concentración poblacional requieren de un menor esfuerzo financiero en la provisión, en tanto en jurisdicciones con una población más dispersa deberá contemplarse un mayor gasto de transporte y de infraestructura para satisfacer la demanda total.

El gráfico 4.2 presenta por provincia la participación de la población de cada jurisdicción sobre el total del país y la aglomeración en ciudades de más de 50.000 habitantes.

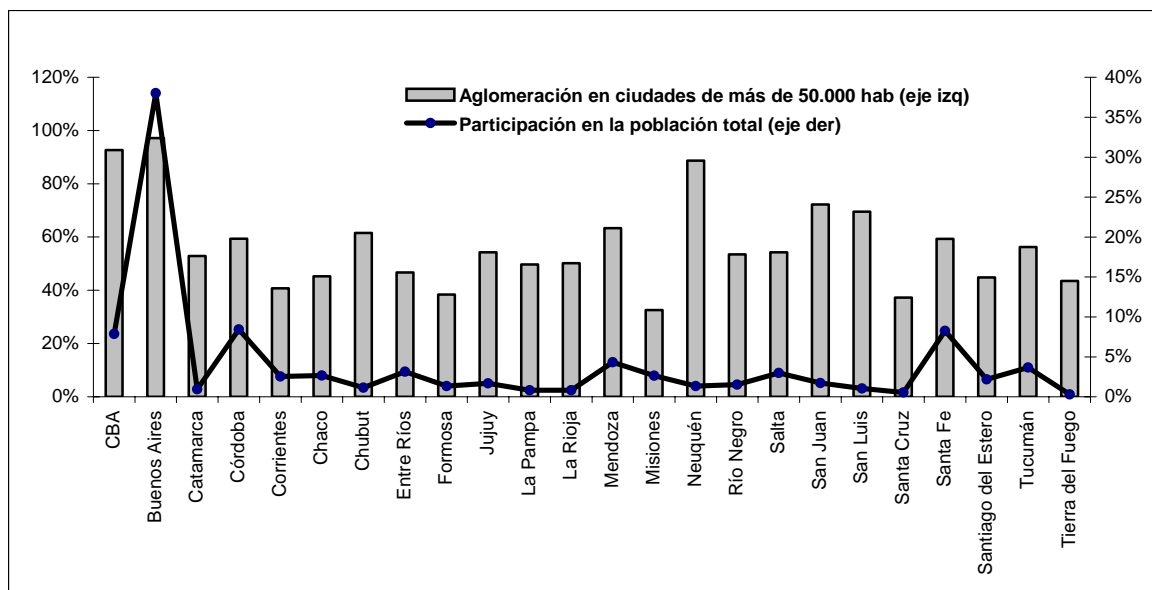
A partir de ello se propone un indicador que permita operar como corrector de escala, al establecer una relación negativa entre participación en los fondos transferidos y la aglomeración poblacional:

$$\bar{a}_i = \frac{d_i}{\sum_i d_i} \quad \text{con} \quad d_i = 1 - a_i,$$

Donde a_i es el porcentaje de la población de la provincia i que vive en ciudades de más de 50.000 habitantes.

La fuente de información para la construcción de este indicador es el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Gráfico 4.2
Participación y aglomeración de las poblaciones provinciales, Argentina, 2001



Fuente: Sobre la base de INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

El gráfico identifica dos fenómenos importantes. Por un lado, la dispersión en la participación de la población de cada provincia (7.6 por ciento) está asociada a la significativa concentración en la provincia de Buenos Aires, que alberga al 38 por ciento del total y el mayor grado de aglomeración.

4.1.2 Características Epidemiológicas

Porcentaje de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas: tradicionalmente asociado con grupos poblacionales de mayores necesidades de salud, el índice de NBI cuenta con la posibilidad de ser estimado tanto a escala provincial como municipal. Su lectura se relaciona negativamente con las capacidades de diferentes grupos de menores recursos de satisfacer los diferentes tipos de demandas generadas en salud, asociadas con perfiles epidemiológicos más rezagados.

El acuerdo básico de proveer de cierto nivel de equidad en el acceso, y sobre la base del principio de necesidad, se propone una asociación positiva entre la distribución de los recursos y el porcentaje de la población con NBI, de acuerdo con el siguiente índice de ponderación propuesto:

$$nb_i = \frac{NBI_i}{\sum_i NBI_i} \quad i = 1, \dots, 24 \text{ jurisdicciones.}$$

El presente ponderador es construido a partir de la información proveniente del Censo Nacional de Población y Vivienda realizado por el INDEC en 2001.

Años de vida potencialmente perdidos por infecciones, cada diez mil habitantes: a partir de la información provista por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de la Nación, es posible construir un índice relativo de perfil epidemiológico provincial considerando el cociente entre los AVPP por infecciones en relación con los AVPP por el total de causas. La elección de este indicador se encuentra asociado con un perfil epidemiológico de menor desarrollo (alta tasa de AVPP por infecciones). Por tal motivo, a mayor participación de este tipo de enfermedades sobre el total, mayor el nivel de necesidad, y por tanto, mayor participación en los recursos transferidos.

Para ello, el índice de ponderación propuesto se define como:

$$avpp_i = \frac{A_i}{\sum_i A_i} \quad \text{donde} \quad A_i = \frac{AVPP_i^{infec}}{AVPP^{Total}}$$

La Tabla 4.1 presenta la tasa de AVPP por infecciones y AVPP totales, y el porcentaje de la población con NBI, por provincia.

En promedio, Argentina cuenta con una relación de AVPP por infecciones sobre el total igual a 0.42, sugiriendo un perfil epidemiológico relativamente avanzado, en tanto el porcentaje de la población con NBI es de 17.7 por ciento.

Sin embargo, se identifica un importante grado de heterogeneidad entre provincias, cuantificado a partir del cálculo de las dispersiones de ambos indicadores equivalentes al 10 y 7.8 por ciento, respectivamente. Asimismo, se observa una significativa correlación lineal entre ambas variables igual a 0.87. Ello sugiere que estos dos indicadores pueden utilizarse indistintamente en la fórmula de transferencia de fondos, con resultados familiares.

