

“Actores, Contratos y Mecanismos de Pago: El caso del Sistema de Salud de Neuquén”

Daniel Maceira y Marilina Urrutia¹

Junio 2012

¹ Ph.D. en Economía, Investigador CEDES/CONICET, y Licenciada en Economía, Investigadora Asistente CEDES, respectivamente. Este documento ha sido desarrollado en el marco de una Beca Carrillo-Oñativía del Ministerio de Salud de la Nación. Se agradecen los aportes y la información suministrada por funcionarios, prestadores y demás actores sanitarios de la Provincia de Neuquén. Los autores guardan entera responsabilidad por las opiniones vertidas en este estudio. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org y marilinaurrutia@cedes.org

AGRADECIMIENTOS

Antiago Estela, Estadísticas Nivel Central - Subsecretaría de Salud
Berenguer Marcelo, Administrador General Instituto de Seguridad Social de Neuquén
Bolán Juan Carlos, Recupero Financiero – Subsecretaría de Salud
Botti Eugenia, Hospital de Área Buta Ranquil “Gabino Sagredo”
Boutigue Omar, Ministro de Salud de la Provincia de Neuquén
Corradi Diez Ricardo, Presidente Asociación de Clínicas y Sanatorios Privados de Neuquén
Lammel Adrián, Director Hospital Provincial Neuquén “Dr. Castro Rendón”
Leonfanti Fernando
Lores Horacio, Senador Nacional de la Provincia de Neuquén
Lorandi Humberto, Director Policlínico Neuquén, Instituto de Diagnóstico y Tratamiento
Ferrari Jorge, Director Clínica San Lucas
Fuentes Eduardo, Directos Hospital Interzonal Zapala
Montemurro Adriana, Atención Primaria de la Salud, Nivel Central
Neder Osvaldo, Director Hospital “Dr. Horacio Heller”
Romano Daniela, Recupero Financiero – Subsecretaría de Salud
Richetta Alejandro, Director Clínica Zapala
Rabuffetti Rodrigo, Director Centro de Medicina Integral del Comahue
Suarez Lelia, Administradora Hospital Zonal Cutral Có y Plaza Huincul
Tuñon José, Director Clínica Pasteur

ÍNDICE

1. Introducción

2. Marco teórico: Información asimétrica y mecanismos de pago dentro de la Organización Industrial

- 2.1. Teoría de la Agencia
- 2.2. Problema de información asimétrica
- 2.3. Estrategias de regulación frente a problemas de información asimétrica
- 2.4. Mecanismos de pago alternativos en el sistema de salud
 - Principales mecanismos de pago
 - Alternativas recientes y limitaciones en su implementación
 - Implementación de los mecanismos de pago

3. Metodología

4. Sistema de Salud Argentino

- El subsistema público
- El subsistema de Obras Sociales
- El subsistema privado

5. Provincia de Neuquén

- 5.1. Características socioeconómicas - sanitarias de la Provincia
- 5.2. Reseña histórica del sistema de Salud
 - *Plan Provincial de Salud de 1970*
- 5.3. Organización sectorial del sistema de salud de la provincia. Principales Actores
 - 5.3.1 El Subsector Público Provincial
 - 5.3.2 La Obra Social Provincia.
Instituto de Seguridad Social de Neuquén

6. Comportamiento de los actores

- 6.1. Mecanismos de contratación y pago
- 6.2. Mecanismo y agentes intervinientes en el pago a profesionales de la salud
- 6.3. Gestión hospitalaria pública

7. Conclusiones

Referencias Bibliográficas

1. Introducción

La naturaleza federal de nuestro país y la descentralización y segmentación de su sistema de salud determina que cada provincia tenga el control financiero y la capacidad de gestionar los recursos que pertenecen a su propia jurisdicción, basándose en sus características idiosincrásicas, tanto desde la perspectiva epidemiológica y de infraestructura sanitaria, como desde la relación entre las distintas instituciones intervinientes en el sector. Por otro lado, la cobertura de salud se encuentra compartida entre el sector público, las Obras Sociales (nacionales, provinciales y la de los jubilados y pensionados) y el sector privado, con fuertes interrelaciones en la provisión de servicios, el financiamiento y la coordinación en aseguramiento social.

En este esquema descentralizado y segmentado, las respuestas institucionales que han desarrollado los distintos actores del sector salud difieren entre provincias. Ello ha generado un conjunto de contratos entre aseguradores (sociales y privados) y proveedores donde cada pagador posee un menú de oferentes, en tanto que cada prestador cuenta con varias fuentes (pública o privada) de financiamiento y mecanismos de pago (prospectivos o retrospectivos).

El presente trabajo propone analizar la asociación existente entre la estructura del mercado y proveedores de servicios de salud, y cómo ello afecta los esquemas de transferencia y absorción de riesgo en la cadena vertical de prestadores en el caso particular de la Provincia de Neuquén.

La intención es aportar al debate sobre reformas de incentivos en los prestadores de servicios de salud en naciones en desarrollo donde, a diferencia de las naciones desarrolladas, más del sesenta por ciento del financiamiento en el sector se realiza a través de esquemas de aseguramiento social que administran los fondos – directamente o vía intermediarios – y subcontratan la provisión del servicio.

El fin último es el de mostrar como la aplicación y la implementación de cambios en incentivos monetarios a través de los mecanismos de pago, establecidos en los contratos entre financiadores y prestadores, condicionan y son a su vez condicionados por el tamaño, la composición del mercado prestador y sus fuentes de financiamiento. De este modo, el contrato es el espacio donde se ponen de manifiesto los poderes relativos de cada uno de los actores intervinientes (gobiernos, instituciones de seguridad social, seguros prepagos, prestadores institucionales e individuales y sus organizaciones de representación –círculos médicos y asociaciones de clínicas-), incidiendo sobre los resultados del sistema.

A partir del análisis de características socio-económicas particulares de la provincia, perfiles epidemiológicos, estructuras contractuales entre financiadores y prestadores (y mecanismos de pagos asociados), normativas, esquemas locales de financiamiento y aseguramiento y estructuras de prestación en el mercado de atención, se responderá a los siguientes interrogantes:

1. ¿Qué características posee la estructura del mercado privado de la salud de la provincia? y ¿Cuál es el nivel de competencia percibida por los prestadores?
2. ¿Cuáles son los factores que determinan la competencia entre establecimientos en la provincia?
3. ¿Cuáles son las estrategias desarrolladas por los prestadores para atraer pacientes y cuáles para atraer financiadores?
4. ¿Existe homogeneidad de cobertura entre los distintos Departamentos de la Provincia?; ¿Quién define las características del contrato?

5. ¿Cuáles son los criterios de selección de los financiadores al momento de identificar interlocutores en el área prestacional?
6. Finalmente, y desde la perspectiva de política pública ¿Cuales son las características de este subsistema de provisión de servicios de salud que lo diferencia del subsector privado?

De esta forma se podrá brindar información relevante para el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones en un contexto de interacción/negociación desigual.

2. Marco teórico: Información asimétrica y mecanismos de pago dentro de la Organización Industrial

El propósito de la presente sección es brindar un marco de referencia para el estudio de los mecanismos de pago en salud.

Para ello, se procede a una revisión de la literatura sobre contratos (Teoría de la Agencia) que hace referencia al diseño de instrumentos óptimos, en contextos de información asimétrica, a fin de establecer incentivos que pretendan alinear los intereses de las partes involucradas en un sistema sanitario.

Dentro de dichos instrumentos se avanza en el concepto de mecanismos de pago a los agentes, los métodos alternativos empleados en el sistema de salud y el análisis de sus ventajas/desventajas relativas en términos de incentivos que generan para el logro de los objetivos del sistema. Finalmente se presentan avances contractuales en el diseño de pagos en salud y se discuten alguna de las causas que impiden su implementación en países en vías de desarrollo.

2.1 Teoría de la Agencia

“La literatura económica se refiere al tipo de contratos que crea incentivos en base a información imperfecta como teoría de la agencia” (Maceira 1998). La misma analiza la relación contractual formal e informal en que uno o mas actores, denominados como el *principal*, encargan a otra persona llamada *agente* la realización de una tarea o la prestación de un servicio que aquel no puede observar y que implica la delegación de cierto poder de decisión en el agente.

“La problemática de la delegación se refiere a la necesidad de diseñar soluciones que regulen la conducta de los agentes, ya que se espera que éstos debieran actuar en la dirección de los objetivos del principal y no sólo en función de sus propios intereses” (Fama and Jensen 1983).

En general, la acción óptima para el agente dependerá del grado de riesgo que comparte con el principal. La cuestión es: ¿Cuál es el grado optimo de riesgo a transferir al agente dada esta dependencia?

La aplicación del problema del principal – agente a la relación particular entre el pagador (principal) y el prestador (agente) del servicio de salud permite relacionar la teoría de la agencia con el mercado de atención médica. El pagador (obra social/prepaga) no tiene posibilidad de monitorear la acción del prestador (sanatorio/médico), sin embargo, observa el resultado de dichas acciones.

El principal establece un contrato con el agente para que éste preste un servicio (atención médica), el objetivo de aquél es reducir el riesgo que enfrenta el pagador al verse limitado a la hora de conocer el tipo de paciente que es atendido y los recursos empleados en la prestación del servicio.

La peculiaridad de aplicar la teoría de la agencia al sector de asistencia médica es la existencia de dos principales (el paciente y el seguro) vinculado con la presencia del “tercer pagador”: el paciente no abona directamente al sistema sanitario sino a través del seguro. Ello requiere, desde la perspectiva del agente prestador, atender los requerimientos de dos principales con funciones objetivos no necesariamente coincidentes, generando conflictos de intereses.

2.1 Problema de información asimétrica

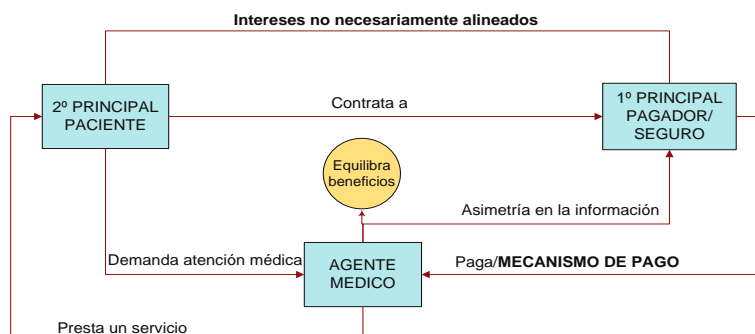
La presencia de información asimétrica entre los individuos es el principal obstáculo para monitorear esfuerzos en una relación contractual. En el caso de los sistemas de salud, se refiere a la relación contractual entre pacientes y prestadores o entre financiadores y proveedores.

La imposibilidad del paciente de tomar decisiones racionales de consumo de asistencia médica por su propia cuenta se complementa con la presencia de asimetría de información entre el paciente y el profesional médico en desventaja de aquel al no saber si la calidad y cantidad de la asistencia recibidas son las correctas.

El médico adquiere un rol especial ya que sus opiniones determinan las decisiones de consumo del paciente a través de sus prescripciones, definiendo tanto el proceso de atención diagnóstica como terapéutica. La aleatoriedad y la dificultad individual de predecir temporalmente el flujo de consumo de servicios de salud y por lo tanto de sus costos asociados conllevan la necesidad del aseguramiento de los costos prestacionales a fin de “diluir” el riesgo individual en un “pool” o grupo de población beneficiaria. La naturaleza institucional de la función del aseguramiento dependerá de factores tales como el vínculo voluntario/obligatorio entre beneficiarios y la institución aseguradora, la naturaleza de los beneficiarios, los criterios de determinación de los aportes que hacen al financiamiento y las prestaciones incluidas.

Por otro lado, el hecho de que el paciente asegurado no pague la totalidad del costo del tratamiento, plantea el problema de información entre el profesional y la compañía aseguradora acerca de la cantidad y calidad de atención médica a ser brindada. Asimismo, las aseguradoras y los pacientes no siempre tienen las mismas ideas acerca del tratamiento “correcto”.

Figura 1: Actores involucrados en la relación de agencia de un sistema sanitario



Fuente: Elaboración propia en base en Maceira 1998

El problema presentado plantea la necesidad de diseñar instrumentos que permitan alinear los intereses de las partes involucradas en el sistema de salud sabiendo que cada actor cuenta con determinado poder relativo e información dentro del sistema de relaciones.

Los mecanismos de pago a los prestadores del servicio de atención médica, que se abordaran luego son una de las estrategias de regulación con las que se puede abordar el comportamiento oportunista, derivado de la existencia de información asimétrica y monitoreo imperfecto del esfuerzo, entre las partes.

2.2 Estrategias de regulación frente a problemas de información asimétrica.

Dos grandes estrategias pueden sistematizar los abordajes alternativos dentro de la teoría económica al problema de delegación resultante de una relación de agencia:

- La homogenización de valores vía normas de comportamiento.

Consiste en promover la homogeneidad de los valores entre los actores involucrados. En este caso, se espera que la conducta de los “agentes” sea condicionada por sus normas y valores personales, más que por un conjunto de mecanismos institucionales, ya sea sistemas de control o incentivos económicos.

La estrategia de promoción de valores homogéneos o compatibles presenta dos variantes: una posibilidad es garantizar la efectividad de la delegación, seleccionado a aquellos agentes cuyos intereses y objetivos son a priori compatibles con aquellos de los principales, “en este caso, se requiere el diseño de un sistema de reclutamiento de los agentes, con capacidad de regular el acceso sólo de aquellos con valores compatibles con las necesidades que los principales se buscan garantizar” (Mintzberg 1983). Una segunda solución es enfatizar en el proceso de formación social de los valores y las normas generales que determinen la conducta de los agentes. En otras palabras, “el componente ideológico/normativo requerido para condicionar a los agentes tiene fuentes externas a los niveles organizacionales” (Arrow 1969).

La diferencia más importante entre estas dos opciones de homogenización de valores reside en el proceso de producción de tales normas y valores. El primer caso, la selección de agentes con valores compatibles supone la capacidad de organizacional de definir criterios y pautas propias. En el segundo caso, el énfasis de los valores sociales supone normas de conducta, pensadas como resultado de un proceso de producción social exógeno al contorno de las organizaciones que regularían intereses y objetivos divergentes entre principales y agentes.

- Mecanismos de regulación.

Existen dos alternativas al desarrollo de mecanismos de regulación de comportamientos oportunistas, una está asociada con el ejercicio por parte de los principales de sus derechos de control sobre los agentes monitoreando sus conductas, la segunda se refiere a la producción de incentivos hacia los agentes, tratando de modificar sus intereses, delegando en ellos la capacidad de apropiación de algunos de sus retornos residuales.

Ambos instrumentos podrían diferenciarse en función de la modalidad de regulación que implica su instrumentación. El primer sistema supone un énfasis sobre el monitoreo del comportamiento del agente en función de normas de trabajo explicitadas, el segundo implica la implementación de estrategias que promuevan un comportamiento orientado hacia ciertos objetivos.

El sistema de incentivos planteado puede verse implementado en el contrato establecido entre las partes involucradas. Según la teoría del principal – agente, no existe un contrato perfecto, pero puede llegarse al mejor acuerdo posible si el principal genera incentivos de manera tal que la mejor opción para el agente sea alinear lo mas posible sus metas con las del principal.

Los incentivos al agente establecidos en los contratos se relacionan especialmente con los **mecanismos de pago** a los profesionales de la salud.

“El diseño de un sistema de remuneración capaz de alinear los esfuerzos del agente con los objetivos del principal deberá basarse en dos componentes: el nivel de pago” y la estructura de pago” (Maceira 2011). El nivel debe ser mayor o igual al pago que el agente podría recibir en otras circunstancias similares, la estructura de pago debe ser diseñada de manera tal que provea el más alto premio al agente por su esfuerzo.

Figura 2: Estrategias de regulación de problemas de agencia

		NIVEL DE ANÁLISIS	
		Organizacionales	Inter-Institucionales
ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN	Homogeneidad de Valores	Reclutamiento selectivo	Producción de normas y valores sociales
	Regulación de agentes	Herramientas de control	Incentivos económicos

Fuente: Arrow 1969

2.3 Mecanismos de pago alternativos en el sistema de salud

Un sistema de pago se define como un tipo de contrato entre dos o más actores (pacientes, prestadores y pagadores) que establece un conjunto de reglas y procedimientos mediante los cuales se asigna al prestador del servicio de salud el dinero proveniente del gobierno, la compañía de seguros u otro organismo financiador promoviendo un conjunto de incentivos en los proveedores que impactan en el comportamiento de los mismos en términos de cantidad, calidad y tipos de servicios que prestan (Chernichovsky 2003).

Los mecanismos de pago adquieren una importancia relevante no solo porque definen la eficacia y el costo acarreado en la prestación del servicio médico, sino que además se ocupan de algunos de los aspectos derivados de la falta de información simétrica al definir reglas como el precio por paciente o grupo de pacientes, el reintegro de los costos y los criterios para el traslado o rechazo de pacientes (Maceira 1998).

