

ACTORES, CONTRATOS Y MECANISMOS DE PAGO: EL CASO DEL SISTEMA DE SALUD DE TUCUMÁN

DANIEL MACEIRA¹ Y SOFÍA OLAVIAGA²

Abstract

El sistema de salud argentino presenta una cobertura de salud compartida entre el sector público, las Obras Sociales, y el sector privado, con fuertes interrelaciones en la provisión de servicios, el financiamiento y la coordinación en aseguramiento social. En el marco de este esquema descentralizado, las respuestas institucionales que desarrollaron las distintas autoridades sanitarias como también el resto de los actores del sector (subsector privado y de la seguridad social) difieren entre provincias.

El presente estudio se propone analizar la estructura del sistema de salud de la provincia de Tucumán, los mecanismos de contratación y de pago que se desarrollan y su resultado en términos de transferencia y absorción de riesgo. Para ello, se realizó una revisión de literatura, se desarrolló un mapeo de actores del sector y se aplicó una encuesta a una muestra de establecimientos prestadores de servicios de salud (públicos y privados).

Los resultados muestran que el sector público presenta una descentralización más formal que real, en tanto que la obra social provincial (Subsidio Salud) y el PAMI, siendo principales financiadores del sector prestacional privado de Tucumán, registran diferencias en sus estrategias de contratación y pago. Esto último se vincula con los mecanismos de priorización de cada institución, así como con el peso relativo de los actores en el proceso de negociación de contratos.

El Subsidio Salud opta por contratos donde las asociaciones intermedias cumplen un papel relevante en la negociación de acuerdos colectivos, y su modalidad de pago difiere dependiendo del tipo de establecimiento, asociado con el poder de mercado de las instituciones y el riesgo compartido al interior de la cadena de prestación de servicios. El PAMI, por su parte, elimina la intermediación en el proceso de negociación de contratos, y opta por un mecanismo de pago capitado asociado a una transferencia de riesgo con techo presupuestario.

En la medida en que ambos coordinen sus estructuras con la del ministerio, se podría converger a un modelo más homogéneo en términos de atención y mecanismos de pago, generando incentivos a una mayor eficiencia en la asignación de recursos y una mayor equidad en salud.

¹Ph.D. en Economía, Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA), con estudios de postgrado en Instituto Di Tella. Recibió becas de la Fundación Ford, el Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer, y la Beca Rosenstein-Rodan, entre otras. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Es Director del Programa de Salud del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), e Investigador Adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Rrealizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha participado en numerosos proyectos de investigación y asistencia técnica, especialmente en América Latina.

² Lic. en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires. Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales, (FLACSO), tesis en curso. Actualmente se desempeña como Coordinadora de Proyectos del Programa de Salud del Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

Correspondencia a dmaceira@cippec.org o solaviaga@cippec.org