Tabla 4.1
Años de Vida Potencialmente Perdidos y NBI, Argentina, 2001

Provincia	AVPP infec./AVPP total	Porcentaje de la población con NBI
Formosa	0.57	33.6
Chaco	0.57	33.0
Salta	0.67	31.6
Stgo. del Estero	0.53	31.3
Jujuy	0.53	28.8
Corrientes	0.54	28.5
Misiones	0.58	27.1
Tucumán	0.48	23.9
Catamarca	0.49	21.5
La Rioja	0.52	20.4
Río Negro	0.43	17.9
Entre Ríos	0.40	17.6
San Juan	0.50	17.4
Neuquén	0.42	17.0
Buenos Aires	0.39	15.8
San Luis	0.51	15.6
Chubut	0.45	15.5
Mendoza	0.45	15.4
Santa Fe	0.36	14.8
Tierra del Fuego	0.29	14.1
Córdoba	0.36	13.0
Santa Cruz	0.28	10.4
La Pampa	0.37	10.3
Ciudad de Bs. As.	0.30	7.8
Total País	0.42	17.70

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001 y Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud de la Nación, Indicadores Básicos (2000-2005)

Enfermedades asociadas con funciones esenciales: alternativamente, se sugiere la utilización del sobre número de casos de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual como neumonía, rubéola, hepatitis A, sífilis, TBC y otras, con el objeto de lograr una mayor especificidad del perfil epidemiológico de la población, tanto entre provincias como al interior de las mismas.

Esta última opción reviste mayor importancia cuando la distribución de recursos corresponde a un programa específico en salud como aquel bajo consideración. En la Tabla 4.2 se presenta el número de casos detectados según enfermedades a nivel provincial, para el año 2003.

A partir de esta información se construye un indicador para dar cuenta de la necesidad de cada provincia de atender este tipo de enfermedades. El indicador viene dado por:

$$\bar{E}_i = \frac{E_i}{\sum_i E_i} \quad \text{con} \quad E_i = \frac{\sum_j e_j^i}{n_i}$$

Donde e_j^i es el número de casos de la enfermedad j para la provincia i y n_i es la población de la provincia i .

4.2. Indicadores de Oferta e Infraestructura

4.2.1 Indicadores de oferta

Entre el grupo de posibles indicadores de este tipo pueden identificarse aquellos relacionados con recursos financieros, físicos y de agua y saneamiento, determinantes de las posibilidades de cada jurisdicción para satisfacer los requerimientos sanitarios de la población.

Gasto público provincial en salud per cápita: la incorporación de esta variable en el mecanismo distributivo se encuentra asociada a la inversión en salud realizada por los diferentes gobiernos locales. Un mayor gasto público en salud per cápita implicará un mayor nivel de inversión y por tanto una menor necesidad de transferir recursos. El índice de gasto público en salud per cápita se computa como

$$gs_i = \frac{GS_i}{n_i}$$

donde GS_i es el gasto en salud provincial.

Tabla 4.2
Enfermedades infecciosas y de transmisión sexual. Número de casos detectados. Argentina, 2003

Provincia	Parotiditis Infecciosa	Rubeola	Influenza	Neumonía	Hepatitis A	Hepatitis A y Sin Especificar	Diarrea (<5 años)	Diarrea (5 y + años)	Sífilis Temprana	Sífilis Sin Especificar	Supuración Genital Gonococcica	Supuración Genital No Gonococcica	Supuración Genital Sin Especificar	TBC	Total enfermedades
CBA	149	7	9.801	6.630	794	868	10.443	6.799	299	363	221	521	0	428	37.323
Buenos Aires	4.626	371	326.427	72.901	26.185	26.237	122.586	114.653	136	1.150	287	412	0	1.642	697.613
Catamarca	110	13	10.917	1.354	882	884	10.281	9.046	52	28	24	127	5	71	33.794
Córdoba	954	217	84.032	11.526	5.348	5.348	43.520	47.724	0	568	133	1.311	48	358	201.087
Corrientes	52	23	21.686	4.145	174	1.572	7.147	5.282	112	18	30	262	0	364	40.867
Chaco	228	38	67.642	12.487	219	1.189	19.893	16.309	312	1	513	9	3.665	507	123.012
Chubut	178	2	17.996	2.836	70	81	6.940	9.149	29	2	22	12	0	123	37.440
Entre Ríos	390	62	45.340	4.978	2.923	3.368	14.350	15.379	148	47	0	0	71	306	87.362
Formosa	131	21	32.246	6.560	41	255	13.947	10.297	377	102	305	602	3.478	209	68.571
Jujuy	193	0	41.279	2.773	35	561	29.477	26.901	24	203	137	437	35	596	102.651
La Pampa	120	27	11.927	2.447	315	542	5.039	8.580	20	5	0	19	61	41	29.143
La Rioja	82	10	5.674	1.020	590	591	6.738	7.198	7	161	116	15	1	22	22.225
Mendoza	1.160	216	27.830	9.510	499	3.000	27.162	29.506	5	153	68	331	32	164	99.636
Misiones	185	28	71.014	4.640	78	514	18.875	15.086	167	835	1.620	0	0	282	113.324
Neuquén	377	5	29.829	3.514	654	654	10.438	20.586	0	38	40	422	0	85	66.642
Río Negro	326	21	17.773	3.108	1.923	2.158	8.341	13.188	49	0	16	85	0	158	47.146
Salta	335	2	81.708	3.972	1.279	1.297	63.802	46.505	0	539	460	10.588	13	983	211.483
San Juan	179	49	11.557	3.180	1.086	1.086	12.756	7.668	0	153	4	0	0	100	37.818
San Luis	121	18	11.183	3.158	1.604	2.495	7.937	11.674	25	33	12	5	49	61	38.375
Santa Cruz	68	14	4.507	969	40	40	3.393	3.895	17	88	7	0	277	98	13.413
Santa Fe	696	79	40.730	13.636	2.256	4.384	29.596	31.323	123	952	321	7	354	594	125.051
Santiago del Estero	327	11	28.017	5.023	2.937	2.937	11.548	10.727	397	0	71	429	0	151	62.575
Tucumán	317	11	31.110	4.654	2.495	2.713	36.254	27.414	131	302	277	7	0	267	105.952
Tierra del Fuego	94	13	2.963	498	3	18	1.211	1.882	0	0	0	0	0	28	6.710