Los elementos que permiten diferenciar y comprar los distintos mecanismos de pago empleados en los sistemas de salud se corresponden con:

- 1- *Unidad de pago*: referido al grado de agregación de los servicios asistenciales contratados y pagados, variando desde el pago por servicio (consulta médica) al pago por un proceso asistencial o una estancia hospitalaria.
- 2- *Riesgo financiero soportado por las partes*: representado por la variabilidad de costos en relación a la variabilidad de pagos. Cuanto mayor sea la variabilidad de costos a un precio dado, mayor es el riesgo financiero que se transfiere del pagador al prestador. Por otro lado, cuanto más correlacionada se encuentre la variabilidad del pago a la variabilidad del costo mayor será el riesgo soportado por el financiador en relación al prestador.
- 3- *Temporalidad del pago*: refiere al momento en el cual se establecen las tasas de pago por determinado paquete de servicios de asistencia médica. Si el pago se acuerda antes de que se lleve a cabo la prestación, se denomina pago anticipado (prospective payment), contrariamente si la tasa de pago se fija durante o después de la prestación del servicio, se la denomina pago retroactivo (retrospective payment or cost-based reimbursement system).

- 4- *Costos administrativos y requerimientos informáticos*: requeridos en mayor o menor medida para el ajuste de los mecanismos de pago a las diferentes circunstancias de la población usuaria.

Aún cuando medien cuestiones de altruismo, el proveedor efectúa antes de cada intervención un análisis de la relación entre el ingreso (monetario y no monetario) percibido por el servicio y el costo y nivel de esfuerzo asociado (por el conocido) con la provisión del mismo, impactando directamente en los niveles de sobreprestación o subprestación y por ende en la calidad del servicio. En este sentido, el mecanismo de pago empleado plantea un incentivo “directo” que podrá potenciar, contrarrestar o neutralizar el comportamiento del proveedor (Maceira 2011).

Principales mecanismos de pago

Tradicionalmente los mecanismos de pago más utilizados han sido tres: capitación, pago por prestación y salario.

A priori ninguna de las modalidades de pago por sí sola es óptima ya que, dado el problema de agencia en el cual se enmarcan combinado con el contexto en el cual se aplican, cada uno de ellos genera una serie diferente de incentivos entre las partes involucradas. Sin embargo, un sistema de salud puede verse favorecido en la medida en que se apliquen adecuadamente los mecanismos de pago viables en cada realidad de mercado.

A continuación se presenta una descripción de los esquemas de remuneración (en base a los elementos presentados en la sección anterior) y de las ventajas y desventajas potenciales que presenta cada uno de los mismos en cuanto a: eficacia; calidad y cantidad de la atención brindada, costos acarreados, procedimientos administrativos y utilización de la infraestructura de salud

- a) **Capitación**: Es un mecanismo prospectivo o anticipado que presenta el grado más alto de estandarización de los ingresos médicos, ya que tiene en cuenta la persona atendida en vez del acto médico como unidad de remuneración.

Los prestadores reciben una cantidad acordada de antemano por cada persona enrolada (cápita); esta cantidad capitada debe cubrir un nivel específico de cuidado de la salud y ofrecer un paquete definido de servicios, por un período de tiempo predeterminado (Maceira 2008).

Los proveedores reciben un monto fijo por paciente y, luego de descontar los costos del tratamiento, retienen el excedente como un ingreso propio. Es por ello que el riesgo financiero del pagador es bajo y el del proveedor es alto.

El paciente puede escoger a su médico lo cual genera competencia entre los últimos ofreciendo mejores servicios con el objetivo de atraerlos, aunque existe un límite a la cantidad de pacientes en las listas de cada profesional a fin de asegurar que brinde atención al número de pacientes que realmente puede atender.

La compensación médica bajo un mecanismo capitado debiera efectuarse de modo tal de asegurar la equidad en la asignación de fondos entre diversas regiones de acuerdo con la necesidad de la población. La equidad derivada de la aplicación de esta estructura estará en función de la cantidad de servicios incluidos y la relación de los valores de la misma con el costo marginal de prestación (Maceira 2011).

Éste mecanismo de pago se utiliza cuando la relación médico-paciente es prolongada, por lo cual resulta difícil de aplicar en los hospitales donde la

intervención de un médico suele ser breve y los pacientes no tienen asignado un médico en particular.

Una variante del pago per-cápita es la *remuneración basada en casos o por módulo*, donde se conviene un precio según el diagnóstico del paciente, el cual se supone debe igualar el costo promedio que generan los pacientes con similar diagnóstico.

El pago capitado induce a la eficiencia siempre que los recursos asignados se encuentren asociados con el tamaño de la población atendida y sus problemas sanitarios, pues al tener que enfrentar un riesgo financiero mayor el prestador intenta promover la eficiencia en la producción de los servicios de atención médica y el desarrollo y adopción de tecnologías tendientes a reducir costos.

El hecho de que el pago recibido por el médico sea el mismo en cada período por cada persona a cargo, sin importar el número de servicios efectivamente brindados, no lo induce a prestar un máximo nivel de atención por paciente, sino a obtener el máximo número de pacientes en su lista y a la derivación de pacientes como una manera de evitar costos. Con el mismo objetivo, los médicos practican la medicina preventiva a fin de evitar la intervención que genera el tratamiento cuando la enfermedad ya ha ocurrido.

Los efectos del pago por capitación sobre la relación doctor-paciente son más democráticos que los efectos ocasionados en el pago por servicio ya que no existe distinción entre pacientes de acuerdo a su capacidad de pago.

El ingreso de los médicos y los costos a la comunidad originados bajo un sistema de pago per-cápita dependen del tamaño de la cantidad capitada a pagar, en la práctica este método tiende a ser menos costoso que uno por prestación ya que los costos pueden ser calculados antes de que el servicio sea efectivamente prestado y deja menos libertad de decisión al médico.

Por otro lado la menor información recibida en cuanto a diagnóstico y tratamiento imposibilita la evaluación de servicios prestados, cuadros epidemiológicos, efectividad de los métodos de atención empleados, etc.

- b) **Pago por prestación:** Es un mecanismo de pago retroactivo a través del cual el médico recibe un ingreso por cada procedimiento o prestación que realiza al paciente. El valor monetario de cada servicio prestado puede ser independientemente determinado por el prestador en cada instancia, variando con la dificultad del caso particular o del juicio del mismo acerca de la afluencia del paciente, o puede ser estipulado por medio de un cronograma de tasa por servicio al inicio de un período de tiempo, donde todos los pagos dentro del lapso convenido se basan en dicho cronograma.

Si bien bajo este mecanismo la cantidad del pago está influenciada por la oferta y la demanda, la determinación final del servicio se encuentra en manos del médico, siendo el pagador quien carga con la totalidad del riesgo financiero.

El incentivo que tienen los médicos a brindar mayores prestaciones puede influenciar negativamente en la calidad del servicio y en la eficiencia respecto de la utilización de los recursos. Existe un incentivo a la sobreprestación médica a través de la inducción de demanda de servicios de salud, en ocasiones innecesaria. Lo anterior tiende a impedir el buen funcionamiento de establecimientos ubicados en zonas donde la oferta de prestaciones correspondientes a niveles de complejidad más altos es escasa, ya que los pacientes no son enviados por tratamientos específicos a hospitales centrales

para evitar perder la realización de una prestación adicional y el consecuente desembolso monetario.

Diversos estudios muestran que el nivel de admisión hospitalaria es considerablemente mayor en médicos que son pagados por servicios prestados, influyendo directamente en costos más altos para la comunidad.

Los médicos defienden el pago por prestación argumentando que promueve una buena relación personal entre el doctor y sus pacientes, éstos sienten que el médico se preocupa más por ellos cuanto más servicio les presta.

Bajo un pago por prestación, el trabajo administrativo del médico se vuelve mas elaborado, ya que debe éste reclamar el pago por cada unidad de servicio que presta, lo cual origina mayor complejidad administrativa y burocrática al tener que contabilizarse los procedimientos, realizarse revisiones médicas, establecerse honorarios por servicios, etc.

En ocasiones, y especialmente en la contratación de servicios de instituciones hospitalarias, el mecanismo de pago por prestación puede ser acompañado por techos de desembolso (presupuesto con techo prestacional) conocido ex ante por la institución/prestador contratado a fin de controlar los costos.

- c) **Salario:** En este sistema prospectivo el médico recibe una cantidad fija de dinero por un período de trabajo específico (cantidad fija de horas trabajadas), sin importar la cantidad de servicios prestados, el número de personas atendidas, el número de casos ni la severidad de los mismos.

En muchos aspectos el pago por salario es similar al per-cápita, pero difieren en un elemento fundamental, el primero está invariablemente asociado con algún tipo de estructura organizada de práctica médica, usualmente la prestación en una clínica u hospital, es la disciplina de grupo implícita en el sistema de salario lo que lo distingue de otros sistemas de pago. El pago vincula estrechamente al médico con el financiador y no depende de la relación personal entre el médico y el paciente.

El salario varía de acuerdo a las cualidades profesionales del médico: entrenamiento, experiencia, habilidades especiales, nivel de responsabilidad, etc. Por lo cual, la definición del nivel salarial para el cuerpo médico en su conjunto y las diferencias de acuerdo al puesto son uno de los problemas mas difíciles de resolver.

A diferencia del pago por prestación, el pago por salario no estimula al médico a prestar una alta cantidad de servicios ya que no se refleja directamente en mayores ingresos.

A menor el nivel del salario y presupuesto, mayor es el incentivo a reducir los costos operativos, generando incentivos a la subprestación. (Maceira 2011).

Al implementarse en una organización médica asalariada, este mecanismos de pago da lugar a una serie de factores que contribuyen a mejorar la calidad en la atención médica, como los son la posibilidad del médico de realizar estudios periódicamente así como disfrutar de vacaciones sin que ello les signifique una pérdida de ingreso.

En términos de las implicaciones administrativas, el pago por salario es simple, dado que no debe llevarse un control sobre las unidades de servicios prestadas ni sobre las unidades de pacientes, solo es necesario saber las unidades de tiempo trabajadas.

Tabla 1: Principales mecanismos de pago

Mecanismo de pago	Efectos esperados	Incentivos que crean	Distribución de riesgos
Capitación	Aumenta la medicina preventiva Mejora sistema de referencias Selección de riesgo Calidad baja Subprestación Incorporación de tecnologías tendientes a reducir costos	Sub-oferta Aumentar la eficacia a veces a expensas de la calidad Puede haber racionamiento si la cápita es baja Incentivo a enrolar pacientes relativamente sanos Evitar tratamientos de alta calidad por ser costosos Promueve la medicina preventiva Mejora la continuidad en la atención	Sobre el prestador
Prestación	No promueve la prevención Discriminación por tarifa Incentiva alta tecnología Inequidad	A aumentar el número de actos médicos, lo cual no es sinónimo de calidad Disminuye la derivación de pacientes, a fin de evitar la pérdida de ingresos Sobreeoferta Inducción de demanda	Sobre el financiador
Salario	Importancia de aumentos salariales y de la promoción laboral en función de las habilidades profesionales Cooperación entre médicos	Minimizar el esfuerzo del trabajo Capacitación a fin de adquirir mayor prestigio entre los pares y lograr aumentos en el salario	Sobre el prestador si es salario puro. Sobre el financiador si se ajusta por productividad

Fuente: Elaboración propia en base a Maceira (1998) y Maceira (2011).

Tabla 2: Ventajas/desventajas potenciales entre los mecanismos de pago

Mecanismo de pago	Ventajas potenciales	Desventajas potenciales
Capitación	Libre elección por parte del paciente Continuidad en la atención Permite el control de costos Incentiva la productividad y la medicina preventiva Incentiva la distribución geográfica Procedimientos administrativos sencillos	Consultorios mal equipados Baja calidad del servicio Exceso de pacientes en las listas de cada médico Escasa información registrada en cuanto a diagnóstico y tratamiento Selección de pacientes de bajo riesgo
Prestación	Incentiva un servicio eficaz Libre elección por parte del paciente Alto nivel de satisfacción del paciente	Promueve costos altos Riesgo de sobreprestación Promueve la concentración geográfica de médicos No prevención Inducción de demanda
Salario	Continuidad en el servicio Mejora la distribución geográfica Permite el control de costos por horas de trabajo Procedimientos administrativos sencillos	Trato impersonal al paciente Necesidad de supervisar el trabajo del médico Tiempos de espera largos para los pacientes Baja calidad del servicio

Fuente: Gosden, T. 2001.

Alternativas recientes y limitaciones en su implementación

La teoría del principal-agente argumenta que para contrarrestar los efectos no deseados en los mecanismos de pagos tradicionales, es necesario diseñar acuerdos de tipo “mixtos”.

Ellis y McGuire (1986) señalan que un método de reintegro mixto (mixed payment system) que combina elementos de los sistemas de pago anticipado y retroactivo, puede ser la mejor alternativa para llegar a un término medio entre los objetivos de los tres actores, resultando ser superior a los otros dos sistemas de pago extremos ya que mejora los incentivos a la eficiencia, reduce los estímulos a admitir o reclasificar innecesariamente pacientes y disminuye el riesgo que enfrentan los prestadores del servicio cuando no son pagados en función de los costos incurridos.

Alguna de las alternativas que se han desarrollado en un intento de combinar elementos prospectivos y retrospectivos son las siguientes:

- *Capitación base y pago por prestación complementario*: se encuentra diseñado y dirigido a los médicos generalistas. Consiste en abonar a cada médico una

cápita por paciente enrolado (ajustada por sexo y edad), que además se complementa con pagos por servicios para ciertas prestaciones no incluidas en la cápita, comúnmente asociadas con prácticas preventivas de detección temprana de enfermedades y procedimientos que se encuentran en la frontera entre la atención primaria y las especialidades para evitar derivaciones en un intento de transferir el riesgo asociado.

- *Capitación por especialidad*: consiste en una especie de administración de presupuestos por especialidad médica, su implementación requiere de la conformación de “departamentos virtuales” por especialidad, a los cuales se les asigna un presupuesto determinado para las consultas y procedimientos efectuados por los especialistas.
- *Pagos asociados a la performance*: esta alternativa enfatiza los logros en términos de indicadores de salud de un grupo de pacientes a lo largo del tiempo. Debido a la presencia de información asimétrica, del lado del paciente, sobre sus necesidades y resultados esperados, la demanda de servicios de salud puede no necesariamente responder al nivel de calidad técnica del profesional. Una ventaja teórica de este mecanismo de pago es que provee incentivos financieros explícitos aún cuando el paciente no responde a la calidad ya que el pago depende directamente del logro de los objetivos (indicadores de salud) propuestos.

A pesar de las sugerencias que se han implementado desde el plano teórico, no se observa en la práctica un avance significativo en la misma dirección, diversas restricciones presentes en mayor medida en países en vías de desarrollo lo explican, entre ellas:

Reducida autonomía de los proveedores e impedimentos institucionales: el nivel de centralización en la toma de decisiones restringe, bajo ciertas condiciones, la implementación de alternativas de pago más complejas.

Barreras de información, precariedad (estadísticas incompletas o desactualizadas) en el desarrollo de sistemas de información modernos que permitan almacenar el universo de información necesaria para la toma de decisiones al tiempo que faciliten el monitoreo de la evolución de costos.

Capacidad técnica: carencia de recursos humanos con las habilidades y conocimientos requeridos.

Implementación de los mecanismos de pago

De las características que presenta un contrato de salud se desprenderán un conjunto de incentivos con impacto en la cantidad y la calidad de la utilización de los servicios médicos, la transferencia de riesgo entre actores y la eficiencia de la utilización de los recursos.

Luego de la descripción precedente parecería ser que un contrato que define un sistema de pago retrospectivo estimula a los médicos a inducir la demanda de sus pacientes por mayores servicios ocasionando altos costos en tratamientos y administrativos, mientras que un contrato que estipula pagos prospectivos ayuda a controlar los costos pero es ineficiente en la calidad y cantidad de atención médica ofrecida.

En este sentido, la dirección de dichos efectos generalmente no resulta compatible entre actores, un financiador probablemente prefiera transferir el riesgo financiero al prestador a través de contratos capitados y, a la inversa el prestador prefiriendo contratos por prestación. Es por ello que el diseño e implementación de los contratos

de salud se encuentran en función del poder de negociación de las partes en busca de obtener el contrato de salud que maximice sus beneficios.

Por otro lado, es importante considerar que la relación entre mecanismos de pago definido en el contrato y resultado de los servicios de salud no necesariamente es unívoca, sino que depende del contexto en el cual se enmarcan.

En otras palabras, la capacidad o poder relativo de negociación de las partes se haya condicionado por el modelo organizacional en el cual se desenvuelven los agentes, precisamente este modelo se refiere a las condiciones de oferta y demanda que definen espacios con diferentes características de pacientes y prestadores así como también diferentes reglamentaciones institucionales y dotaciones de recursos (Maceira 1998).

Así, la combinación final de las condiciones de oferta y demanda propias del mercado de salud determinará la capacidad de negociación de los financiadores y proveedores y el impacto en los resultados del sistema.

En este sentido, el presente estudio se propone analizar las condiciones de demanda y oferta que definen la estructura del sistema de salud de la Provincia de Neuquén, el poder de negociación relativo de cada uno de los actores involucrados resultante de dicha estructura, los respectivos mecanismos de contratación y pago que se generan entre financiadores y prestadores y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo.

El propósito es analizar cómo la implementación de determinado mecanismo de pago y la instauración de cambios en los mismos afectan los resultados de salud una vez que interactúan con las estructuras y prácticas preexistentes de oferta y demanda, atenuando, intensificando o aún contradiciendo los resultados propuestos por la teoría.

Para ello, antes de avanzar con el análisis del mercado de salud de la Provincia de Neuquén y con el fin de presentar el escenario dentro del cual se enmarcan los sistemas de salud provinciales, en la siguiente sección se presenta el sistema de salud de Argentina a partir de una breve descripción del contexto socio-económico-sanitario y de las características propias de cada uno de los subsistemas público, de seguridad social y privado que lo integran.

3. Metodología

La metodología incorporó cuatro etapas:

La primera incluyó la revisión de literatura sobre relación de agencia y mecanismos de pago en salud y la recolección de información administrativa sobre el Sistema de Salud de Neuquén. Las principales fuentes fueron las páginas web de la Subsecretaría de Salud y del Instituto de Seguridad Social de Neuquén, como las de otros organismos involucrados (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de Neuquén, PAMI, Colegios de Médicos, Hospital Provincial Regional, etc.). Ellas fueron complementadas con datos de la Superintendencia de Servicios de Salud, la Dirección Provincial de Estadísticas y Censos, del Sistema Integrado de Información Sanitaria del Ministerio Nacional y del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001 y 2010.

La segunda etapa involucró la selección de los Departamentos donde se radicaría el trabajo de campo. A partir de la oferta prestacional existente y características poblacionales y socio-demográficas, se optó por tres Departamentos de escalas disímiles: Confluencia, Zapala y Pehuenches. En cada uno de ellos se seleccionaron los establecimientos, y se desarrollaron los instrumentos utilizados en las siguientes etapas metodológicas: entrevistas pautadas a clínicas privadas y establecimientos públicos, y un mapeo de actores sanitarios de la provincia mediante entrevistas semiestructuradas.

En la tercera etapa se desarrolló el encuentro con establecimientos públicos y privados polivalentes con internación de media y alta complejidad provincial. El cuestionario estuvo estructurado en módulos, para recoger información sobre producción, características de los contratos, relación con financiadores y mecanismos de pago. Adicionalmente, el cuestionario para prestadores públicos incluyó referencias sobre mecanismos de toma de decisiones y recupero financiero.

La etapa siguiente se concentró en la realización de entrevistas en profundidad con los actores claves del sistema de salud provincial, identificados en la etapa metodológica primera. Se contactó a funcionarios del Ministerio de Salud Provincial (Ministro de Salud, Director de Recupero Financiero, Referente de Estadísticas y de Atención Primaria de la Salud), al presidente de la Obra Social Provincial (ISSN), al Presidente de la Asociación de Clínicas y referentes del Colegio Médico.

La cuarta y última etapa implicó el armado y procesamiento de las bases de datos obtenidas a fin de responder a las preguntas de investigación y testear las hipótesis.

4. Sistema de Salud Argentino

De acuerdo a datos del Banco Mundial, en el contexto de la región latinoamericana, Argentina es el país con mayor producto bruto interno per cápita, con 14.363 dólares (corregido por paridad del poder adquisitivo), y en muchos aspectos de infraestructura sanitaria presenta un sistema de salud altamente desarrollado en comparación con sus pares latinoamericanos (Ver Cuadro N°1). Así, indicadores de oferta del servicio como el número de camas disponibles (4 cada 1.000 habitantes) en el año 2005, es similar al que presentan países desarrollados como Italia, e incluso superior a España, Australia y Estados Unidos, por su parte el número de médicos, incluidos generalistas y médicos especialistas, es de 3 cada 1.000 habitantes (año 2005), valor que triplica el observado en Chile, Perú, Colombia o Paraguay, y supera al presentado por países primer mundistas como Canadá e Italia.

La expectativa de vida al nacer para el año 2010 es de 76 años, superior a la de los demás países de América del Sur (excepto Chile, 79 años).

El gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto alcanza el 8% en el año 2010 (representado en un 66% por gasto público y un 34% por gasto privado).

Cuadro 1: Estadísticas económicas-sanitarias países seleccionados

PAÍS	PBI US\$ PPP (1)	Gasto total en salud (%PBI)	Esperanza de vida	Mortalidad infantil (c/mil)	Mortalidad infantil al 5º año (c/mil)	Nº de camas (c/mil)	Nº de médicos (c/mil)
Argentina	14.363	8	76	12	14	4 (2005)	3 (2005)
Chile	13.596	8	79	8	9	2 (2009)	1 (2009)
Uruguay	12.655	8	76	9	11	3 (2007)	4 (2008)
Venezuela	10.973	5	74	16	18	1 (2009)	2 (2001)
Brasil	10.056	9	73	17	19	2 (2009)	2 (2008)
Perú	8.555	5	74	15	19	2 (2009)	1 (2009)
Colombia	8.479	8	73	18	22	1 (2006)	1 (2008)
Paraguay	4.648	6	72	21	25	1 (2009)	1 (2002)
Bolivia	4.350	5	66	42	54	1 (2009)	1 (2001)
España	26.941	10	82	4	5	3 (2009)	4 (2009)
Australia	34.411	9	82	4	5	3 (2009)	3 (2009)
Estados Unidos	42.297	18	78	7	8	3 (2009)	2 (2009)
Canadá	35.223	11	81	5	6	3 (2009)	2 (2008)
Francia	29.640	12	81	3	4	7 (2009)	3 (2008)
Italia	27.137	10	82	3	4	4 (2009)	2 (2008)
Japón	30.573	9	83	2	3	14 (2009)	3 (2009)

Fuente: World Development Indicators 2010

(1) A valores constantes del 2005

Sin embargo, a pesar del crecimiento económico de los últimos años y de los niveles de gasto en salud, los indicadores de mortalidad en menores de uno y cinco años no llegan a ser plenamente satisfactorios (12 y 14 por mil, respectivamente).

Por otro lado, en términos de la equidad del sistema se observa una continuidad de la relación regresiva entre el gasto de bolsillo en salud de los hogares según ingreso, en el año 2005 las familias más pobres destinaron el 10,6% del ingreso a salud frente a 5,5% destinado por los hogares más ricos, y la predominancia en los quintiles más pobres de la atención curativa sobre la preventiva, lo que refuerza la idea que asocia ingreso con capacidad de acceso al Sistema de Salud y escasa posibilidad de prevención de los hogares sin cobertura formal (Maceira, 2009).

Esta situación sugiere una falla en la estructura de prestación de los servicios de salud que va más allá de la capacidad de gasto en el sector, y que se vincula con los mecanismos de utilización, financiamiento y gestión de estos recursos.

La situación en materia sanitaria del país se enmarca dentro de un contexto federal, el cual determina que cada provincia tenga el control financiero y la capacidad de gestionar los recursos que pertenecen a su propia jurisdicción.

El Ministerio de Salud de la Nación (MSN) es la institución rectora nacional a cargo del financiamiento de un grupo de programas federales (vacunas, medicamentos, atención primaria), que dan cuenta del 16% del gasto público total del país en salud. Sin embargo, no se encuentra bajo su órbita el financiamiento ni la gestión de la red pública de servicios como sus centros de salud asociados. (Maceira, mimeo).

De esta manera, se configura un sistema de salud argentino extremadamente descentralizado (a nivel geográfico) y segmentado (por tipo de cobertura), coexistiendo tres subsistemas particulares: **el Público, el de Obras Sociales (Nacionales, Provinciales y la de los Jubilados y Pensionados) y el Privado**, con una fuerte interrelación tanto a nivel de la provisión del servicio como en términos de financiamiento.

La segmentación y descentralización a la hora de gestionar los recursos y establecer objetivos sanitarios implica la inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago, ya sea voluntaria (pago de bolsillo) o compulsiva (retenciones salariales), de los aportantes y sus familias (Maceira, 2009).

“El resultado de este escenario deriva en heterogeneidad interna, falta de coordinación y articulación, y atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad en su cobertura” (Bisang y Centrángolo, 1997).

A continuación se describen las características propias de cada subsector, que en conjunto integran el sistema de salud argentino

- **El subsistema público**, integrado en su nivel prestacional por los centros de atención primaria de la salud (representan la unidad de entrada al sistema y atienden casos de baja complejidad) y por los hospitales públicos (con capacidad de atender casos de mediana y alta complejidad).

Su financiamiento proviene del sistema impositivo, funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal).

Los presupuestos sub-nacionales financian los recursos humanos y de infraestructura, en tanto el MSN garantiza el acceso a medicamentos de atención primaria, insumos y coordinación de programas. El Consejo Federal de Salud (COFESA) es el ámbito de

reunión de las autoridades provinciales en salud, aunque sus resoluciones no revisten decisiones formales de política, sino lineamientos de acción sugeridos. (Maceira, mimeo).

El subsistema público presta servicios de manera gratuita y universal a todos los habitantes, sin embargo la provisión se concentra principalmente en aquellos grupos sociales que no disponen de cobertura formal (desempleados, subempleados y trabajadores informales sin obra social o prepaga), pertenecientes a los quintiles más pobres. La población que se comporta como demanda natural de este subsector representa aproximadamente el 34% de los habitantes del país.

- **El subsistema de Obras Sociales**

Las Obras Sociales se consolidaron como tal en nuestro país en 1970, a través de las Leyes 18.610 y 19.032 cuando se extendió de manera obligatoria la cobertura de salud a toda la población trabajadora y a los jubilados y pensionados. En conjunto, las Obras Sociales Nacionales, Provinciales y el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP) brindan cobertura en salud al 56% de la población.

Este subsector, por lo general no tienen prestadores propios sino que contratan con prestadores privados y clínicas para la provisión de servicios, se encuentra conformado por:

- **Obras Sociales Nacionales (OSN)** creadas mediante la ley 18.610 a principios de la década del '70, se encuentran organizadas por rama de actividad productiva (comercio, construcción, etc.) y gerenciadas por sindicatos de trabajadores, desde 1996 las OSN se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Proveen servicios a sus afiliados y a su familia directa, 35% de la población, mediante aportes patronales y contribuciones salariales. Tales contribuciones son transferidas a cada OSN previa deducción de recursos que alimentan la Administración de Programas Especiales (APE), que cumple con dos funciones: el reembolso de los tratamientos de alta complejidad incurridos por las OSN, y el gerenciamiento del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). El FSR tiene como finalidad garantizar solidariamente entre OSN el financiamiento de un Programa Médico Obligatorio (PMO), definido por la SSS y de amplia cobertura, mediante transferencias hacia OSN de menores recursos.

La mayoría de las OSN, como agentes gerenciadores de recursos, no cuenta con prestadores propios por lo que recurren a la contratación de prestadores públicos y fundamentalmente privados organizados en instituciones intermedias (Asociaciones de Clínicas y Sanatorios).

El 63% de las instituciones del subsistema tienen una cantidad de afiliados inferior a diez mil, paralelamente, quince Obras Sociales concentran el 50% del padrón, y su salario promedio es menor al necesario para cubrir la totalidad del paquete obligatorio de servicios (Maceira, 2008).

- **Obras Sociales Provinciales (OSP)** Son entidades autárquicas que presentan un panorama heterogéneo en cuanto al estado económico financiero, las prestaciones que brindan, la población que cubren y el marco jurídico en el cual están encuadradas. Cada una de las 24 OSP actúa independientemente bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud Provincial correspondiente, a diferencia de las Obras Sociales Nacionales no cuentan con un marco de superintendencia que promueva estructuras regulatorias de redistribución de

fondos, paquetes de servicios y mecanismos homogéneos de fiscalización de calidad en la atención.

La prestación de servicios se canaliza mediante prestadores privados, gestionados por instituciones intermedias.

La principal fuente de ingresos de las OSP está constituida por los aportes de sus afiliados y de las contribuciones del empleador. Brindan cobertura a todos los empleados estatales y grupo familiar de los municipios adheridos y prevén la categoría de adherentes para las personas que no siendo empleados estatales optan por incorporarse a la OSP (oscilando el porcentaje de afiliados voluntarios entre el 2% y el 8% del total de beneficiarios (Maceira 2003).

En promedio, la mayoría de las OSP cubren entre el 11% y 30% de la población total de su jurisdicción, siendo el porcentaje de los beneficiarios que reside en la capital provincial al más elevado (entre el 40% y el 55% del padrón).

En el 2008, con una cobertura de 5,5 millones de beneficiarios, las OSP constituyen aproximadamente el 14% del sistema de salud, en términos de financiamiento (PNUD 2011).

- **INSSJP** En el contexto de regulación de las obras sociales sindicales se creó, en el año 1971, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria. Así, se instrumentó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), institución autárquica dependiente funcionalmente del Ministerio de Salud.

El PAMI es la caja de seguridad social de mayor cobertura del país (7%), su gestión es centralizada y opera mediante la contratación de prestadores individuales y hospitalarios, públicos y privados de todo el país (Maceira 2012).

El PAMI cubre al 91% de la población mayor a 65 años (mayoritariamente jubilados, pensionados y sus familiares, discapacitados y veteranos de guerra).

El financiamiento proviene de las contribuciones y aportes de los trabajadores activos y de los propios jubilados a quienes se les descuenta un porcentaje de sus haberes, además de contribuciones del tesoro nacional.

- **El subsistema privado** integrado por las empresas de medicina prepaga cuya oferta presenta una dispersión de precios y cobertura mucho mayor que el de las Obras Sociales. Se agrupan en dos cámaras empresariales: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina (CIMARA) y la Asociación de Entidades de Medicina Prepaga (ADEMP), y se encuentran bajo la órbita regulatoria de la SSS, y con la obligación de cubrir el PMO a sus beneficiarios.

Este subsector se financia a partir del aporte voluntario de sus usuarios, representado por los quintiles más altos de la población en términos de ingreso y, que muchas veces cuentan con cobertura de seguridad social (doble afiliación).

En el país operan unas 196 empresas de medicina prepaga (de las cuales el 58% tiene base en Capital Federal, 19% en el resto del Gran Buenos Aires y 23% en el Interior), en conjunto brindan cobertura médica al 10% (4 millones) de los argentinos.

En adelante se procede al análisis del sistema de salud de la provincia de Neuquén.

5. Provincia de Neuquén

5.1 Características socioeconómicas - sanitarias de la Provincia

Neuquén, provincia situada en la región Patagónica de la República Argentina posee una superficie total de 98.078 km² y una densidad poblacional de 5,82 hab/km².

Cuenta con una población de aproximadamente 551 mil habitantes, reuniendo al 1,4% de los argentinos y constituyéndose en la segunda provincia (luego de Río Negro) con mayor población en la región de la Patagonia².

La provincia se encuentra dividida en 16 departamentos, siendo el departamento Confluencia el que concentra el 66% de la población total (ver cuadro N°2), en el cual se ubican la zona metropolitana (donde viven el 30% de los neuquinos) y tres de las cinco ciudades más importantes (Centenario, Plottier y Cutral-Co) con más de 32 mil habitantes cada una. Le siguen los Departamentos Zapala y Lácar, donde se encuentran las ciudades de Zapala y San Martín de los Andes respectivamente con poco más de 35 mil habitantes cada una.

Según datos del censo 2001, la población urbana representa el 87% del total provincial y la población rural el 13% restante, de la cual el 70% se encuentra dispersa en campo abierto y el resto agrupada en localidades de menos de 2 mil habitantes.

Respecto de los indicadores de vulnerabilidad socio-sanitaria de Neuquén, según datos del Censo 2010, el 49% de la población actúan como demanda directa del sector público al no contar con cobertura formal de salud (obra social o prepaga).

Es importante resaltar que los Departamentos con mayor porcentaje de población sin cobertura en salud (Catán Lil, Collon Curá y Picún Leufú) son los que concentran el menor porcentaje de la población provincial al estar integrados en su mayoría por localidades pequeñas (que no superan los mil habitantes) y parajes.

Por otro lado, si bien los Departamentos más importantes en términos poblacionales (Confluencia, Zapala, Lacar y Pehuenches) son los que presentan el mayor porcentaje de cobertura formal en salud presentan amplias desigualdades en términos de población con necesidades básicas insatisfechas.

En síntesis, los departamentos de la provincia más vulnerable se encuentran ubicados en las regiones más alejadas de la capital, en zonas escasamente pobladas, con baja densidad poblacional y alto porcentaje de NBI.

El Producto Bruto Geográfico (PBG a precios del 2004) de la provincia alcanza en el 2010 los 13.620 millones de pesos, representando un incremento del 3,36% respecto del 2005, año en el cual la participación del PBG en el total nacional correspondía al 2,6% y el 30% en la región Patagónica³.

Para el año 2010, (Gráfico N°1), se observa que si bien Neuquén se ubicaba por encima de la media nacional en cuanto a PBG per cápita presenta un Índice de Desarrollo Humano similar a provincias con igual PBG (La Pampa y Córdoba) e inferior incluso a provincias con menor PBG (Santa Cruz), lo cual estaría evidenciando un desempeño relativo de la provincia menor al esperado, ya que podrían obtenerse los mismos (o mejores) resultados en términos de desarrollo social empleando menos (o iguales) recursos.

² INDEC-Censo 2010.

³ Ministerio de Economía de la Nación - Subsecretaría de Planificación Económica.

Cuadro 2 – Indicadores Socio-demográficos de la Provincia de Neuquén, por Departamento.