Fuente: Ministerio de Salud

Para contemplar la asociación negativa propuesta entre g_i y la participación en las transferencias totales, el índice de ponderación de los recursos viene dado por:

$$\overline{gs}_i = \frac{(1 / gs_i)}{\sum_i (1 / gs_i)}$$

La información necesaria para la construcción de este indicador surge del Ministerio de Economía de la Nación, Dirección de Gasto Social Consolidado.

Prestación de servicios de salud: Este conjunto de indicadores permite utilizar una serie de variables asociadas con la estructura de la oferta prestacional de cada provincia: cantidad de médicos cada diez mil habitantes, número de camas cada diez mil habitantes, número de establecimientos asistenciales y centros de atención primaria cada diez mil habitantes. El objetivo de la potencial incorporación de este conjunto de cuatro indicadores es considerar las posibilidades de cobertura y capacidad de establecer cierto nivel de financiamiento de la estructura de oferta parcialmente heredada.

La correlación entre los indicadores de oferta y el nivel de gasto provincial es extremadamente significativa, superior al 70%, por lo que es posible utilizar alternativamente estos valores.

Cada uno de estos indicadores es construido sobre la base de la información provista por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud de la Nación, siguiendo la misma metodología que el índice de ponderación poblacional.

4.2.2 Indicadores de infraestructura

Este grupo de indicadores busca captar deficiencias habitacionales o sanitarias en las provincias, reconociendo la importancia de la salud ambiental en la salud en general y los resultados particulares de esta iniciativa. A continuación se mencionan algunos indicadores.

Características habitacionales y sanitarias: puede mencionarse principalmente el acceso de la población a servicios de agua corriente de red y cloacas. Los indicadores se construyen a partir de los porcentajes de la población sin acceso a una red de agua (H_i) y sin cloacas (CL_i) de cada provincia i :

$$h_i = \frac{H_i}{\sum_i H_i} ,$$

$$cl_i = \frac{CL_i}{\sum_i CL_i}.$$

4.3. Componentes de Incentivos

La incorporación del presente conjunto de indicadores en cualquier mecanismo de distribución de recursos tiene por objeto generar una estructura de incentivos adecuada que alinee el comportamiento de los agentes con los objetivos del programa.

4.3.1 Incentivos Monetarios

Variación interanual del gasto provincial en salud: con el objeto de lograr una estructura de incentivos correcta sustentable en el tiempo, se considerará la variación interanual de la inversión pública total en el sistema de salud provincial. Así, provincias que hayan disminuido el gasto público en salud entre un año y otro serán penalizadas con una menor transferencia. El indicador se construye siguiendo la siguiente fórmula:

$$\Delta gs_i = \left(\frac{GS_t^i}{GS_{t-1}^i} - 1 \right) / \sum_i \left(\frac{GS_t^i}{GS_{t-1}^i} - 1 \right),$$

donde t y $t - 1$ son los períodos actual y previo, respectivamente, y GS_i es el gasto público en salud para la provincia i .

Restricciones Institucionales: la inclusión de este tipo de variables sugiere la presencia de posibles restricciones de incentivos o de participación que pudiesen identificarse en el diseño institucional que surge del programa y de los agentes que intervienen él.

Un monto fijo como parte del mecanismo de distribución puede identificarse como un reconocimiento de la necesidad de crear normas, instituciones u oficinas de planificación, comunicación y control para cada provincia, independiente de consideraciones de oferta o necesidades.

La Tabla 4.3, que complementa a la Tabla 4.2, presenta los diferentes indicadores propuestos para la determinación de la distribución de recursos.