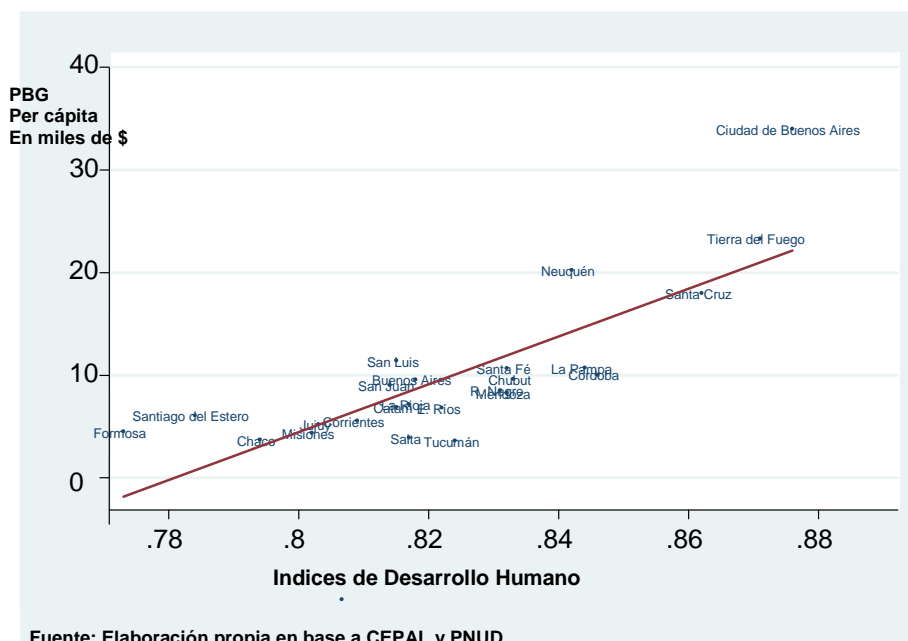
Departamento	Población		Var. relativa (%)	% de de pob. Total	% NBI (*)	% de Población sin cobertura formal de salud (*)
	2001	2010				
Confluencia	314.793	362.673	15,2	66%	14,4	47,9
Zapala	35.806	36.549	2,1	7%	19,4	47,1
Lácar	24.670	29.748	20,6	5%	14,6	46,7
Pehuenches	13.765	24.087	75,0	4%	27,0	47,0
Chos Malal	14.185	15.256	7,6	3%	19,0	52,0
Huiliches	12.700	14.725	15,9	3%	23,9	51,4
Los Lagos	8.654	11.998	38,6	2%	13,2	47,5
Añelo	7.554	10.786	42,8	2%	28,0	52,0
Aluminé	6.308	8.306	31,7	2%	26,2	55,7
Minas	7.072	7.234	2,3	1%	25,2	49,4
Picunches	6.427	7.022	9,3	1%	26,3	53,9
Loncopué	6.457	6.925	7,2	1%	33,9	58,4
Norquín	4.628	4.692	1,4	1%	30,2	49,8
Picún Leufú	4.272	4.578	7,2	1%	22,7	60,4
Collón Curá	4.395	4.532	3,1	1%	24,8	60,1
Catán Lil	2.469	2.155	-12,7	0%	48,2	73,2
Total	474.155	551.266	16,3		17,0	48,7

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Nota: La población total incluye a las personas viviendo en situación de calle.

(*) Datos 2001.

Gráfico 1: Relación PBG per cápita e Índice de Desarrollo Humano por provincia. Año 2010



El análisis de los indicadores de necesidad y oferta relacionados con los servicios de salud, representados en el cuadro N° 3, muestran que la provincia de Neuquén fue la tercera (luego de Santa Cruz y Tierra del Fuego) que más gastó en salud por habitante en el año 2010 (\$1.640 per-cápita). Así mismo, Neuquén integra el grupo de provincias que se encuentran por encima de la media nacional en relación al porcentaje del gasto público que destinan al rubro salud (superior al 10%), en el período 1993-2010 el gobierno provincial destinó en promedio a salud el 11,2% del gasto total.

El 17% de los neuquinos presentan necesidades básicas insatisfechas y cerca de la mitad carecen de cobertura formal en salud, es decir que unos 270 mil habitantes actúan como demanda directa de los servicios de salud que brinda el sector público de manera gratuita.

El alto nivel de gastos de la provincia en salud por habitante, que casi triplican la media nacional, se traduce en indicadores de oferta relativamente altos (comparados con otras provincias) y en resultados en términos de tasas de mortalidad infantil e indicador de perfil epidemiológico satisfactorios.

Es así como Neuquén presenta uno de los mejores indicadores de Mortalidad infantil, ubicándose en el tercer lugar (9,2 cada mil nacidos vivos), luego de la pampa y Ciudad de Buenos Aires.

Así mismo, el índice de perfil epidemiológico elaborado por Maceira (2005), recoge las diferentes combinaciones de dos indicadores de nivel de desarrollo sanitario, y su comparación con el promedio nacional. Tales indicadores son los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por causas transmisibles (infecciones) y no transmisibles (tumores).

El cuadro N°3 muestra que Neuquén pertenece al grupo 1 (junto con Santa Cruz, Tierra del Fuego, Chubut, Río Negro y Mendoza), lo cual indica que los niveles de AVPP tanto por infecciones como por tumores se hayan por debajo de la media.

Por el lado de la oferta formal, tanto el número de médicos como de camas cada mil habitantes muestran que Neuquén es la séptima y sexta provincia (respectivamente) con mejores indicadores de recursos del país.

Uno de los principales indicadores de progreso sanitario de una región es la evaluación de la tasa de mortalidad infantil (ver Gráfico N°2). Para la provincia de Neuquén, previo a la década del '70 los altos índices de muertes en niños menores de un año era una de las principales problemáticas en materia sanitaria, es así que por ejemplo en 1961 morían 120 niños (de cada mil nacidos vivos) antes de cumplir el año.

Se observa que a partir de la década de '70 dicha tasa presenta una tendencia descendente y a partir del '86 se ubica siempre por debajo de la tasa nacional.

En el año 2008 la provincia alcanzó su valor histórico más bajo (7,4 cada mil nacidos vivos), siendo la segunda provincia luego de Tierra del Fuego en presentar la tasa de mortalidad infantil más baja.

El dato mas reciente, correspondiente al año 2010 ubica a Neuquén, después de La Pampa y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como la tercera con menor tasa de mortalidad infantil (9,2%) en el país.



Cuadro 3 – Indicadores de Financiamiento, Demanda y Oferta

Jurisdicción	Gasto per cápita en salud 2010 (en \$ corrientes) (1)	% Gasto en Salud en el Gasto Público Total (1)	INDICADORES DE NECESIDADES					INDICADORES DE OFERTA		
			Población 2010 (2)	% Población con NBI (3)	% Población no asegurada (3)	Tasa de Mortalidad Infantil (C/ mil nacidos vivos) (4)	Perfil Epidemiológico (5)	Médicos (c/ mil hab) (6)	Nº de camas (c/mil hab) (6)	Establ. Asistenciales (6)
BUENOS AIRES	340	7,3%	15.625.084	15,8	49	12,1	2	2,36	3,30	4.896
MISIONES	354	6,4%	1.101.593	27,1	58	13,2	3	1,31	2,84	617
MENDOZA	399	7,5%	1.738.929	15,4	51	11,7	1	2,58	2,38	676
CORDOBA	495	7,3%	3.308.876	13	46	11,1	2	4,09	5,35	1.763
CORRIENTES	515	9,8%	992.595	28,5	62	16,8	3	2,23	3,55	387
SANTA FE	581	9,9%	3.194.537	14,8	42	10,3	2	2,96	3,45	1.869
SGO. DEL ESTERO	619	9,4%	874.006	31,3	64	14,0	3	1,45	3,47	526
SALTA	635	13,5%	1.214.441	31,6	60	12,8	3	1,78	3,13	598
CHACO	684	8,6%	1.055.259	33	66	14,7	4	1,64	3,35	519
TUCUMAN	722	12,7%	1.448.188	23,9	48	14,1	3	2,59	3,12	702
ENTRE RIOS	723	9,4%	1.235.994	17,6	49	11,6	2	1,93	5,46	604
JUJUY	749	10,9%	673.307	28,8	54	13,4	3	1,70	4,19	394
SAN LUIS	764	8,9%	432.310	15,6	52	10,7	3	2,15	2,82	236
SAN JUAN	773	12,7%	681.055	17,4	53	11,0	3	2,28	2,56	301
LA RIOJA	827	8,3%	333.642	20,4	41	12,6	3	2,32	3,78	281
CATAMARCA	1.011	9,9%	367.828	21,5	45	15,4	3	1,82	4,00	380
RIO NEGRO	1.015	14,1%	638.645	17,9	50	9,4	1	2,24	3,02	315
FORMOSA	1.022	9,6%	530.162	33,6	66	17,8	3	1,36	3,17	271
CHUBUT	1.152	9,7%	509.108	15,5	40	9,8	1	1,88	4,22	248
CIUDAD DE BS. AS.	1.495	22,5%	2890151	7,8	26	7,0	2	10,62	7,59	1.666
LA PAMPA	1.573	12,5%	318.951	10,3	46	7,0	2	2,18	3,70	206
NEUQUEN	1.640	11,5%	551.266	17	49	9,2	1	2,37	3,01	248
TIERRA DEL FUEGO	2.044	8,9%	127.205	14,1	30	9,9	1	2,64	2,25	37
SANTA CRUZ	2.475	9,9%	273.964	10,4	29	9,7	1	1,80	3,80	101
República Argentina	619	9,8%	40.117.096	17,7	48	11,9		3,02	3,82	17.845

Fuentes:

(1) Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias.

(2) INDEC-Censo 2010.

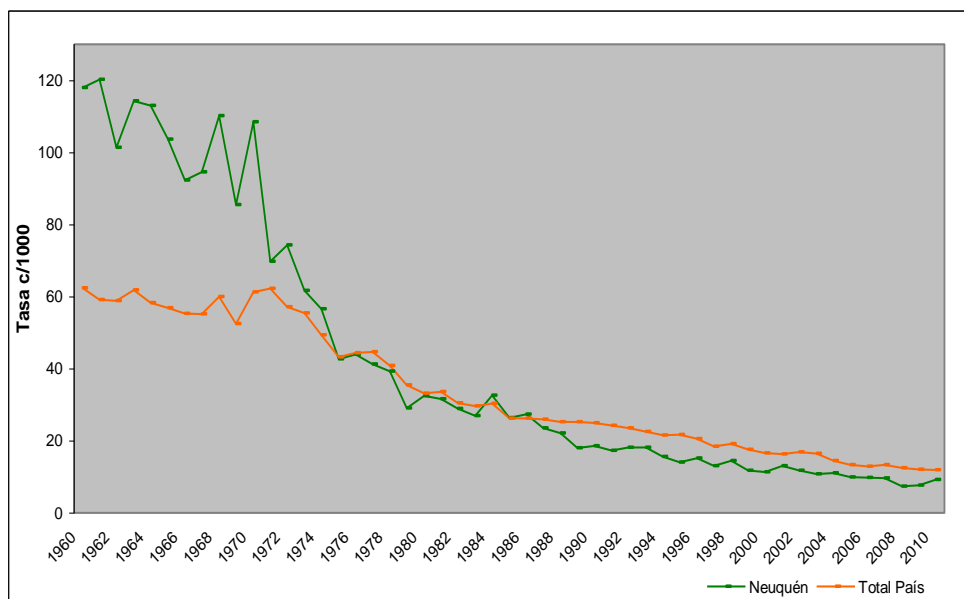
(3) INDEC-Censo 2001.

(4) Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) 2010.

(5) Maceira 2005.

(6) Indicadores Básicos en Salud 2011. OPS-OMS 2000.

Gráfico 2: Evolución Tasa de Mortalidad Infantil – Neuquén y total país



Fuentes:

- Años 1960-1999, McGuirre 2001.

- Años 2000-2010 "Estadísticas Vitales en Salud", Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) - Ministerio de Salud de la Nación.

Los logros en reducir las elevadas tasas de mortalidad infantil claramente evidencian que la provincia estableció una estrategia sanitaria basada sobre la atención primaria en salud que fue eje del Programa de Salud llevado a cabo a partir de la década del '70, y que se volvió un ejemplo a nivel local e internacional.

La sección siguiente avanza sobre la descripción de antecedentes sanitarios previos al plan de Salud de los '70 y la política sanitaria encarada a partir de entonces.

5.2 Reseña histórica del sistema de Salud

En la provincia de Neuquén, el sistema de salud presentaba las mismas polaridades y fragmentación sectorial que en el resto de las provincias. Por un lado, el desarrollo del subsector público y, por otro, el correspondiente a las obras sociales. Ambos subsectores se encontraban representados, respectivamente, en el Plan de Salud y la instalación del Policlínico Asociación Neuquina de Obras Sociales (ANDOS).

Cronológicamente puede fijarse el comienzo del Plan de Salud de Neuquén en Marzo de 1970 cuando el Gobernador Felipe Sapag, por solicitud de su Ministro de Bienestar Social Dr. Alberto Del Vas, designa al Dr. Néstor Perrone como Director General de Salud (el Dr. Perrone fue luego el primer Subsecretario de Salud en 1971) y, a propuesta de éste último, incorpora a la Dra. Elsa Margarita Moreno como Directora de Maternidad e Infancia. A partir de entonces, Neuquén se convierte en la primera provincia argentina en introducir un sostenido y amplio programa de atención primaria de la salud otorgando una prioridad fundamental a la problemática sanitaria.

Los siguientes indicadores suministrados por Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación y la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén reflejan la situación de aquellos años:

- Alto crecimiento poblacional: uno de los más altos del país: la tasa de fecundidad en 1955 fue de casi el doble del promedio nacional (INDEC, 1997) y sumada a una alta migración y un alto ritmo de urbanización.

- Alta mortalidad general con una infraestructura propia de áreas de bajo desarrollo.
- Alta mortalidad infantil (102 por 1000), la tercera luego de Jujuy y Salta (129 y 109 por mil respectivamente: uno de cada tres fallecidos era menor de un año y las primeras causas eran las respiratorias, las diarreas y las causas mal definidas.
- La tasa de mortalidad por tuberculosis era el doble que el promedio del país.
- Cerca del 50% de las muertes carecían de atención médica.
- Las primeras causas de muerte eran los “estados morbosos mal definidos”.
- Existencia de enfermedades endémicas con elevadas incidencias y prevalencias (Hidatidosis, tuberculosis).
- El 25% de los partos eran domiciliarios y sin atención médica ni controles durante el embarazo.
- El sector oficial era el único efector en el 86% del territorio con 30 establecimientos, de los cuales solo 19 poseían internación.
- No existían servicios de pediatría ni neonatología en ninguno de los servicios del sector público.
- Había solamente 250 enfermeras, y 3 de cada 4 eran empíricas.
- Carencia de normas de atención, supervisión y evaluación.
- Falta de integración de los efectores entre sí y con el nivel central.
- Atención únicamente de la demanda espontánea y casi sin actividades de promoción y protección.
- Escasa participación del sector salud en el saneamiento básico del medio ambiente.

Las áreas programáticas se encontraban delimitadas, pero las decisiones de políticas de salud se tomaban a nivel central. Como la política nacional propiciaba la centralización normativa y la descentralización ejecutiva para el desarrollo del sector público, los programas eran generados por las provincias y las normas generales las establecía la Nación.

Plan Provincial de Salud de 1970

“El Plan de Salud Provincial de Neuquén, implementado en 1970 cuyos lineamientos se conservan en la actualidad, representó un esfuerzo enérgico por el gobierno provincial para brindar atención primaria de salud a los pobres” Leonfanti y Chiesa, 1988.

La descentralización –prolija y ordenada- y la concentración de poder en una instancia más micro, sobre la base de la delegación de responsabilidades, fueron el sustento del proceso de regionalización. La responsabilidad primaria recaía sobre el nivel central, pero quienes tomaban las decisiones cotidianas eran los jefes zonales. Fue una dinámica que reorientó las demandas hacia niveles con capacidad de respuesta inmediata y resolución de problemáticas.

“Se armó la estructura del nivel central y se formó un equipo de salud. Se articularon los esfuerzos individuales, orientados a la gestión, y se respetó la política de regionalización a partir de la conformación de las áreas programáticas. De esta manera, se dividieron las tareas y se asignaron responsabilidades dentro del equipo. Se fijaron los niveles de educación necesarios para los trabajadores de la salud y se buscó gente que estuviera interesada en ser entrenada. Así, se inició un proceso progresivo de capacitación del equipo

conformado. A este efecto, se envió parte del equipo a otros lugares del país a hacer cursos en Salud Pública” (Perrone y Moreno, 2008).

“Otra estrategia diseñada fue el desarrollo del Programa de Reuniones Periódicas. Este Programa consistía en una mecánica de reuniones mensuales que duraban todo el día, a las que asistían los responsables de las zonas sanitarias, los responsables de la conducción a nivel central y, si correspondía, un especialista de la temática que se abordaba. En las reuniones se confirmaba un espacio de comunicación, discusión y debate” (Perrone y Moreno, 2008).

Dentro del Ministerio de Salud se conformaron una delegación técnica y otra administrativa, la primera garantizaba que todos los procesos normados centralmente fueran conocidos, respetados y difundidos. Y la delegación administrativa tomaba decisiones respecto del personal, las compras, licitaciones, etc.

El plan integral presentado incorporaba la estrategia de atención primaria y la extensión de la cobertura. Sus programas y actividades se desarrollaron en forma integral y de manera horizontal: salud materno-infantil, tuberculosis, salud bucal, nutrición, control de la hidatidosis, etc.

Los objetivos del Plan consistieron básicamente en:

- Monitorear la salud de los niños en edad escolar.
- Elevar la proporción de partos atendidos por personal capacitado.
- Ofrecer exámenes médicos y ayuda nutricional a madres gestantes y niños de corta edad.
- Administrar las vacunas.
- Detectar, controlar y tratar la tuberculosis.
- Educar a la gente acerca de la salud y la higiene.

(Neuquén MS/SSP 2010).

Entre los principios más destacados que orientaron las acciones del Plan se pueden mencionar⁴:

- El reordenamiento del Nivel Central con la creación de cuatro direcciones normativas: Atención Médica, Saneamiento Ambiental, Servicios Técnicos Generales y Administración, correspondiendo la responsabilidad ejecutiva a la Dirección General de Salud a través de cuatro zonas sanitarias.
- La descentralización: se elevó el rango de la entonces Dirección de Salud Pública transformándola en Subsecretaría asistida por una Dirección General encargada de coordinar al Nivel Central con las Zonas Sanitarias.
- La Zonificación e integración de todos los efectores oficiales asumiendo la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje vertebral dentro de un sistema de complejidad creciente. Cada Zona Sanitaria (4 en total con cabeceras en Neuquén, Zapala, Chos Malal y San Martín de los Andes) era la repetidora técnica del nivel central, con responsabilidades de supervisión y control del cumplimiento de las actividades programadas en los establecimientos que de ellas dependían.
- La organización de la red de servicios según niveles de complejidad y la construcción de hospitales, centros periféricos y puestos sanitarios en todo el territorio provincial

⁴ Fuentes: Perrone y Moreno (2008), reseña histórica del sistema de salud (página web institucional WWW. <http://www.saludneuquen.gob.ar/institucional/resenahistorica>), y entrevistas con informantes clave del sistema de salud neuquino.

según las necesidades detectadas, siendo el Hospital de Neuquén el de máxima complejidad (Nivel VIII) que actuaba como establecimiento de referencia provincial.

- El desarrollo del recurso humano asumiendo el régimen de dedicación exclusiva como modo de contratación preferencial, priorizando su formación.
- La implementación de nuevas modalidades de atención: visitas médicas programadas a poblaciones nucleadas y la ampliación de los horarios de atención para aumentar la accesibilidad.
- El desarrollo de normas de atención con la finalidad de ordenar las prestaciones para la población de una manera efectiva e igualitaria.
- El desarrollo de la información a través de la normalización de los registros y el perfeccionamiento en la recolección y la elaboración de datos para generar estadísticas de salud confiables. Se enfatizó en la disseminación de información en todos los niveles del sistema.
- La incorporación de los conceptos de administración de salud (determinación de prioridades, programación, uso racional de recursos, evaluación, etc.) en todos los estratos del sector.

Para el logro de los objetivos el gobierno provincial llevo a cabo las siguientes actividades programadas:

- Adecuación de los efectores para la atención de la demanda. Ello comprendió, su ordenamiento por niveles de complejidad crecientes, con asignación de “áreas programáticas” donde desarrollar sus actividades.
- Ampliación y creación de hospitales; creación de “consultorios Periféricos” periurbanos y de “Puestos Sanitarios” en zonas rurales.
- En el desarrollo de la infraestructura física, se priorizaron las necesidades del área Materno Infantil y la esterilización central en los establecimientos con internación.
- Capacitación del personal empírico a través de un programa educativo para el personal de enfermería y el otorgamiento de becas de trabajo y estudio.
- Implementación de residencias médicas y rurales.
- Equipamiento adecuado.
- Atención materno infantil (control de la embarazada y del niño menor de dos años según normas; atención institucional del parto; asistencia alimentaria con leche en polvo a los grupos bajo control).
- Inmunización con vacunas siguiendo normas nacionales, por medio de un programa regular permanente en toda la Provincia, reforzándolo con los operativos nacionales.
- Control de la Tuberculosis (búsqueda de casos, tratamiento según normas, control de contactos, vacunación).
- Control odontológico programado del escolar.
- Control del vector transmisor de la Enfermedad de Chagas.
- Control de la Hidatidosis.
- Saneamiento básico del medio ambiente.

Para llevar adelante estas actividades programadas se aumenta el gasto destinado a salud así como el personal empleado en el sector. El gasto real de salud pública, después de caer un 91% entre 1961 y 1966, se elevó 444% entre 1961 y 1972. De 1970 a 1975, el número de empleados de la subsecretaría provincial de salud se elevó de 550 a 1427, la cantidad de

enfermeras aumentó de 250 a 422, y la cifra de consultas médicas incrementó de 203.000 a 411.000.

La relación médicos cada diez mil habitantes paso de 6 a 12 entre 1970 y 1982, la de enfermeras de 16 a 21 y la del personal de salud de 44 a 70 (Leonfanti y Chiesa, 1988).

Este conjunto de medidas permitió dar un giro importante a la situación de salud provincial, a continuación se destacan algunos indicadores que dan cuenta de los logros obtenidos a partir de la implementación del Plan Provincial de Salud:

- En el período 1970-1986 se duplicó la proporción de mujeres embarazadas atendidas por médicos, bajó del 27 al 6% la proporción de nacimientos extrahospitalarios, aumentó del 51 a 68% la proporción de niños menores de dos niños controlados (Leonfanti y Chiesa, 1988).
- La proporción del personal de enfermería sin capacitación formal se redujo de 85% en 1970 a cero en 1985 (Gorosito y Heller 1993).
- En el período 1970-2006 la mortalidad infantil paso de 108.5 por mil a 9 por mil, los partos domiciliarios cayeron de 27% a 0.2% y la tasa de natalidad se redijo de 34.7 por mil a 20.3 por mil (Subsecretaría de Salud de Neuquén 2006).
- En términos relativos, para el período 1970-1999, la reducción de la mortalidad infantil en Neuquén fue casi tan grande como la de Chile, un reductor de mortalidad infantil de renombre, donde la tasa cayo 89 por ciento (del 82 al 10 por 1000), y fue mayor que la de Costa Rica, un país famoso por su progreso de reducción de la mortalidad infantil, donde la tasa se redujo 82 por ciento durante el período (68 a 12 por 1000) (Verdejo 1998).

Del “hospital de paredes adentro” receptor pasivo de la demanda de atención de patologías en general avanzadas, se pasó al “hospital abierto e integrado a la comunidad”, responsable de las acciones de salud en un área geográfica determinada (área programa), promotor de salud con énfasis en la prevención y en la detección precoz, con horarios amplios de atención.

El tradicional concepto de la atención médica casi exclusivamente reparadora fue reemplazado por el de atención médica integral (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación).

Se priorizó la “atención médica primaria” para llegar a toda la población y resolver la mayoría de sus problemas de salud.

“El sistema de salud neuquino conserva muchas de las iniciativas de los años setenta. La población se encuentra satisfecha y aún confía en el sistema público. Paralelamente, la tasa de mortalidad infantil se mantiene entre las más bajas del país. Asimismo, la participación de la comunidad en la gestión, la promoción de la salud y la cultura evaluativa se instalaron desde los inicios y se mantienen en la actualidad” (Perrone y Moreno, 2008).

5.3 Organización sectorial del sistema de salud de la provincia – Principales Actores

El estado definió su responsabilidad para con la Salud en la Constitución Provincial, dictada en 1957, donde se declara:

“Es obligación ineludible de la Provincia velar por la Salud y la Higiene Públicas, especialmente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes, servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social”.

Dentro de este contexto ideológico, se desarrolló la política del sector Salud.

El Sistema Provincial de Servicios de Salud, al igual que el Nacional, está integrado por los recursos de tres subsectores de atención médica: Público, Privado y de Obras Sociales.

5.3.1 El Subsector Público Provincial

Su financiamiento proviene de recursos del Tesoro Provincial, se encuentra organizado a través de un Nivel Central normativo de conducción general y una red integrada por establecimientos prestadores de servicios de salud. Su estructura responde a un modelo organizacional regionalizado e integrado a través de una Red de Establecimientos, escalonados en niveles de complejidad creciente, agrupados en cinco Zonas Sanitarias. El Hospital Provincial Neuquén “Castro Rendón” ubicado en la capital, es el de mayor complejidad de la provincia, y depende directamente de la Subsecretaría de Salud por lo que tiene rango de zona sanitaria individual identificada como Zona Metropolitana.

El nivel central es conducido por la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Seguridad Social, y a su vez conduce las Jefaturas de las Zonas Sanitarias. En cada una de éstas, hay un Hospital Cabecera Zonal de mediana complejidad con el cual otros hospitales de baja complejidad, ubicados en localidades vecinas, se vinculan a través de interconsultas y derivaciones.

“Las zonas funcionan como apoyo administrativo a los hospitales que la integran, los lineamientos en cuanto a programas y políticas sanitarias provienen desde el nivel central” (Referente Atención Primaria de la Salud Nivel Central).

El nivel de cada establecimiento asistencial se define teniendo en cuenta la diversificación de las actividades que realizan y, por ende el grado de diferenciación de sus servicios. En términos generales:

- En los hospitales de Baja Complejidad (Nivel III) se ofrecen servicios Atención Médica Indiferenciada a través de profesionales especialmente capacitados en Medicina General.
- En los servicios de Mediana Complejidad (Nivel IV) se incorporan las Especialidades llamadas Básicas: pediatría, obstetricia, cirugía y clínica médica.
- En los hospitales de Alta Complejidad (Nivel VI) y en forma parcial en las cabeceras de zonas se agregan las especialidades de traumatología, oftalmología y otorrinolaringología, además de algunas prácticas de diagnóstico más complejas.

Por su parte, el hospital provincial (Nivel VIII) dispone de casi la totalidad de las subespecialidades médicas, además de mantener actividades permanentes de docencia e investigación.

Todos los hospitales de la provincia cuentan con atención odontológica, así como radiología y laboratorio, de acuerdo con su nivel de complejidad.

A su vez, en algunas localidades existen Centros de Salud que dependen del hospital local, asistidos diariamente por profesionales del mismo. En diferentes parajes de las áreas rurales existen Puestos Sanitarios, a cargo de agentes sanitarios que reciben visitas médicas y odontológicas periódicas desde su hospital base.

La organización sectorial precedente se traduce en grupos de programas, proyectos y acciones, subdivididos en grandes áreas o temáticas tendientes a favorecer la atención de la demanda espontánea y la cobertura poblacional; priorizar los grupos bajo control, vulnerables y patología prevalente y facilitar el seguimiento del paciente y su familia en consultorio externo, internación y domicilio y posterior derivación a centros de mayor complejidad si fuera necesario.

El mapa presentado a continuación muestra las seis zonas sanitarias en las que se encuentra dividido el territorio provincial, así como los distintos centros hospitalarios con que cuenta la provincia referenciados por nivel de complejidad.

Cabe notar que la identificación de cada Zona Sanitaria es independiente se la división político-administrativa de la Provincia, así una misma Zona Sanitaria puede estar integrada por varios Departamentos, y de otro modo, habitantes de una mismo Departamento pueden depender de la intervención distintas Zonas Sanitarias.

La *Zona Metropolitana* conduce los servicios de Salud de la Ciudad de Neuquén (con excepción del Hospital Provincial Neuquén), comprende al Hospital Bouquet Roldán, el hospital Dr. Horacio Heller y 17 Centros de Salud, todos ellos con un área programática asignada.

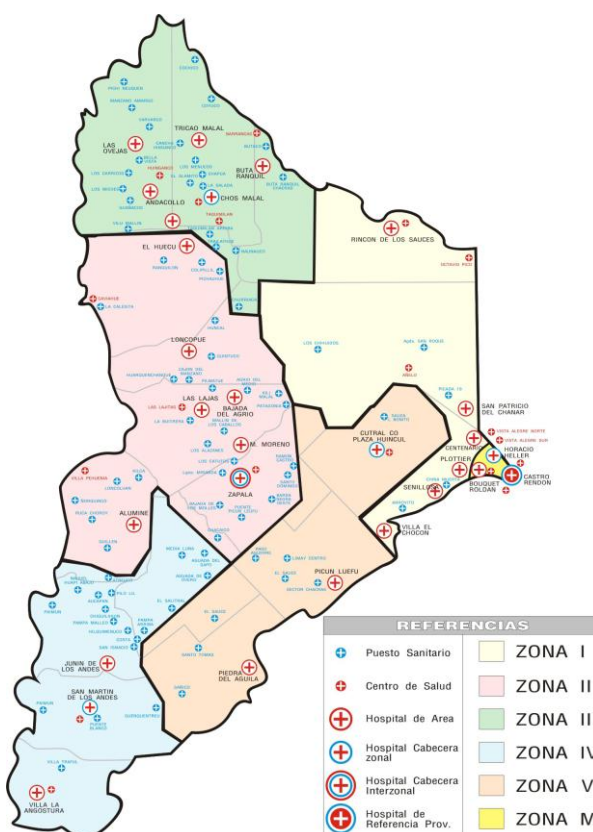
El triángulo que se forma hacia el este de la Provincia, está atendido por seis hospitales: Centenario, Plottier, Senillosa, El Chocón, San Patricio del Chañar y Rincón de los Sauces, bajo la conducción de la *Zona Sanitaria I*, con asiento administrativo en la ciudad de Neuquén.

El área centro sur de la Provincia está atendida por tres hospitales: Cutral Co, Picún Leufú, y Piedra del Águila y constituye la *Zona Sanitaria V*, con asiento administrativo en Plaza Huinul.

La *Zona Sanitaria III*, con cabecera en Chos Malal, atiende el norte de la Provincia, con seis hospitales: Chos Malal, Tricao Malal, Andacollo, Las Ovejas, Buta Ranquil y El Cholar.

La *Zona Sanitaria IV* con asiento en San Martín de los Andes, atiende el sector sur, con cuatro establecimientos: San Martín de los Andes, Junín de los Andes, Villa la Angostura y Las Coloradas.

Mapa Zonas Sanitarias



Fuente: Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud de Neuquén, 2010.

El sector oeste está atendido por siete hospitales dependientes de la *Zona II*, con asiento en la Ciudad de Zapala: Zapala, Mariano Moreno, Bajada del Agrio, Las Lajas, Loncopué, El Huecú y Aluminé.

El modelo público muestra una estructura de amplia concentración de recursos en el Departamento Confluencia (donde se localizan la Zona Metropolitana y I), donde se concentra el 61% de la población.

Cuadro 4 – Indicadores de recursos según zona sanitaria.

Zona Sanitaria	Población	% población total	Médicos c/10 mil hab	Enfermeros c/10 mil hab	Establecimientos con internación		Establecimientos Públicos sin		Nº de camas	
					Públicos	Privados	Centros de Salud	Puestos Sanitarios	Subsector público	Subsector privado
Hospital Provincial Neuquén	234.076	42%	14,2	19,7	1	7	17	1	283	447
Zona Metropolitana	103.713	19%	9,1	14,6	2	1	20	5	197	138
Zona I	61.554	11%	12,8	23,2	6	7	10	42	147	24
Zona II	31.118	6%	18,2	35,7	7	2	10	25	147	64
Zona III	58.064	11%	15,7	45,6	6	4	12	17	116	125
Zona IV	62.714	11%	17,9	29,6	4	3	12	10	130	103
Total Provincia	551.226	100%	19	32	29	13	81	100	1136	638

Fuente: Dirección de Estadísticas de la Subsecretaría de Salud año 2010

El 61% de la población se halla bajo la injerencia de las Zona Metropolitana y I (ciudad capital y su conurbación).

Si bien en términos porcentuales el 51% de los médicos (330 en el Hospital Provincial y 214 en la Zona Metropolitana) y el 45,5% de los enfermeros (460 en el Hospital Provincial y 341 en la Zona Metropolitana) prestan sus servicios en la Capital Provincial, el indicador de recursos humanos cada mil habitantes (para ambos profesionales de salud) resulta ser superior en las zonas con menor concentración poblacional.

El Subsector Público cubre la totalidad de la población a través de Hospitales, Centros de Salud, que operan en las zonas urbanas o localidades de más de mil habitantes, y por medio de Puestos Sanitarios y/o visitas periódicas desde el hospital de referencia a las comunidades rurales.

El subsector Privado ha localizado sus efectores con internación en las ciudades de mayor concentración poblacional, mientras que en algunas localidades del interior provincial existen centros médicos ambulatorios y consultorios particulares. Es así como el subsector privado brinda servicios de salud a través de un total de 13 establecimientos privados de internación y una cooperativa de trabajo localizados en seis ciudades de la Provincia (6 en la Capital Provincial, 2 en Cutral-Có, 2 en Zapala y 1 en las ciudades de Centenario, Plaza Huinca y Rincón de los Sauces). Los establecimientos privados con internación no se encuentran presentes en las zonas más alejadas de la Provincia, convirtiendo al subsector público el único efector en las Zonas Sanitarias III y IV.

5.3.2 La Obra Social Provincial – Instituto de Seguridad Social de Neuquén (ISSN)

El 6 de noviembre de 1958 el gobierno de la provincia concreta la creación de la Caja de Obra Médico Asistencial a partir de la sanción de Ley Provincial N°42. Dos años más tarde, la sanción de la Ley 178 crea y reglamenta la Caja de Previsión Social de la Provincia. Sin embargo, recién en el período 1963-1966 se puso en funcionamiento la Caja de Previsión Social, es en este período cuando se empiezan a visualizar las primeras políticas destinadas a la protección de la infancia y la vejez.

El 30 de enero de 1970 se produce la fusión formal de la Caja Obra Médico Asistencial y la Caja de Previsión de la Provincia a partir de la Ley Provincial N°611, dando origen al Instituto de Seguridad Social de Neuquén.

La misma Ley establece que el Instituto actuará con personería jurídica e individualidad financiera propia, como ente autárquico de la Administración Pública y que sus relaciones con el Poder Ejecutivo se ejercerán por intermedio del Ministerio de Bienestar Social.

De esa manera el ISSN quedó integrado por dos Direcciones, Dirección de Prestaciones de jubilaciones y pensiones y Dirección de Prestaciones de salud y asistenciales.