Tabla 4.3
Variables seleccionadas, por provincia

Provincia	Población	Aglomeración en ciudades de más de 50.000 hab. (%)	AVPP por causas			Porcentaje de la población con NBI	Gasto provincial en salud per cápita (2004)	Variación del % del gasto en salud provincial 2003-2004	Medicos c/10mil habitantes	Camas c/10mil habitantes	Establecimientos públicos c/10mil habitantes	Establecimientos públicos c/internación c/10mil habitantes	Establecimientos públicos s/internación 2000 c/10mil habitantes	CAPS c/10mil habitantes
			Infecciosas	Cardíacas	Tumores									
	(1)	(1)	(2)	(2)	(2)	(1)	(4)		(2)				(3)	
Ciudad de Bs. As.	3.011.694	92,68%	109,60	127,70	124,40	7,8	351,74	-0,10%	112,63	80,51	0,33	0,14	0,18	0,1724
Buenos Aires	14.530.996	97,21%	154,60	129,00	110,40	15,8	94,81	11,58%	26,21	37,58	1,27	0,20	1,08	1,0015
Catamarca	357.804	52,90%	161,70	99,40	66,10	21,5	154,98	-6,92%	20,17	44,33	10,28	1,15	9,14	2,0806
Chaco	1.016.209	45,24%	275,80	93,70	117,30	33,0	107,84	5,02%	17,69	36,13	3,82	0,55	3,27	1,2668
Chubut	440.381	61,54%	143,10	76,00	99,50	15,5	311,68	29,75%	23,64	52,96	3,13	0,74	2,39	1,7012
Córdoba	3.226.504	59,37%	124,70	106,50	115,70	13,0	98,32	16,62%	44,68	58,50	2,36	0,47	1,90	1,4460
Corrientes	970.173	40,73%	212,70	82,60	98,70	28,5	92,07	39,40%	23,92	38,07	2,73	0,63	2,11	2,1384
Entre Ríos	1.206.177	46,69%	151,60	109,00	122,30	17,6	174,17	28,26%	20,73	58,73	2,67	0,57	2,10	2,4795
Formosa	510.353	38,40%	260,50	96,90	97,20	33,6	189,67	18,48%	14,85	34,69	3,94	0,68	3,26	1,4662
Jujuy	643.571	54,25%	166,50	71,90	76,50	28,8	157,98	15,89%	18,82	46,40	4,27	0,36	3,91	2,2682
La Pampa	317.697	49,69%	115,40	81,10	118,40	10,3	268,02	7,96%	23,47	39,82	3,58	1,18	2,40	2,2289
La Rioja	313.918	50,14%	180,60	89,20	80,20	20,4	242,30	-11,33%	26,87	43,69	7,97	0,83	7,14	1,9070
Mendoza	1.657.801	63,34%	156,70	94,00	94,90	15,4	112,58	8,23%	28,58	26,43	1,79	0,18	1,61	1,7870
Misiones	1.013.983	32,59%	228,60	78,10	85,90	27,1	87,51	9,28%	15,06	32,55	3,64	0,42	3,22	0,8854
Neuquén	512.698	88,70%	110,30	62,20	88,70	17,0	477,63	-3,61%	27,96	35,48	3,78	0,64	3,14	2,3511
Río Negro	583.953	53,47%	119,20	64,40	94,60	17,9	215,70	25,49%	26,24	35,37	3,02	0,53	2,49	2,1991
Salta	1.141.632	54,24%	264,90	60,20	72,00	31,6	158,13	17,51%	20,17	35,54	3,43	0,51	2,91	1,4199
San Juan	656.727	72,25%	193,60	107,00	89,90	17,4	155,36	-5,34%	25,16	28,26	2,61	0,23	2,38	1,2977
San Luis	400.012	69,51%	192,30	98,80	85,10	15,6	150,94	-25,57%	25,43	33,35	4,52	0,57	3,94	1,7796
Santa Cruz	209.859	37,26%	66,20	74,80	99,60	10,4	575,63	17,22%	25,56	53,98	2,49	0,78	1,71	1,0371
Santa Fe	3.156.308	59,29%	119,00	88,50	122,00	14,8	104,34	15,70%	31,81	36,99	1,97	0,46	1,50	1,6564
Stgo. del Estero	831.597	44,84%	164,10	70,40	77,30	31,3	189,04	77,50%	15,83	37,88	4,32	0,67	3,65	3,1851
Tierra del Fuego	111.726	43,48%	59,00	67,80	78,50	14,1	115,10	40,11%	33,82	28,79	1,41	0,30	1,11	1,1071
Tucumán	1.404.278	56,25%	157,90	87,90	82,60	23,9	576,62	33,88%	28,17	33,89	2,47	0,26	2,20	1,9272

Fuente:

- (1) INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001
- (2) Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud de la Nación, Indicadores Básicos, 2001 - 2005.
- (3) Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar (2004)
- (4) Ministerio de Economía, Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias

5. Simulación y potenciales resultados alcanzados

A partir del marco general y de las variables e índices de ponderación presentados precedentemente, seleccionamos un subconjunto de indicadores para ensayar, a modo de ilustración, un ejercicio particular de distribución de fondos nacionales hacia las provincias y la ciudad autónoma de Buenos Aires y analizar los resultados bajo distintos escenarios.

Se propone que el mecanismo de asignación tome la forma de cápita por población de cada jurisdicción. Tal cápita será ponderada por una serie de indicadores asociados con los vectores de necesidades, aglomeración (escala), oferta e infraestructura, e incentivos, que tome la forma total (agregando las transferencias de las 24 jurisdicciones:

$$TR = \sum_{i=1}^{24} \left\{ \beta_1 * \bar{n}_i + \beta_2 * \left(\delta_0 + \delta_1 * \bar{a}_i + \frac{\delta_2}{2} * [cl_i + h_i] + \frac{\delta_3}{2} * [\bar{g}s_i + \Delta g s_i] + \delta_4 * \bar{E}_i \right) \right\}$$

donde:

$\beta_1 + \beta_2 = 1$ representa el peso relativo del componente de población y el término de corrección, y

$\delta_0 + \delta_1 + \delta_2 + \delta_3 + \delta_4 = 1$, y $\delta_1 = \delta_2 = \delta_3 = \delta_4$ representa el peso relativo de cada uno de los correctores propuestos.

Los términos δ_0 y $\delta_3 / 2 * [\bar{g}s_i + \Delta g s_i]$ corresponden a los mecanismos de incentivos incorporados a la cápita. El primero constituye el componente institucional de participación, en tanto que el segundo refleja el componente de alineamiento de incentivos entre nación y provincia. Este último cuenta con dos subcomponentes de estructura complementaria y signo inverso. El primero de ellos asocia mayor gasto con menor necesidad provincial de asistencia federal, por lo que su relación con la cápita es negativa. El segundo premia mediante una mayor transferencia a aquellas provincias que incrementan su gasto en salud, reduciendo la potencial motivación de "free-riding" del primer subcomponente. El ponderador de cada subcomponente se propuso como idéntico ($\delta_3 / 2$), aunque puede alterarse su peso relativo sin alterar la naturaleza de la propuesta.

Se asume un Programa con un fondo de \$40.000.000 a ser asignados en 4 años con una estructura de \$8.000.000 el primer y el cuarto año y \$1.200.000 el segundo y tercer año. Cada año del programa, la distribución de fondos entre las provincias sigue el esquema per cápita corregido de tal modo que el total transferido por año no se altera si se incorporan cambios en los coeficientes de ponderación.

La Tabla 5.1 recoge los índices en los que se basa la simulación, construidos a partir de las definiciones de la sección anterior.

La racionalización de la regla de distribución considera que cuanto más alto es β_1 más relevante es la escala de población en la asignación de recursos.