El objetivo de la fusión consistió en "Ofrecer una cobertura integral del hombre durante toda su vida, contra los riesgos y los distintos avatares comunes a la existencia" (primer administrador del ISSN Omar Brillo).

En 1970, la Obra Social de la Provincia ofrecía asistencia médica integral, odontológica y cobertura farmacéutica, y preparaba las condiciones para la incorporación del seguro materno-infantil y la atención de prótesis ortopédicas. En cuanto a las jubilaciones, pensiones y retiros, en el primer año de existencia del ISSN, se otorgaron 191 beneficios.

Formalmente el ISSN es el encargado de brindar cobertura de atención médica a los empleados públicos de la provincia; sus familiares; pensionados y adherentes voluntarios, además de cumplir funciones previsionales.

La administración de los recursos de la Obra Social es independiente del Ministerio de Salud, cuenta con una Dirección integrada por un Administrador y un Directorio.

Los ingresos asistenciales del ISSN provienen directamente de los pacientes afiliados, pudiendo ser:

- Afiliados directos obligatorios: aquellos que se desempeñan en cargos o funciones, en forma permanente o transitoria; quienes lo hacen en cargos electivos; y los jubilados, pensionados y retirados de la administración pública.

- Afiliados adherentes voluntarios: aquellos que trabajan en relación de dependencia en la actividad privada o ejercen actividades de manera independiente, de forma directa o a través de una entidad, que residan en forma permanente en el ámbito provincial.

El porcentaje que alimenta los fondos de utilización de la Obra Social corresponde al 5% de aportes salariales y al 7% de contribuciones patronales. Complementariamente, el ISSN mantiene coseguros para la mayoría de las prestaciones médicas, y que recaen directamente en el bolsillo del afiliado.

Desde sus comienzos, en la década del '70, el ISSN estableció los porcentajes de cobertura que se mantienen en la actualidad, consistentes en: 100% para internaciones, 80% en consultas y 70% en medicamentos. Los porcentajes no cubiertos corresponden al copago que debe afrontar el afiliado a la hora de la utilización del servicio de atención médica.

En relación al/los métodos de pago empleados por la Obra Social, mantiene su política inicial de pagar por las prestaciones realizadas a los médicos con quienes mantiene contratos.

Contrariamente a lo que ha venido sucediendo en los últimos años con otras obras sociales provinciales y nacionales que han modificado sus mecanismos de pago, pasando de métodos de pago retrospectivos a prospectivos, el ISSN no transfiere el riesgo a los prestadores/médicos ya que éstos son remunerados por cada unidad de atención médica que brindan.

El ISSN, brinda cobertura a todos los empleados públicos de la provincia, jubilados, familiares a cargos así como a aquellos neuquinos que se adhieren de manera voluntaria. Su cobertura alcanza al 37% de los neuquinos (205,1 mil habitantes), de los cuales 44% se vive en la capital de la provincia, 8% en la ciudad de Zapala, 15% repartido en ciudades a menos de 80 Km. de la capital y el 33% disperso en el resto de las localidades de la provincia.

La obra social provincial no cuenta con establecimientos propios sino que establece contratos con prestadores del sector privado (agrupado en la Asociación de Clínicas de la Provincia o independiente) y público para hacer efectiva la prestación de servicios. Es decir, que cerca del 33% de los neuquinos cubiertos por la obra social de la provincia que viven alejados de los centros urbanos se encuentran limitados a acudir al sector público como único efector del ISSN.

Dentro de éste sistema, el peso del Estado Provincial en el escenario global es relativamente fuerte, el 80% de los neuquinos se encuentra cubierto por el subsector Público o la Obra Social Provincial (Instituto de Seguridad Social del Neuquén, ISSN).

La población si cobertura formal de algún tipo en Neuquén cayó del 49% en 2001 al 35% en 2010, correspondiente a la cobertura teórica del subsector público.

El cuadro N°5 muestra el porcentaje de población cubierta por cada subsector, reflejando que existen neuquinos con “doble afiliación” beneficiarios de más de un tipo de cobertura.

Cuadro 5 – Población cubierta por subsector

	COBERTURA POR SUBSECTOR				
	PÚBLICO	ISSN	OSN	INSSJyP	PRIVADO
Población de referencia	Población total (1)	Empleados públicos provinciales, jubilados, familiares a cargo y adherentes (2)	Trabajadores formales y familiares a cargo (3)	Jubilados y pensionados nacionales (4)	Esociados voluntarios (5)
Población con cobertura	551.266	205.083	199.250	49.715	11.228
% Población cubierta	100%	37%	36%	9%	2%

Fuente: Sala de Situación Salud Neuquén 2012, en base a datos del CENSO 2010 (1 y 5), Departamento de estadísticas del ISSN 2010 (2) Superintendencia de Servicios de Salud 2011 (3) y Boletín Estadístico de la Seguridad Social-MTEySS 2011 (4)

Respecto de los actores con menor peso, en términos de aseguramiento se encuentran las Obras Sociales Nacionales, el PAMI y las prepagas.

Las OSN brindan cobertura a 199,2 mil afiliados. El cuadro N° 5 enumera las obras sociales con mayor presencia en la provincia para el año 2010. La Obra Social de Petrolero Privados, en primer lugar, así como la de Empleados de Comercio y Actividades Civiles, en segundo término, son las que mayor cantidad de afiliados agrupan cubriendo entre ambas cerca del 30% del total del rubor. Asimismo, un total de once Obras Sociales Nacionales cubren el 70% del total de beneficiarios de su grupo.

Cabe destacar que dada la importancia de la actividad petrolera en Neuquén, solo la Obra Social de Petroleros Privados cuenta con efectores propios en la provincia, localizados en la capital y en dos ciudades cercanas a complejos de actividad petrolera.

Por su parte, el INSSJyP cubre al 9% de los jubilados y pensionados de la provincia y un 2% de los neuquinos con mayor poder adquisitivo accede a seguros privados de salud.

Habiendo presentado la organización sectorial del sistema de salud de la Provincia, puede afirmarse que el mismo esta integrado por un complejo núcleo de actores, cada uno de los cuales desempeña diferentes roles a fin de cubrir una población específica.

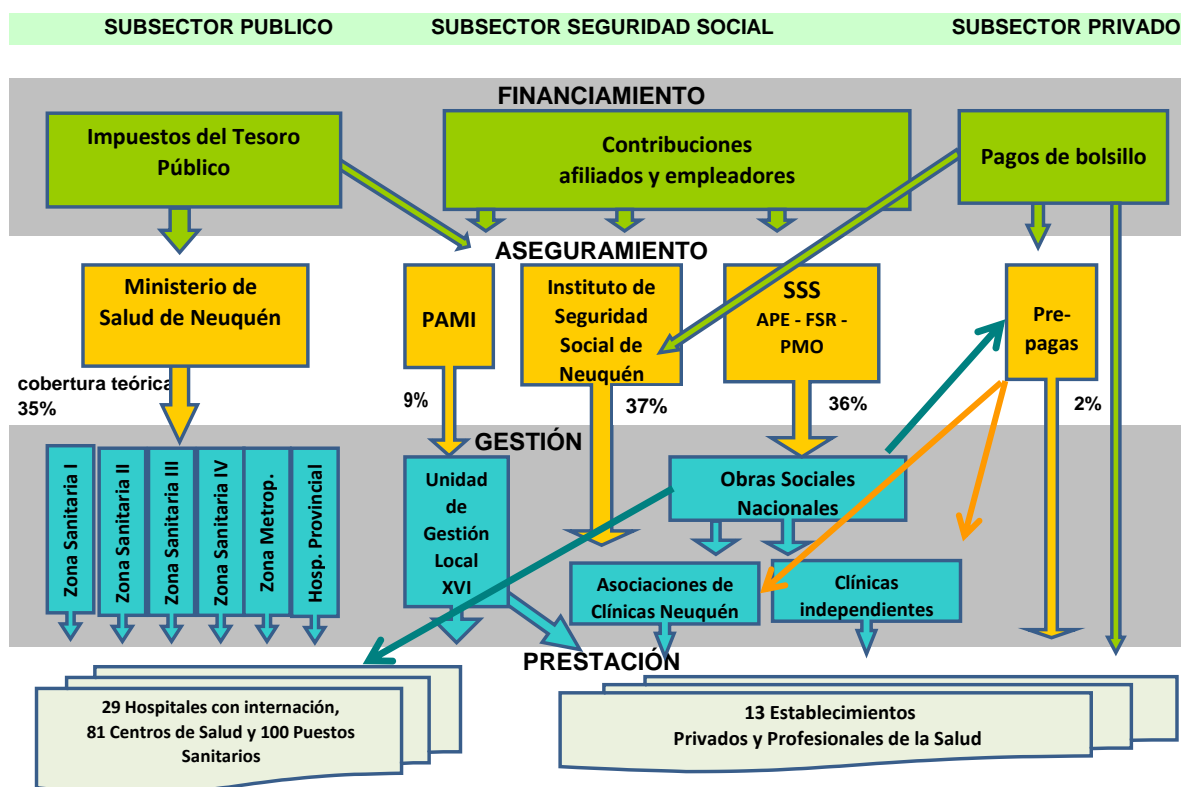
Cuadro 5 – Afiliados a Obras Sociales Nacionales en la Provincia de Neuquén

Obra Social	% del total
Obra Social de Petroleros Privados	15,9%
Emplead Comer y Act Civiles	13,0%
P Rural y Estibadores R. A.	9,1%
O.S del P. de la Construcción	7,1%
Cond. Cam. y Tte. Aut. Carga	4,3%
Acción Social de Empresaria	4,3%
Unión P. Civil de la Nación	3,8%
Médicos de la Ciudad de Bs.As.	3,5%
P. Act. Hotelero Gastronom.	3,4%
Ejec. y Personal de Dir. de Empresas	3,4%
Organ. de Control Externo	2,6%
Otras OSN	30%
Total afiliados a OSN en Neuquén	100%

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud 2010

Desde las perspectivas de dimensiones vertical y horizontal (Maceira, 2001), el sistema de salud de Neuquén se estructura como ilustra la figura 3.

Figura 3
Actores del Sistema de Salud de Neuquén: Dimensión vertical y horizontal



Fuente: Elaboración propia en base a Maceira (Mimeo)

Las fuentes de financiamiento se observan en la primera línea de la figura, integrada por fondos del Tesoro Público, contribuciones de afiliados y empleadores y pagos de bolsillo.

El aseguramiento se encuentra garantizado por:

- El Subsector Público a través del Ministerio de Salud de la Provincia organizado en Zonas Sanitarias y un Hospital de referencia provincial (Hospital Castro Rendón).
- El subsector de la seguridad social, integrado por el ISSN que cubre a todos los empleados del sector público de la provincia (38% de los neuquinos), Obras Sociales Nacionales (36%) y el PAMI que brinda asistencia a los jubilados y pensionados (9%).
- El subsector privado integrado por prepagas y financiado mediante gastos de bolsillo de sus beneficiarios, cubre al 2% de los neuquinos.

Respecto de la prestación efectiva de los servicios de salud, como se mencionó, solo el subsector público cuenta con efectores propios distribuidos en toda la provincia.

Por su parte, los subsectores de la seguridad social provincial, demás OSN y prepagas, al no contar con efectores propios, establecen contratos con el sector público y/o privados (vía la Asociación de Clínicas de la Provincia o de manera directa) para hacer efectiva la atención. Es así como un mismo establecimiento público es opción de atención de una porción de la población cubierta (por una obra social o prepaga), al tiempo que brinda prestaciones a la población sin afiliación. Esto, sumado a las dificultades que presentan los hospitales para hacer efectivo el recupero de costos por servicios brindados a pacientes que contribuyen a otro subsistema, señala la existencia de financiamiento cruzado desde el subsector público hacia la seguridad social.

6. Estructura del Mercado Prestador: Mecanismos de Contratación y Pago

- Características Generales

Habiendo presentado la estructura organizacional el sistema de salud de la provincia, la presente sección pretende identificar las estrategias de los actores participantes a partir del análisis de sus incentivos e interrelaciones, y el poder de negociación relativo de cada uno.

El marco teórico presentado nos permite inferir la siguiente hipótesis para el desarrollo de la presente sección: si bien los agentes toman decisiones individuales en pos de maximizar sus beneficios, interactúan estratégicamente dentro de un contexto definido a partir de condiciones de oferta y demanda de servicios de salud. La toma de decisiones define una conducta, de transferencia, cooperación u absorción de riesgos sanitarios y financieros, que influye en el desempeño y resultados finales de los servicios de salud a los que accede la población.

En este sentido, el objetivo principal es inferir cuales son los hechos y las expectativas que se encuentran detrás del proceso de toma de decisiones de los agentes.

A continuación se procederá al análisis del comportamiento de los actores del sistema, empleando como insumos de trabajo las entrevistas en profundidad y los cuestionarios descritos en la sección metodológica.

La tabla a continuación muestra la cantidad y participación en el total, de establecimientos públicos y privados entrevistados en los departamentos seleccionados: Confluencia (grande), Zapala (mediano) y Pehuenches (pequeño) seleccionados para el análisis.

A fin de establecer un paralelismo con la estructura organizacional sanitaria del subsector público provincial, resulta oportuno aclarar que los establecimientos entrevistados en el Departamento Confluencia coinciden con el área de injerencia del Hospital Provincial Castro Rendón y las Zonas Sanitarias Metropolitana y V. Por otra parte, los establecimientos entrevistados del Departamento Zapala se ubican en la Zona Sanitaria II y los del Departamento Pehuenches en la Zona Sanitaria III.

La selección de tales departamentos respondió a la necesidad de contar con una muestra que permitiera analizar diferentes espacios en términos de características socio-económicas

y sanitarias de la población, donde existieran establecimientos públicos y privados con internación.

Tabla 3
Departamentos y Establecimientos Encuestados según dependencia

Tipo de dependencia	DEPARTAMENTOS								
	CONFLUENCIA			ZAPALA			PEHUENCHES		
	Nº total de establecimientos (1)	Nº de establecimientos encuestados (2)	%	Nº total de establecimientos (1)	Nº de establecimientos encuestados (2)	%	Nº total de establecimientos (1)	Nº de establecimientos encuestados (2)	%
Públicos	8	4	50%	2	1	50%	2	1	50%
Privados	11	5	45%	2	1	50%	1	0	0%
Total	19	9	47%	4	2	50%	3	1	33%

Fuentes:

(1) Ministerio de Salud de la Nación - Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina, 2011

(2) Elaboración propia en base a encuestas de campo (2011)

La Tabla 4 muestra los promedios y la dispersión de las variables de oferta relevadas en las encuestas para establecimientos públicos, privados y para el total de los doce establecimientos encuestados.

Tabla 4
Estructura de Oferta de Establecimientos Públicos y Privados

Variable	Privados			Públicos			Total		
	Media	Min	Max	Media	Min	Max	Media	Min	Max
Mts2	3540,0	1400	8000	10625,0	5000	17500	6688,9	1400	17500
Nº Camas	65	22	144	100	13	260	83	13	260
Nº de consultas en Guardia promedio mensuales	2640	200	4500	4371	795	7500	3584	200	7500
Nº de consultas ambulatorias promedio mensuales	4068	140	6700	6945	650	28750	5637	140	28750
Nº de Egresos promedios mensuales	417.5	45	1040	402	32	960	410	32	1040
Dias-cama	3,3	2	5	4,1	4	4	3,6	2	5

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2011).

Se observa que los establecimientos privados son, en promedio, de menor escala que los públicos, cuya superficie promedio más que duplica la de los privados. Los sanatorios privados, asimismo, presentan una mayor dispersión en este indicador, de modo que el establecimiento privado de mayor superficie supera en cinco veces al de menor superficie.

El número de camas promedio en el sector público es mayor que en el sector privado aunque con mayor dispersión. Ello se explica por la diversidad de departamentos en los que se ubican los efectores públicos con internación, ajustándose a la concentración poblacional de cada caso. En cambio, los establecimientos con internación del subsector privado se concentran en las ciudades más pobladas y adecuan su oferta a la mayor necesidad.

Las variables de producción, reflejadas a partir del número de consultas ambulatorias y el de guardia, es mayor en los establecimientos públicos que en los privados, como resultante del planteo anterior. Sin embargo, el número de egresos promedio mensuales es marginalmente

mayor en los establecimientos privados, probablemente asociado al sesgo de cada institución prestadora, tanto en términos de perfil epidemiológico (los pacientes públicos requieren de mayor extensión en su período de internación dada las condiciones de llegada), como también por el incentivo a alcanzar mayor rotación en las camas privadas. Ello se verifica al considerar el indicador de días/cama, superior en el sector público, aunque con menor dispersión entre instituciones.

Sobre la composición del financiamiento de los establecimientos privados encuestados, la Tabla 5 muestra, para el departamento capital y la jurisdicción de tamaño mediano, el valor promedio que representa cada pagador en el financiamiento total del establecimiento (tasa de dependencia financiera) y la dispersión de tal porcentaje.

Tabla 5
Tasa de Dependencia Financiera por Financiador de las Instituciones Privadas Prestadoras, según Departamento

DEPARTAMENTO		ISSN	Prepagas	OSN	Pami	Otros
CONFLUENCIA	<i>Media</i>	50,0%	20,2%	15,8%	4,0%	8,3%
	<i>Min</i>	30%	5%	0%	0%	0%
	<i>Max</i>	75%	26%	10%	20%	15%
ZAPALA		75%	5%	0%	15%	5,0%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2011).