Alternativamente, un β_2 alto muestra relativamente más peso a las diferencias locales en necesidades, recursos y estrategias de cuidado de la salud.

Una primera simulación con valores para los parámetros del siguiente modo:

$$\beta_1 = 0,2; \beta_2 = 0,8; \delta_1 = \delta_2 = \delta_3 = \delta_4 = 0,175 \text{ y } \delta_0 = 0,0125$$

arroja los resultados que se presentan en el Gráfico 5.1 para los primeros dos años.

El desvío estándar que surge de esta primera simulación es del 38,3% de la media. Bajo estos valores de los parámetros, la provincia que más recibe (Buenos Aires) recibe aproximadamente tres veces más que aquella de menor transferencia (San Luis).

El Gráfico 5.2 muestra la asignación total al cabo de los 4 años, bajo los valores anteriores y compara con otra especificación de los parámetros. Ella surge de disminuir la importancia relativa del factor de escala (población) y aumentando aquella del conjunto de correctores, manteniendo la ponderación interna de este último. Los nuevos valores son:

$$\beta_1 = 0,15; \beta_2 = 0,85; \delta_1 = \delta_2 = \delta_3 = \delta_4 = 0,175 \text{ y } \delta_0 = 0,0125$$

Como se establece el Gráfico, esta nueva especificación reduce el monto transferido a las regiones más pobladas y aumenta, aunque no de modo muy significativo, las transferencias hacia el resto de las provincias. El nuevo conjunto de valores hace caer el desvío estándar al 31,4% de la media.

Tabla 5.1
Índices para la distribución de fondos. Argentina, sobre datos de 2003 y 2004

Región	Población	Gasto Público en Salud	Var. Del Gasto Público en Salud	Aglomeración	Acceso a cloacas	Acceso a red de agua	Enfermedades
CBA	0,079	0,019	0,000	0,007	0,003	0,003	0,006
Buenos Aires	0,380	0,069	0,032	0,003	0,051	0,046	0,024
Catamarca	0,009	0,042	-0,019	0,045	0,037	0,053	0,047
Córdoba	0,084	0,067	0,046	0,039	0,129	0,054	0,031
Corrientes	0,025	0,071	0,108	0,057	0,050	0,044	0,021
Chaco	0,027	0,061	0,014	0,053	0,071	0,061	0,060
Chubut	0,012	0,021	0,081	0,037	0,016	0,025	0,042
Entre Ríos	0,032	0,038	0,077	0,051	0,033	0,036	0,036
Formosa	0,013	0,035	0,051	0,059	0,080	0,059	0,066
Jujuy	0,017	0,042	0,044	0,044	0,040	0,040	0,079
La Pampa	0,008	0,025	0,022	0,049	0,026	0,041	0,045
La Rioja	0,008	0,027	-0,031	0,048	0,036	0,046	0,035
Mendoza	0,043	0,058	0,023	0,035	0,029	0,034	0,030
Misiones	0,027	0,075	0,025	0,065	0,073	0,066	0,055
Neuquén	0,013	0,014	-0,010	0,011	0,019	0,027	0,064
Río Negro	0,015	0,030	0,070	0,045	0,027	0,037	0,040
Salta	0,030	0,042	0,048	0,044	0,047	0,039	0,091
San Juan	0,017	0,042	-0,015	0,027	0,033	0,061	0,028
San Luis	0,010	0,044	-0,070	0,029	0,026	0,042	0,047
Santa Cruz	0,005	0,011	0,047	0,061	0,007	0,020	0,031
Santa Fe	0,083	0,063	0,043	0,039	0,038	0,046	0,020
Santiago del Estero	0,022	0,035	0,212	0,053	0,076	0,064	0,037
Tucumán	0,037	0,057	0,093	0,042	0,047	0,048	0,037
Tierra del Fuego	0,003	0,011	0,110	0,055	0,006	0,007	0,030

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INDEC y Ministerio de Economía y Producción

Gráfico 5.1
Simulación de distribución de fondos, primeros dos años

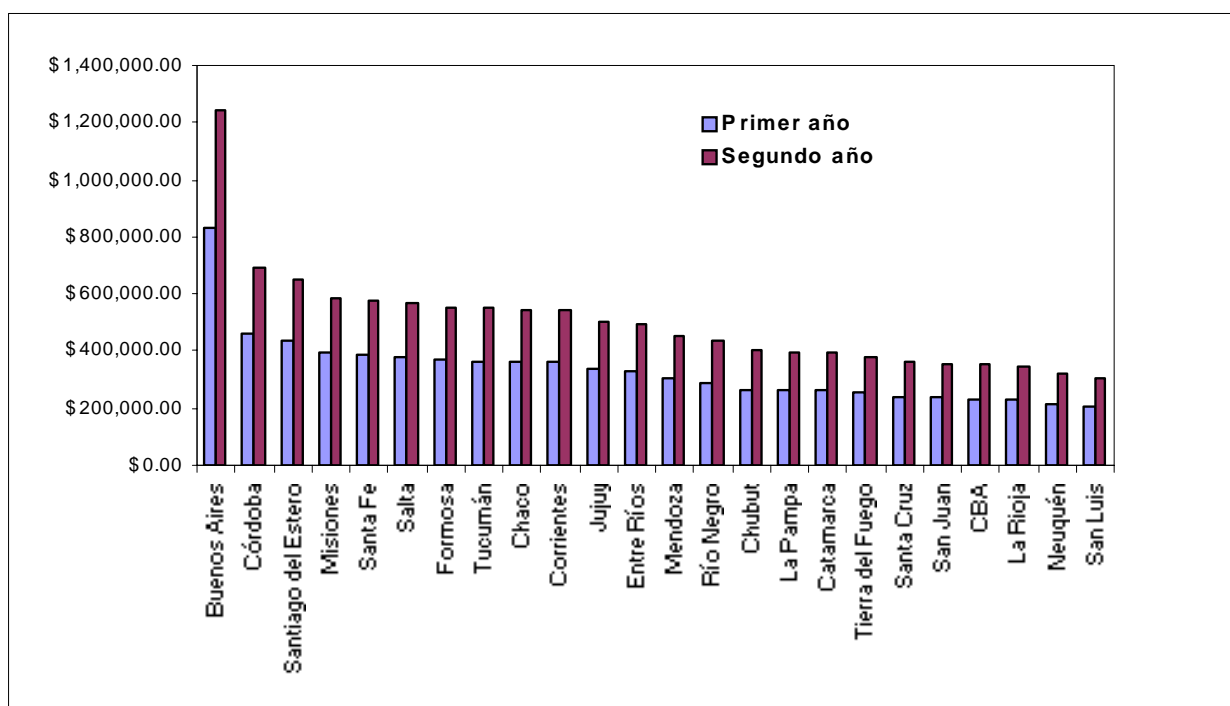
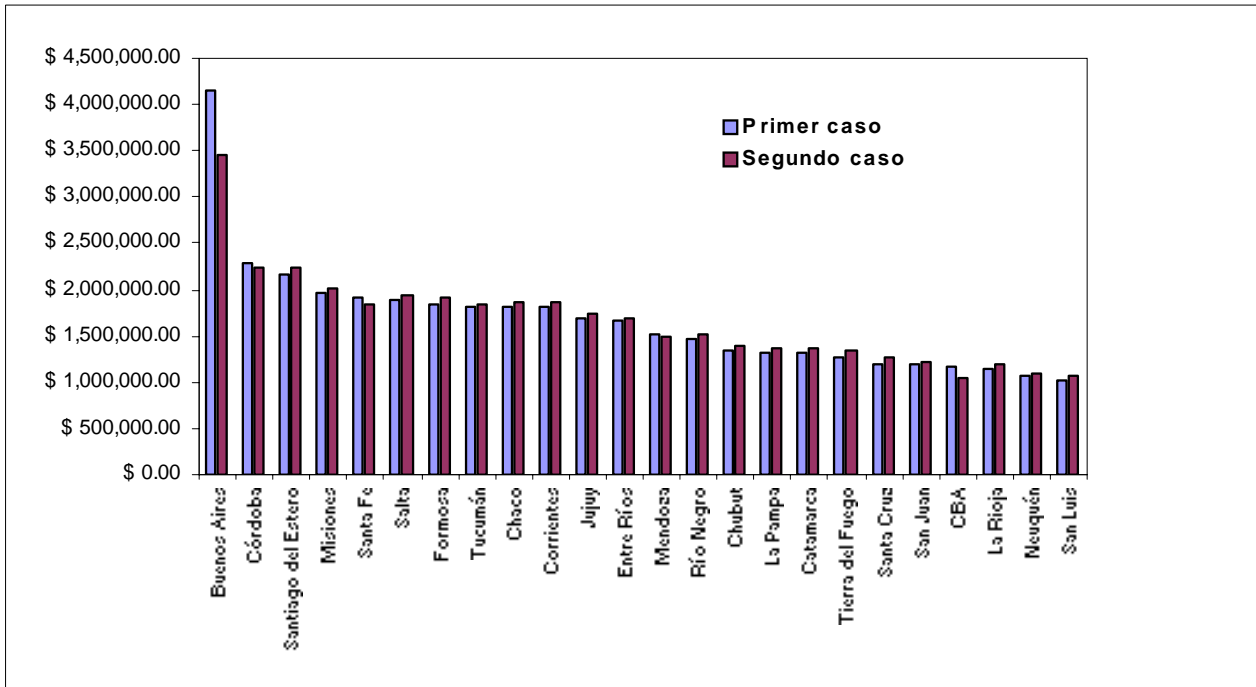


Gráfico 5.2
Comparación de dos ensayos de distribución de fondos



6. Conclusiones Preliminares

El sistema de salud argentino muestra una amplia cobertura pero con grandes debilidades asociadas a su segmentación entre fondos, estrategias sanitarias y modos de gestión. La cobertura de servicios de salud se encuentra compartida entre el Sector Público (Nacional, Provincial y Municipal), el de Obras Sociales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones, tanto a nivel de la provisión como en términos de financiamiento.

Desde el punto de vista privado, el comportamiento del gasto de bolsillo en salud se correlaciona con el nivel de ingresos de los hogares. Dicha erogación se encuentra condicionada por el gasto en medicamentos, aunque el uso en servicios, y fundamentalmente en seguros de salud, marca la tendencia creciente entre niveles de ingreso.

En términos provinciales, la estructura de gasto no se encuentra asociada con las necesidades de la demanda, sino con la oferta de servicios. Por su parte, el gasto público nacional en salud en los últimos años ha mantenido niveles muy inferiores al gasto consolidado realizado por las provincias, sus transferencias monetarias son poco significativas y no guardan relación con las características específicas de cada jurisdicción sino con la estructura poblacional. Aquellas transferencias en especie sin embargo, mostraron mayor eficacia en su focalización.

A partir de la iniciativa de mejorar los mecanismos de operación y asignación de fondos asociados con iniciativas asociadas con funciones esenciales de salud pública se analizaron sus estructuras normativas y su relación con las provincias, desde la perspectiva del Ministerio de Salud Nacional.

Una característica común a todos ellos es la distribución de recursos hacia los programas jurisdiccionales como una de las actividades principales del nivel central. En este sentido, la mayoría de los bienes intermedios requeridos para la ejecución de las iniciativas en el ámbito provincial son adquiridos por el Ministerio de Salud a través de llamados a licitación y transferidos directamente a los gobiernos provinciales. Ejemplo de ello son: vacunas y jeringas enviadas por el PAI, retrovirales y leche materna distribuidos por el Programa de Lucha contra el SIDA, desinfectantes transferidos por el Programa para el Control del Chagas, etc.

Complementariamente, las administraciones provinciales tienen bajo su administración las instalaciones prestadoras de servicios y el capital humano (médicos, enfermeras, y demás especialistas) necesario para la provisión de los servicios.