Considerando que bajo el concepto de Obras Sociales Nacionales y prepagas se agrupan una variedad numerosa de financiadores, las encuestas de campo ratifican la información administrativa recogida sobre la importancia del ISSN en la estructura de financiamiento provincial. Sin importar el tamaño poblacional del Departamento, el ISSN es el pagador de mayor importancia, con mayor relevancia en el municipio de menor escala, donde existe menor diversidad en la estructura del mercado de trabajo.

Todos los establecimientos entrevistados manifiestan mantener contrato con la Obra Social Provincial para brindar prestaciones a sus afiliados, del mismo modo el 100% señaló al ISSN como el pagador con mayor porcentaje de injerencia en el financiamiento propio, en algunos casos llegando al 75%. En el 66% de los establecimientos privados, la Obra Social Provincial representa más del 50% de su financiamiento y, en el caso de menor dependencia financiera, alcanza el 30%.

Si bien el porcentaje de población cubierta por las prepagas en toda la provincia representa solo el 2% (correspondiente a los estratos de mayores ingresos), las mismas mantienen un vínculo significativo con los establecimientos privados, resultando ser el segundo financiador de mayor importancia en el 70% de los establecimientos privados. Sin embargo, la diferencia entre departamentos es relevante: la localidad de mayor escala muestra mayor presencia de prepagas, aunque con una dispersión también mayor.

De las clínicas privadas encuestadas en Confluencia, el 80% manifestó no tener contratos con PAMI, mientras que el resto representa el 20% de su giro económico. Tal porcentaje se reduce al 15% en el caso del establecimiento de Zapala. Las Obras Sociales Nacionales no superan el diez por ciento de las estructuras financieras de los prestadores encuestados.

El comportamiento de estos cuatro grupos de pagadores (ISSN, prepagas, OSN y PAMI), contempla más del 85% del financiamiento de todos los establecimientos privados, el porcentaje restante se encuentra compartido entre PROFE, el Estado Provincial, ART-Medicina Laboral y los gastos de bolsillo.

El análisis precedente se completa con la observación de la integración de los establecimientos privados en asociaciones intermedias. El 50% de los establecimientos privados de salud de la provincia se encuentran agrupados en la Asociación de Clínicas Sanatorios y Hospitales Privados de Neuquén, fundada hace 50 años (en adelante, AC). En todos los casos se presume que la razón para formar parte de la AC es facilitar la negociación de contratos brindando un espacio de acuerdo común y colaboración, no existiendo patrones de escala, ubicación geográfica, prestaciones diferenciadas ni reputación por parte de los establecimientos.

De los establecimientos privados que se hallan por fuera de la Asociación de Clínicas, la mitad (ubicados en la capital provincial) actúa de manera independiente a la hora de negociar contratos con los respectivos pagadores, y el 50% restante, si bien negocia contratos de manera independiente, se agrupa bajo la gerencia de salud ADME y actúan como efectores contratados por la Obra Social de Petroleros Privados. Los establecimientos agrupados bajo esta gerencia se localizan en la Capital Provincial y en dos ciudades próximas a complejos de actividad petrolera.

La Tabla 6 permite establecer relaciones entre pertenencia (o no) a una asociación intermedia y porcentajes de financiamiento. Se observa que los establecimientos privados que integran la Asociación de Clínicas presentan, en promedio, una mayor dependencia relativa del ISSN en términos de financiamiento. Si bien los establecimientos agrupados bajo la gerencia ADME reconocen al ISSN como principal pagador, reflejan una estructura de financiamiento relativamente más diversificada, con presencia del financiamiento de OSN y prepagas. Por su parte, los establecimientos privados no agrupados dependen básicamente del financiamiento de la Obra Social Provincial, y en menor medida de prepagas.

Tabla 6
Participación Financiera de los Intermediarios en Establecimientos Privados,
Según Asociación Intermedia

	ISSN	Prepagas	OSN	PAMI	OTROS
AC	58%	15%	12%	9%	7%
ADME	45%	20%	20%	0%	15%
NO AGRUPADOS	50%	26%	10%	0%	14%

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2011).

Respecto de los establecimientos públicos, la totalidad manifestó que el porcentaje de financiamiento proveniente de recupero de costos nunca excede el 5% del presupuesto del Hospital. Al igual que los privados, se evidencia la importancia relativa del ISSN en el financiamiento de los hospitales, asociados generalmente al pago de una capita mensual. La presencia del PAMI y fondos privados (prepagas, ART, etc.) es insignificante. La capacidad de recupero financiero se encuentra principalmente asociada a la voluntad de gestión de cobranzas del Director del Hospital y su equipo de gerencia, en una provincia que no ha suscripto la normativa de reintegro mediante la figura del Hospital de Gestión Descentralizada.

Una primera conclusión del trabajo nos permite afirmar que el poder de mercado, medido por la importancia en el financiamiento de los establecimientos entrevistados (tanto privados como públicos), es ejercido por el pagador de mayor peso en términos de aseguramiento relativo, es decir la Obra Social Provincial. En adelante, se investigará la interrelación estratégica entre financiadores y prestadores del sector privado mediante el análisis de los términos de los contratos que los vinculan.

6.1 Poder de Negociación y Estructuras de Contrato

A fines de 2004, PAMI implementó su “Nuevo Modelo Prestacional” que incluyó, entre otros elementos, la suspensión del gerenciamiento indirecto de sus acuerdos con prestadores a través de asociaciones de clínicas para contratar servicios directos, gestionados mediante sus Unidades Regionales, modalidad que se mantiene hasta el presente.

En contraste, tanto la Obra Social Provincial como las Obras Sociales Nacionales y Prepagas, su mecanismo de negociación de acuerdos depende de la pertenencia o no a la AC, donde se nuclea la mitad de la oferta privada de la provincia. El resto, no agrupados o bajo el gerenciamiento de ADME, negocian contratos de manera directa con sus pagadores.

Tabla 7
Mecanismo de negociación de contratos, por financiador.

Mecanismo de negociación de contrato	Fondos de aseguramiento		
	ISSN	OSN/Prepaga	PAMI
Directa con el financiador	50%	50%	100%
Vía Asociación de Clínicas	50%	50%	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas de campo (2011).

Desde un argumento de monopolio bilateral, el agrupamiento de la oferta brinda mayor poder de negociación a los proveedores, ante una demanda altamente concentrada. De esta manera, una modalidad de negociación directa denota mayor poder relativo de mercado a favor de los financiadores, mientras que modalidades que articulan alguna asociación de prestadores tienden a reforzar su posición frente al asegurador.

De la información relevada se deriva que PAMI ha apostado a su capacidad negociadora dada su estructura nacional como la institución de seguridad social más amplia del país, llevando a contratar por capita a efectores de menor escala relativa en ciertas provincias. En cambio, tanto las Obras Sociales Provinciales como las Nacionales recurren a estructuras de contratos alternativos. Las Obras Sociales Provinciales, más allá de su poder local, se constituyen en el único asegurador provincial, debiendo facilitar mecanismos de riesgo financiero compartido con los prestadores de sus provincias. Por su parte, las instituciones de seguridad social nacional cuentan en general con escalas relativamente reducidas de beneficiarios, con menor poder de negociación individual frente a asociaciones de prestadores.

A partir de las encuestas realizadas en el Departamento Confluencia (donde se concentra el 66% de la población total y el 79% de los establecimientos privados con internación), sólo dos de seis establecimientos privados encuestados manifiesta mantener contratos con PAMI. Ellos a su vez son los de menor escala relativa, lo que refuerza las observaciones elaboradas en otras provincias, en un contexto específico neuquino de población relativamente joven y menor presencia institucional.

Como principal actor local de aseguramiento y financiamiento, el ISSN no siempre hace uso de su posición de líder a la hora de establecer pautas de contratación, manteniendo contratos directos sólo con aquellos prestadores que no se encuentran agrupados bajo la Asociación de Clínicas.

En paralelo, del estudio de campo se infiere que los mecanismos de pago definidos en los contratos son en general por prestación, y en menor medida por módulo diario (la unidad de pago es más desagregada que el pago por prestación, aunque menos agregada que en la cápita). Sin embargo, y como se anticipó en el marco teórico, los esquemas de pago por prestación generan incentivos a la sobre-oferta, e implican una transferencia de riesgo

financiero desde los prestadores hacia los financiadores de servicios de salud. Ante la estructura de mercado discutida, la presencia de pagos por prestación en un esquema de fuerte concentración en la estructura de financiamiento se puede atribuir a una o varias de las siguientes razones:

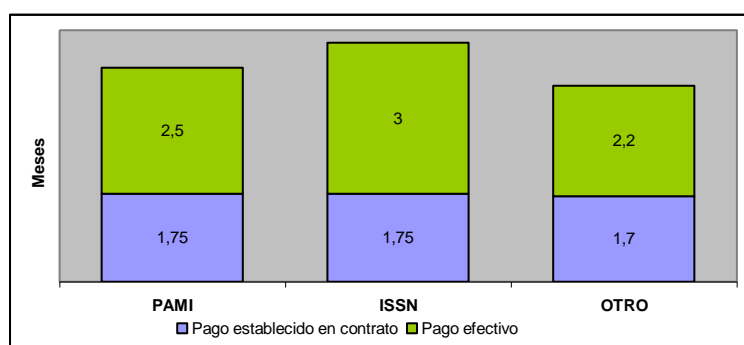
- Esquemas de techos prestacionales en el pago por servicio, reduciendo riesgos financieros por parte del pagador,
- Facilidad de gestión de débitos y mora en los pagos por parte de los aseguradores, derivando una ganancia financiera, más allá del mecanismo de retribución escogido,
- Articulación de transferencias de riesgos financieros aguas abajo, hacia el paciente, que absorbe la diferencial de pagos por servicio relativamente bajos⁵, y/o
- Presencia de espacios geográficos particularmente definidos, que permiten descentralizar el mercado, aumentando la capacidad de negociación de un subgrupo de clínicas particulares.

A partir de las entrevistas de campo, el 100% de los establecimientos encuestados manifiesta la existencia de techos prestacionales y copagos a cargo del paciente, tanto para beneficiarios de la Obra Social Provincial como de prepagas y Obras Sociales Nacionales. En el caso del ISSN los copagos se aplican a todas las prácticas médicas excepto internación, donde la cobertura es del 100%.

Asimismo, el total de los establecimientos entrevistados manifiesta que la aplicación de débitos se realiza de manera unilateral por el pagador (ISSN, OSN, prepagas y PAMI). A través de este procedimiento, el financiador abona solo el monto facturado reconocido, reafirmando de esta manera su poder de negociación frente a los prestadores.

Del mismo modo, la Figura 3 muestra la brecha entre la pauta contractual promedio de pago (1,7 meses), por financiador, y la regla efectiva de pago, evidenciando una demora en meses de entre 30% y 70% sobre la pauta original. Las prepagas y OSN son las que pagan con menor demora, le sigue el PAMI y por último el ISSN que casi duplica el plazo de pago efectivo con el pautado en contrato.

Grafico 3
Brecha entre Plazo de Pago Contrato y Efectivo (en meses), por financiador



Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas de campo (2011)

⁵ La derivación de riesgo financiero hacia los usuarios del servicio en un sistema de salud se produce a partir del incremento del gasto de bolsillo generado por la existencia de copagos. La presencia de copagos, además de representar un incremento en los costos que el usuario debe destinar para la atención de sus necesidades de salud, disminuye el incentivo a utilizar servicios de manera discrecional, y promueve el uso de fuentes alternativas de atención gratuitas, brindadas por el sector público. En algunos casos, el uso de copagos puede tener resultados negativos sobre la equidad del sistema, en tanto que limita el acceso al tratamiento de requerimientos reales de cuidado de la salud.

6.2 Mecanismo y agentes intervinientes en el pago a profesionales de la salud

En la provincia los profesionales de Salud se encuentran regulados por Colegios Profesionales. En la capital provincial existe un Colegio por especialidad, habiendo Colegio de Médicos, de Bioquímicos, de Cardiólogos, etc. En el interior de la provincia existen cinco Colegios Profesionales distribuidos en las ciudades más importantes, que representan a todos los profesionales de la salud sin diferenciar por especialidad. Su afiliación es obligatoria para todos los trabajadores del sector privado y opcional para los empleados del sector público.

La tabla N°9, representa la metodología de pago para los profesionales de salud que trabajan en relación de dependencia.

La mayoría de los trabajadores en relación de dependencia recibe un salario fijo por sus tareas profesionales. El financiador paga al Círculo Médico, éste al establecimiento, quien finalmente y en la mayoría de los casos paga un salario fijo a sus empleados. Sólo algunas especialidades son remuneradas por prestación, a través de la negociación de los diferentes Círculos de la Provincia. Generalmente, contratos mejor remunerados se vinculan con profesionales más específicos.

Tabla 9
Agentes intervinientes y Mecanismo de Pago a los trabajadores de salud en relación de dependencia

Relación Contractual	Ente representante	Negociación	Especialidad	Mecanismo de pago	Cadena de pago
Relación de dependencia	Un Colegio por cada especialidad en la Capital y uno General por cada Localidad grande en el interior	Círculo Médico - Pagador	Médico Clínico	Salario Fijo	Financiador - Círculo Médico - Establecimiento - Médico
			Médico Especialista	Salario Fijo y por prestación	

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a referentes claves (2011)

Mención aparte requieren los profesionales de salud que no trabajan en relación de dependencia, en cuyo caso la negociación del monto a cobrar depende del tipo de prestación realizada y del establecimiento donde la misma se efectúa.

La tabla N°10, resume la metodología de pago para estos profesionales.

La retribución por las prestaciones (bajo cualquier especialidad) efectuadas en pacientes internados son negociadas entre la Asociación de Clínicas de Neuquén (si el establecimiento pertenece a la misma) o el establecimiento (en el caso de los no agrupados) y el pagador. En este caso, el financiador paga por prestación o por módulo al Establecimiento o AC (centraliza los pagos), quien luego para al médico.

Respecto de las prestaciones ambulatorias, la negociación se efectúa entre el pagador y el Círculo correspondiente, pudiendo el mecanismo de pago ser por prestación o por módulo. En este caso, el Círculo centraliza los pagos de todos los financiadores y luego paga a cada profesional.

Tabla 10

Agentes intervinientes y Mecanismo de Pago a los trabajadores de salud en relación de dependencia

Relación Contractual	Ente representante	Tipo de Prestación	Negociación	Mecanismo de pago	Cadena de pago
Contrato	Un Colegio por cada especialidad en la Capital y uno General por cada Localidad grande en el interior	Internación	Establecimiento/Asociación de Clínicas y Pagador	Por Prestación o Módulo	Financiador - Establecimiento/Asociación de Clínicas - Médico
		Ambulatoria	Círculo Médico y Pagador	Por Prestación o Módulo	Financiador - Círculo Médico - Médico

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas a referentes claves (2011)

Eventualmente, la AC puede negociar el valor de las prestaciones ambulatorias efectuadas por profesionales contratados en los establecimientos que forman parte de la misma, previo consentimiento del Colegio correspondiente.

Bajo este sistema de relaciones, agentes intervinientes y mecanismos de pagos diversos a los profesionales de la salud existe un claro beneficio de aquellos que son remunerados por prestación, dado que pueden trasladar el riesgo financiero a los pagadores.

De acuerdo a las entrevistas realizadas se sabe que los profesionales cuya especialidad refiere una oferta de mercado escasa (Neurocirujanos, cardiólogos, anestesistas, etc.) son los que presentan el poder de negociación relativo más fuerte y logran los mejores contratos.

La existencia, en la Capital Provincial, de Círculos por especialidad responde a un intento de los profesionales de identificarse en términos de tipo de prestación y adquirir mayor poder relativo a la hora de negociar que si lo hacen de manera individual o agrupados con otras especialidades.

En el caso del interior de la provincia, la dispersión geográfica entre los profesionales y la oferta relativamente menor que en la capital, los obliga a agruparse por localidad y no por especialidad a fin de adquirir mayor poder relativo de negociación en la determinación de los contratos.

Hasta el momento, y como anticipa la teoría, parecería ser que en el mecanismo de pago por prestación a los profesionales de salud son los financiadores los que cargan con todo el riesgo financiero. Sin embargo, un análisis de las estrategias empleadas por el financiador de mayor importancia en la provincia, el ISSN, permite afirmar que se aplican diversos mecanismos a fin de evitar la sobreprestación y la carga del riesgo financiero asociada.

En este sentido, el ISSN establece dos tipos de restricciones a la prestación de servicios de salud:

- Por un lado limita la cantidad de prestaciones que pueden hacer los profesionales de salud, ejemplo: los médicos clínicos pueden realizar hasta 20 consultas diarias (un máximo de 420 consultas mensuales).
- Por el otro, limita la cantidad de prestaciones iguales que puede recibir un afiliado en un lapso de tiempo; ejemplo: existe un máximo de hasta siete prácticas ambulatorias mensuales de baja complejidad para prestaciones bioquímicas, la cobertura en tratamientos ambulatorios de salud mental no puede exceder las 30 cesiones anuales, en óptica los cambios de armazones y cristales se pueden realizar cada dos años y solo cubre los cristales incoloros o blancos, etc.

6.3 Gestión hospitalaria pública

El hecho de que los establecimientos privados se localicen en los grandes centros urbanos de la Provincia, convierte al subsector público en el único efector de servicios de salud con internación allí donde el sector privado está ausente. Dentro de este marco, el análisis de los mecanismos de decisión hospitalaria y recupero financiero merece especial atención en la medida en que la presencia de subsidios cruzados entre subsectores adquiere gran relevancia en el sistema de salud de la provincia.

Esta sección analizará aspectos relevantes del comportamiento del subsector público, en su rol de proveedor de servicios de salud, en el marco de una organización descentralizada en la prestación pero centralizada en los recursos.

Para el desarrollo de esta sección se realizaron encuestas de campo y entrevistas a actores claves del sistema público de salud.

La base de datos comprende una muestra de 12 establecimientos públicos con internación, de jurisdicción provincial pertenecientes a los tres departamentos seleccionados.

Siendo 29 la cantidad de establecimientos públicos en la provincia, la muestra representa el 41% del sistema hospitalario neuquino.

Los establecimientos públicos de salud de Neuquén, son entidades de gestión centralizada en la Subsecretaría de Salud del Gobierno Provincial. El presupuesto del hospital es definido por autoridades del nivel central, y las decisiones de subcontratación de servicios asistenciales, tanto dentro como fuera de los Hospitales, son tomadas en el nivel central. Por esa misma razón, los servicios de limpieza y cocina se encuentran tercerizados a través de contratos entre los respectivos prestadores privados y la Subsecretaría, sin injerencia de los Hospitales.

En el proceso de toma de decisiones, los Hospitales solo participan de manera conjunta con la Subsecretaría, en lo que respecta a contratación de personal o generación de cargos a cubrir. El hospital eleva la propuesta de solicitud de recursos humanos al nivel ejecutivo provincial, quien finalmente autoriza la contratación. El pago al personal de planta es responsabilidad de la Subsecretaría, los cuales no incorporan premios por productividad.

Adicionalmente al presupuesto hospitalario financiado por el Tesoro provincial (que constituye un 90% del total disponible), existen tres fuentes generadoras de recursos económicos: el Plan Nacer, originado por recursos del Ministerio de Salud provincial, los fondos originados en recupero financiero, y la Cooperadora hospitalaria. En relación al uso de los fondos, existen dos modalidades de acuerdo al origen de los mismos:

- Los fondos provenientes del Plan Nacer y/o recursos recaudados por la Cooperadora del Hospital: son administrados a discreción por el Director del Hospital, en tanto no se involucren sumas superiores a los 10 mil pesos, en cuyo caso se requiere de intervención de la Subsecretaría para la aprobación del gasto.
- Fondos provenientes del presupuesto del hospital no involucrado con partidas centralmente definidas (recursos humanos, medicamentos y descartables, equipamiento) y recupero financiero: en estos casos, la compra puede efectuarse vía licitación pública y/o privada, con participación de la Subsecretaría de Salud, según el monto involucrado.

Los entrevistados reconocen que la principal fuente de financiamiento proviene del presupuesto del Hospital, aunque ninguno de los entrevistados supo responder los porcentajes de cada fuente en el presupuesto total del hospital, las justificaciones fueron varias:

- Conocen por ley el presupuesto anual del Hospital aunque manifiestan no saber la frecuencia ni los montos efectivos de los pagos.

- Tienen una idea aproximada de las prestaciones que realizan a pacientes con cobertura pero no todos encarar la gestión del recupero financiero con la misma mirada. Reconocen la importancia relativa del ISSN y en menor medida de las OSN en términos de los pacientes que atienden con esas coberturas. Manifiestan que en caso de recuperarse la totalidad de las prestaciones efectuada a pacientes con cobertura, nunca excede el 5% del presupuesto del Hospital. En los casos más exitosos, el recupero financiero representa el 3,6% del presupuesto del establecimiento, y en los peores el 0%. La importancia de PAMI y los fondos privados (prepagas, ART, etc.) en el financiamiento de los hospitales es, en todos los casos, insignificante.

Si bien, los hospitales reconocen la existencia de contratos entre los pagadores del subsector de la seguridad social y privados con la Subsecretaría de Salud, la capacidad de recupero financiero se encuentra directamente asociada a la voluntad y capacidad de gestión del Director del Hospital y sus recursos humanos, sin importar aspectos de escala y/o ubicación geográfica del establecimiento.

“Desde la mirada de Atención Primaria de la Salud se considera que los profesionales de salud tienen reticencia a completar los trámites administrativos para el recupero financiero” (Referente Atención Primaria de la Salud Nivel Central).

Si se analizan las respuestas de porcentaje de población que asiste al hospital con algún tipo de cobertura, varían en torno al 30% y 40%, lo cual combinado a la escasa importancia que algunos establecimientos públicos asignan al recupero financiero estaría indicando un subsidio cruzado entre el sector público a favor del privado.

“Al sector privado le conviene que sus afiliados se atiendan en los hospitales públicos por distintos motivos: en los hospitales se subfactura, los aranceles del sector público son un 20% inferiores a los del sector privado además es el único sector con efectores en toda la provincia” (Referente Recupero Financiero – Nivel Central).

Según entrevistas a referentes claves, el recupero proviene en mayor medida de las prestaciones efectuadas por especialistas, las prestaciones en atención primaria son las que menos se facturan, y las correspondientes a internación fallan a la hora de reunir toda la información requerida para hacer efectivo el recupero.

“Un conjunto de necesidades manifiestan las desigualdades de recupero financiero entre los hospitales: Normativa, nomenclador globalizado, recursos informáticos, capacitación de los recursos humanos y respaldo político” (Referente Recupero Financiero – Nivel Central).

La distribución de fondos provenientes del recupero financiero se efectúa de la siguiente manera: 70% al hospital efector de la prestación, 22% fondos de redistribución, 3% Zona Sanitaria y 2% Dirección de recupero financiero en el Nivel Central.

Por su parte, los hospitales reciben dichos fondos en una cuenta separada a la del presupuesto provincial y los emplean mayoritariamente en la reparación de automotores e instalaciones.

El sistema de facturación para el recupero financiero se encuentra centralizado en cada hospital, el encargado de arancelamiento es quien reúne la documentación referida a las prácticas que se realiza el paciente asegurado y se envían mensualmente a Recupero Financiero - Nivel Central. Este es el encargado de confeccionar un expediente y remitir la información a cada pagador. El plazo de pago, una vez recibida la factura, es de 60 días.

Del total del recupero financiero del 2011 (31,2 millones de pesos), más del 50% corresponde a prestaciones realizadas a la Obra Social Provincial, 23% a PAMI y el resto a Obras Sociales Nacionales (OSECAC, Petroleros Privados, IOSE, OSPEPRA) y en menor medida a prepagas.

7. Conclusiones

“La literatura económica se refiere al tipo de contratos que crea incentivos en base a información imperfecta como teoría de la agencia” (Maceira 1998). La misma analiza la relación contractual formal e informal en que uno o mas actores, denominados como el *principal*, encargan a otra persona llamada *agente* la realización de una tarea o la prestación de un servicio que aquel no puede observar y que implica la delegación de cierto poder de decisión en el agente.

De este modo, un contrato que define un sistema de pago retrospectivo estimula a los médicos a inducir la demanda de sus pacientes por mayores servicios ocasionando altos costos en tratamientos y administrativos, mientras que un contrato que estipula pagos prospectivos ayuda a controlar los costos pero es ineficiente en la calidad y cantidad de atención médica ofrecida.

En este sentido, la dirección de dichos efectos generalmente no resulta compatible entre actores, un financiador probablemente prefiera transferir el riesgo financiero al prestador a través de contratos capitados y, a la inversa el prestador prefiriendo contratos por prestación. Es por ello que el diseño e implementación de los contratos de salud se encuentran en función del poder de negociación de las partes en busca de obtener el contrato de salud que maximice sus beneficios.

En otras palabras, la capacidad o poder relativo de negociación de las partes se haya condicionado por el modelo organizacional en el cual se desenvuelven los agentes, precisamente este modelo se refiere a las condiciones de oferta y demanda que definen espacios con diferentes características de pacientes y prestadores así como también diferentes reglamentaciones institucionales y dotaciones de recursos (Maceira 1998).

El presente estudio propone aplicar el marco teórico descrito a la relación entre financiadores, prestadores y usuarios en el sistema privado y público de la provincia de Neuquén, mediante la implementación de encuestas a instituciones oferentes de servicios de segundo y tercer nivel de complejidad, y un mapeo de actores participantes de la realidad provincial.

La Tabla 8 resume las principales características que definen un contrato entre pagadores y prestadores de servicios de salud: mecanismo de pago, existencia de mora en los pagos, coseguros y débitos, según agrupación o no de los prestadores en asociaciones intermedias.

Tabla 8

Transferencia de riesgo según pertenencia o no a asociaciones intermedias

	Asociación de Clínicas	ADME	No agrupados	
Mecanismo de pago	En mayor medida por prestación con cualquier financiador			↑ Transferencia de riesgo "aguas arriba"
Existencia de mora en los pagos	Siempre, en mayor medida con el ISSN	No existe, se respetan los plazos de pago de contrato		
Coseguros	En todos los casos definidos por el financiador			↓ Transferencia de riesgo "aguas abajo"
Débitos	Aplicados unilateralmente por el financiador			

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas de campo (2011)

Algunas conclusiones al respecto son:

- Si bien no se identifican diferencias significativas en lo que respecta a mecanismo de negociación de los contratos entre establecimientos agrupados, es posible hallar

heterogeneidad entre los establecimientos agrupados y los que no lo están. Aquellos organizados bajo la Asociación de Clínicas negocian sus contratos vía intermediación (excepto PAMI), en tanto los integrantes de la gerencia ADME negocian sus contratos de manera directa con cada financiador.

- La negociación conjunta, bajo intermediación de la Asociación de Clínicas, brindaría cierto poder relativo de negociación a sus miembros. La Asociación de Clínicas negocia nomencladores diferenciados con cada pagador (ISSN, Prepagas y OSN), manifestando que la cobertura más amplia en termino prestacionales es ejercida por el ISSN, aunque los tres grupos presentan tarifas unitarias similares.
- Los establecimientos no agrupados son claramente identificados y diferenciados del conjunto, se reconocen a si mismo como líderes de mercado en términos de capacidad instalada (cantidad de camas) y prestaciones diferenciadas (en cuanto a nivel de complejidad y/o orientación específica –salud mental y enfermedades crónicas-). Lo anterior les daría cierto poder de negociación individual frente a los pagadores a la hora de definir contratos.
- Los establecimientos agrupados bajo la gerencia ADME negocian sus contratos de manera individual con cada uno de los financiadores del sistema, mostrando alta diversidad de instituciones contratantes y las menores tasas de dependencia financiera de la provincia con respecto a una única estructura de aseguramiento. A pesar de considerar a la Obra Social de la Provincia como un financiador de importancia, mantienen un vínculo estrecho con OSNs, en particular, Petroleros Privados, al localizar sus establecimientos en zonas geográficas próximas a complejos de producción petrolera.
- PAMI es el único pagador que negocia contratos de manera directa con cada prestador, desde el año 2004 cuando implementó su “Nuevo Modelo Prestacional” a partir del cual se suspendió el gerenciamiento indirecto.

De este modo, las instituciones de aseguramiento y las clínicas privadas prestadoras logran establecer mecanismos de transferencia de riesgos financieros aguas abajo mediante techos prestacionales y gestión de débitos, a pesar de la estructura de pagos por prestación. La existencia generalizada de copagos y la capacidad de diferenciación de algunas clínicas, ya sea en términos verticales (diferenciales de servicios) u horizontales (locación geográfica) limitan la absorción directa, dando un resultado final más equilibrado entre las partes.

Respecto de los establecimientos públicos, la totalidad manifestó que el porcentaje de financiamiento proveniente de recupero de costos nunca excede el 5% del presupuesto del Hospital. Al igual que los privados, se evidencia la importancia relativa del ISSN en el financiamiento de los hospitales, asociados generalmente al pago de una capita mensual. La presencia del PAMI y fondos privados (prepagas, ART, etc.) es insignificante. La capacidad de recupero financiero se encuentra principalmente asociada a la voluntad de gestión de cobranzas del Director del Hospital y su equipo de gerencia, en una provincia que no ha suscripto la normativa de reintegro mediante la figura del Hospital de Gestión Descentralizada.

Referencias Bibliográficas

Acuña, Carlos H. y Chudnovsky, Mariana: *"El sistema de salud en Argentina"*. Documento 60, Marzo 2002.

Arrow, K. *"The organization of economic activity: issues pertinent to the choice of market versus non-market allocation, in Joint Economic Committee, The Analysis and Evaluation of Public Expenditure"*: The PPB system, Vol. I: pp. 59-73, 1979.

Banco Mundial: *"World Development Indicators"*, 2011.

Bisang, Roberto y Cetrángolo, Oscar: *"Descentralización de los servicios de salud en la Argentina"*, Santiago Chile, CEPAL – Serie de Reformas de Política Pública, 47, 1997.

Chernichovsky, D; Bolotin, A. y De Leeuw, D: *"A Fuzzy Logic Approach Toward Solving the Analytic Enigma of Health System Financing"*. The European Journal of Health Economics, Vol. 4, N° 3. pp.158 – 175, 2003.

Fama, E. and Jensen, M: *"Agency Problems and Residual Claims"*, J. of Law and Economics 327-49, 1983.

Gorosito, Jorge y Horacio Heller: *"El sector salud de la provincia del Neuquén"*, 1993.

Gosden, T.: *"Impact of payment method on behavior of primary care physicians: a systematic review"*. J Health Serv. Res Policy, Vol. 6, N° 1, 2001.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC): *"Censo Nacional de Población y Vivienda"*, Argentina 2001.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC): *"Censo Nacional de Población y Vivienda"*, Argentina 2010.

Leonfanti, Fernando y Chiesa, María Elena: *"Neuquén, Argentina, Provincial Health Policies and Their Results"*, Journal of Rural Health N°4.1, 1988.

Maceira, Daniel: *"Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional"*, Aportes para un programa de investigación en países en desarrollo, Documento de Trabajo, CEDES, Buenos Aires 1998.

Maceira, Daniel: *"Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe"*, CEDES, Buenos Aires 2001.

Maceira, Daniel: *"Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino"*, Serie Seminarios Salud y Política Pública WP N°7, CEDES, Buenos Aires 2002.

Maceira, Daniel: *"Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto"*, Serie Seminarios Salud y Política Pública WP N°4, CEDES, Buenos Aires 2003.

Maceira, Daniel y Cicconi, Valeria: *"Obras Sociales Nacionales. Financiamiento y Equidad"*, Documento de Trabajo, CEDES, Buenos Aires 2008.

Maceira, Daniel, coordinador: *"Experiencias de gestión Pública en Salud"*, Primer Ciclo. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), 2008.

Maceira, Daniel: *"Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina"*, Documento de Trabajo N°23, CIPPEC., Buenos Aires 2009.

Maceira, Daniel: *"Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina"*, Documento de Políticas Públicas / Análisis N°52, CIPPEC, Buenos Aires 2009.

Maceira, Daniel: *"Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina"*, Buenos Aires, 2012.

McGuire, James: *“Health Policy and Mortality Decline in the Province of Neuquén, Argentina”*, Department of Government - Wesleyan University, 2001.

McGuire, Thomas and Randall, Ellis: *“Provider behavior under prospective reimbursement, Cost Sharing and Supply”*, Boston University, 1986.

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas – Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias: *Gastos provinciales por finalidad y función*, Argentina 2010.

Ministerio de Hacienda y Obras Públicas de la Provincia de Neuquén: *“Producto Bruto Geográfico 1993-2010”*, Neuquén 2010.

Ministerio de Hacienda y Obras Públicas de la Provincia de Neuquén: *“Boletín Estadístico”*, Neuquén 2010.

Ministerio de Salud de la Nación: *“Encuesta Nacional de Utilización de Servicios y Gasto de los Hogares”*, Argentina 2005.

Ministerio de Salud de la Nación – Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS): *“Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de residencia”*, Argentina 2010.

Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén: *“Estadísticas vitales provinciales”*, Neuquén 2010.

Mintzberg, H: *“El Poder en la Organización”*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona 1983.

Nirenberg, Olga; Perrone, Néstor y Moreno, Elsa: *“Evaluación del Sistema Público de Salud de la Provincia de Neuquén”*, CEADEL, 2006.

Nirenberg, Olga; Perrone, Néstor y Moreno, Elsa: *“Evaluación del Sistema Público de Salud de la Provincia de Neuquén”*, CEADEL Cuaderno N° 45, 2009.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Ministerio de Salud de la Nación: *“Indicadores Básicos en Salud”*, Argentina 2011.

Organización Mundial de la Salud (OMS): *“World Health Report”*, 2010.

Perrone, Néstor y Moreno, Elsa “La experiencia neuquina de atención primaria de la salud. Un caso pionero de modelos locales de gestión” Capítulo 4 en Maceira, Daniel, coordinador: *“Experiencias de gestión Pública en Salud”*, Primer Ciclo. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), 2008.

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): *“Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010, Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos”*, Buenos Aires 2010.

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): *“El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros”*. Primera edición, Buenos Aires, 2011.

Repetto, Fabián: *“Descentralización de la Salud Pública en los noventa: Una Reforma a mitad de camino”*, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad y Fundación Grupo Sophia. *Documento de trabajo N°55*, 2001.

Sappington David: “Incentives in Principal-Agent Relationships”, *The Journal of Economic Perspectives*, Vol. 5, No 2, Spring, 1991, pp. 45-66.

Tobar, Federico: *“Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina”*, Fundación Isalud, 2001.

Verdejo, Guadalupe: *“Situación de salud y tendencias (1986-1995)”*, Organización Panamericana de Salud, publicación N° 46, 1995.