Este esquema fragmentado de gestión para la producción de servicios de salud requiere de un marco de coordinación con metas comunes. En este contexto, el Consejo Federal para la Salud es el ámbito intergubernamental de discusión y consenso con vistas a la elaboración de una política sanitaria federal.

El presente trabajo propone un mecanismo distributivo de recursos desde el gobierno nacional hacia sus pares provinciales, que considere tres criterios

específicos: equidad, necesidad y eficiencia. Para ello, se plantea la incorporación de diversas variables características de cada provincia, como argumento de ponderación en la participación sobre los fondos transferidos.

De esta forma, se plantea un modo de asignación capitado que pondera el factor poblacional por una serie de variables asociadas con cuatro vectores de variables determinantes de la participación de cada provincia en las transferencias:

- Características socioeconómicas de la población,
- Características de la demanda y necesidades,
- Indicadores de oferta e infraestructura,
- Componentes de incentivos que garanticen la participación de las provincias y permitan alinear las metas nacionales y provinciales.

La incorporación de estas variables permite el establecimiento de criterios definidos de asignación de recursos capitados, al tiempo que promueve la consideración de otros aspectos importantes además de los asociados con el tamaño de la población. La selección de indicadores se basó en criterios de practicidad (información disponible y sistemáticamente recolectada) y consistencia metodológica entre jurisdicciones. Sin embargo, ello no niega la existencia de indicadores alternativos.

La simulación de algunos escenarios potenciales – dependientes de la importancia relativa otorgada a cada concepto por el hacedor de política – permite sugerir una disminución en la dispersión entre provincias, en términos de recursos recibidos. Asimismo, la propuesta otorga mayor peso a factores complementarios, incluyendo el premio a comprometerse con un modelo de mayor equidad distributiva.

7. Referencias Bibliográficas

Banco Mundial (2004) World Development Report.

Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997), "Descentralización de los Servicios de Salud en la Argentina", Serie Reformas de Política Pública N° 47, CEPAL.

Bonari, D., Becerra, M. y Fiszbein, A., (2004), "El Gasto Público en Desarrollo Humano en la Argentina", *Banco Mundial, Documento de Trabajo N° 3/04*.

Flood, C. (1997), "Gasto y Financiamiento en Salud en Argentina", Serie Financiamiento del Desarrollo N° 57, CEPAL.

INDEC, Página web: www.indec.mecon.gov.ar

Katz, J. (1995), "Reformas del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos". Serie Políticas Sociales N° 12, CEPAL.

Katz, J., Laspiur, J. y Arce, H. (1993), "Un Modelo de Organización y Comportamiento Sectorial", Estructura y Comportamiento del Sector Salud en la Argentina, Chile y el Uruguay, Organización Panamericana de la Salud, Cuad. Tec. N° 36

Maceira, D. (2006a), "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", en Flood, C., *La Política del Gasto Social: Lecciones de la Experiencia Argentina*, Editorial La Colmena, Buenos Aires.

Maceira, D. (2006b), "Política Fiscal y Salud", Documento de Políticas Públicas, CIPPEC.

Maceira, D. (2003), "Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto", Serie Seminarios Salud y Política Pública, CEDES, Argentina.

Maceira, D. y Cicconi, V. (2003), "Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad", mimeo.

Maceira, D. y Poblete, C. (2003), "Estructura de Mercado y Mecanismos de Pago en Salud: Experiencias en la Provincia de Mendoza, Argentina, 1989-1999", Desarrollo Económico, Volumen 43, N°171, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Secretaría de Tercera Edad y Acción Social (SIEMPRO), (2001). "La Utilización de Servicios de Atención de la Salud", Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida.

Ministerio de Economía. Dirección Nacional Gasto Social Consolidado, (2000). "Caracterización y Evolución del Gasto Público Social".

Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (2000-2001). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud. Cuestionario de Establecimientos Asistenciales.", mimeo.

Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1999). "Catastro Nacional de Recursos y Servicios para la Salud 1998-2000", mimeo, Noviembre.

Ministerio de Salud, Proyecto de Reforma del Sector Salud (PRESSAL), Programa Nacional de Estadísticas de Salud (PNESS), (1996). "Sistema de Información Estadística Permanente de Recursos y Servicios de Salud", mimeo, Diciembre.

Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaria de Política y Regulación de Salud, Subsecretaria de Política de Salud y Relaciones Institucionales, Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Estadísticas de Salud, (1995). "Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995", mimeo.

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud, (2000-2005). Indicadores Básicos.

Potenza Dal Masetto, M, (2005), "Federalismo y Políticas Sociales. Una Aproximación desde la Experiencia de los Consejos Federales en las Áreas de Educación y Salud", *Fundación PENT, Documento de Trabajo N° 2005-002*.

Anexo

Programas	Inmunización	VIH-SIDA y ETS	Sangre Segura	Tuberculosis	Chagas
Características Organizacionales del Programa					
Año de inicio del Programa	Principio de la década del '70 (1971 primer programa contra la polio y en 1972 primer programa contra el sarampión)	El primer caso de sida fue en 1982, pero la reglamentación del programa fue en 1990	Año 2002, mediante Resolución Ministerial N° 70/02	n/d	Año 1952
Dependencia Administrativa	Dirección Nacional de Epidemiología	Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual	Subsecretaría de Políticas Regulación y Fiscalización.	Dirección de Epidemiología	Dirección de Epidemiología - Coordinación Nacional de Control de Vectores por Programa
Objetivos Generales	Lograr una cobertura en inmunización del cien por ciento	Reducir la diseminación de la infección por HIV y las ETS, atendiendo a los pacientes	Organizar el Sistema Nacional de Hemoterapia Capacitar y orientar equipos provinciales. Actualizar el marco legal y normativo Proveer recursos a los sistemas provinciales de hemoterapia	Reforzamiento y consolidación de los programas de control de Tuberculosis (Noscomiales y Dengue también)	Intensificar los trabajos de investigación sobre la incidencia de la enfermedad; conocer los índices de infestación y propender a su eliminación
Objetivos Específicos		Prevenir la transmisión sexual y perinatal Prevenir la transmisión por sangre Prevenir la infección entre usuarios de drogas Reducir el impacto individual, familiar y socioeconómico Análisis de la situación y tendencias		Aumentar la cobertura del tratamiento directamente observado (DOT) Mejorar la detección y diagnóstico de tuberculosis fortaleciendo la red de laboratorios como herramienta para el control Fortalecer el desarrollo de mecanismos de supervisión y evaluación del Programa Disminuir la multirresistencia	

Programas	Inmunización	VIH-SIDA y ETS	Sangre Segura	Tuberculosis	Chagas
Relación con las Provincias					A comienzo de la década del 80 este programa nacional de control centralizado fue progresivamente transferido a las provincias, las que mantuvieron su naturaleza vertical, asumiendo la conducción y ejecución de las acciones, bajo la normativa, supervisión, evaluación y asistencia financiera de la Nación
Directa Programa Nacional - Ministerio de Salud Pcial Indirecta Programa Nacional - Programa Pcial.	X	X	X	X	X
Contraparte Provincial	Jefe de Programa Provincial	Jefe de Programa Provincial	Jefe de programa Provincial	Programas Provinciales	
Ccompra de insumos para la aplicación del Programa	Vacunas, jeringas, agujas, conservadores de vacunas	Reactivos, medicamentos, leche, preservativos	No directamente. Los insumos son adquiridos por el Programa VIGIA	Equipamiento de laboratorio para cultivo rápido de TBC	Monodosis de piretroides sintéticos, máquinas rociadoras manuales y elementos de protección, reactivos de laboratorio para el diagnóstico serológico del Chagas, equipos para toma de muestra de sangre en terreno, drogas para tratamiento específico
Proceso de compra	Vacunas Mediante el Fondo Rotatorio de OPS. Jeringas, agujas, etc. vía licitación pública	Licitación pública nacional	Licitación pública	n/d	
Transferencias a Provincias	Si	SI	SI	n/d	Si
Mecanismos de transferencia					Directamente a las 19 provincias endémicas del país.
Tipo de transferencias (especies, dinero o ambos)	Ambos	Especies	Bienes y servicios	n/d	especies
Tipo de bienes o servicios transferidos	Vacunas, jeringas, agujas, conservadores de vacunas	Reactivos, medicamentos, leche, preservativos	Hardward, reactivos, bienes de capital para laboratorios, softward de gestión	n/d	
Criterios de distribución Provincial? (Población, Pobreza, Indicadores específicos)	Por pedido de cada jefe provincial, sujeto a un indicador asociado con el número de nacidos vivos en cada jurisdicción y el número de dosis por cada uno	Según número de personas con VIH-SIDA y el número de partos anuales en el sector público	Las transferencias se realizan considerando la combinación de los siguientes factores: i) Existencia de programas provinciales y capacidad local para su ejecución, ii) Necesidades poblacionales: regiones con mayor riesgo de infecciones transmisibles por sangre (Hepatitis, VIH, etc.)	n/d	Según grado de afectación de la enfermedad en las provincias.

Programas	Inmunización	VIH-SIDA y ETS	Sangre Segura	Tuberculosis	Chagas
Actividades Desarrolladas por el Programa Nacional					
Regulación y marco legal	Si (normativa sobre vacunas)		Elaboración y aprobación de la Reglamentación de la Ley Nacional 22.990 y de las Normas Administrativas y Técnicas de Hemoterapia. Reuniones de la Comisión Nacional de Normas Hemoterapia	Revisión de normas y actualización de las normas del Programa Nacional de TBC	
Vigilancia epidemiológica		Apoyo técnico a los distintos programas del Ministerio de Salud; donación de reactivos, donación de medicamentos, entre otras	Vigilancia de los efectos adversos de los productos sanguíneos		Instalación de la vigilancia con participación comunitaria y a través de múltiples efectores; Detección de infección chagásica a todos los niños menores de 15 años; Atención médica supervisada de los infectados por T. cruzi
Comunicación Social y Promoción	Si (Campañas)	Si	Tareas de promoción de donación a través de promotores y capacitación a los agentes provinciales		
Control de Calidad	Supervisión y control de las condiciones de mantenimiento de la cadena de frío y sobre el trabajo de campo en cada jurisdicción			Supervisión indirecta de las baciloscopías o control de calidad de medios de cultivo; Control de calidad de pruebas de sensibilidad a los agentes quimioterápicos; Monitoreo de la resistencia inicial en los enfermos bacilíferos	Control de la madre chagásica y su hijo hasta el año de vida; Control de laboratorios y bancos de sangre; Control de dadores y receptores de transplantes de órganos.
Laboratorios			Programa de evaluación externa e interna de desempeño en la tarea diaria de los laboratorios asociadas con la detección de infecciones		
Planificación	Análisis de cobertura: recopilación de información sobre alcance de los programas	Apoyo técnico a las jurisdicciones a fin de mejorar el conocimiento, tareas de control y seguimiento de las enfermedades de TS, promoción masiva sobre el uso de preservativos.	Convenio de Adhesión al Plan Nacional de Sangre. Elaboración y aprobación de los Programas Provinciales. Supervisión del desarrollo de los programas Provinciales.		
Capacitación			Capacitación de coordinadores provinciales en Organización de Centros Regionales y Curso de gestión de calidad para servicios de sangre de OPS. Seminarios de formación en hemodonación y actividades de promoción en la comunidad.	Cursos de capacitación en gerencia de Programa de TBC; Curso de instructores; Capacitación a nivel local	
Otras actividades			Provisión de insumos para el tamizaje de 10 pruebas obligatorias. Provisión de equipamiento de bancos de sangre. Provisión de informatización para 17 centros regiones o bancos de sangre.		Actividades de ataque a través del rociado de viviendas con insecticidas