

Nº 8

De la fragmentación a la integración del sector salud :  
una propuesta para universalizar la salud desde una  
estrategia federalista · Carlos Vassallo, Ernesto  
Bascolo

Diciembre 2001



Sistema  
de Información,  
Monitoreo y  
Evaluación  
de Programas  
Sociales



*Presidencia de la Nación*  
*Consejo Nacional de Coordinación de*  
*Políticas Sociales*



Carlos Vassallo - Contador Público - Estudios de Posgrado en Organización y Gestión en Salud Universidad Bocconi de Milán (1989-1990).

Profesor de Economía de la Salud (Instituto Universitario Lazarte (Universidad Nacional de Rosario) e Instituto Universitario Isalud. (Director Académico del Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad).

Ernesto Bascolo - Licenciado en Economía - Magister en Políticas de Salud en la Universidad de Birmingham (2000) - Consultor Programa de Reforma del Sistema de salud (PRESSAL) - Profesor de Economía de la Salud (Instituto Lazarte Universidad de Rosario e Instituto Universitario Isalud)

Las ideas expresadas en el presente documento son responsabilidad exclusiva del autor y no reflejan necesariamente los puntos de vista del SIEMPRO.

# De la fragmentación a la integración del sector salud : una propuesta para universalizar la salud desde una estrategia federalista

## 1. Introducción

Este informe tiene como objetivo hacer un análisis de la estructura del sistema de salud en Argentina. Los aspectos institucionales están relacionados con la evaluación del rol del Estado Nacional, teniendo en cuenta las características e idiosincrasias del sector salud en Argentina, sus principales debilidades o problemas y la naturaleza de los actores (organizaciones o jurisdicciones) involucrados en su organización, así como de sus modalidades de vinculación o articulación. Como aspectos organizacionales, nos abocaremos a una mirada crítica focalizada de las estructuras del Estado Nacional relacionadas con salud y el análisis de sus mecanismos de coordinación.

Estas dos categorías analíticas (organizacional e institucional) están presentes en la estructura de este estudio, identificando tanto la problemática de cada uno de ellas como las relaciones o efectos que se establecen entre las mismas.

En términos generales, es posible considerar que la visión del Estado Nacional en relación al sector salud, podría expresarse de la siguiente manera: *“Garantizar el acceso de la población a una cobertura de servicios sanitarios con equidad, calidad y eficiencia a fin de contribuir a garantizar el derecho a la salud de todos los habitantes de nuestro país”*.

La estructura de este informe es la siguiente. En el capítulo segundo se desarrollan las razones de la crisis o agotamiento de los modelos tradicionales de organización de los servicios de salud. El tercer capítulo se señalan algunos antecedentes internacionales de reforma de los servicios de salud. El capítulo 4, 5 y 6 están destinados al caso argentino. Mientras el cuarto es

fundamentalmente descriptivo, el quinto enfatiza en los aspectos de la fragmentación, y en el sexto se aborda el análisis organizacional del Ministerio de Salud de la Nación y su relación con las provincias. Finalmente, se señalan algunas conclusiones finales.

## 2. La problemática institucional del sector salud

### La problemática de la organización de los servicios de atención médica

Existe un amplio consenso sobre la problemática o crisis de la estructura tradicional del modelo de organización de los servicios de atención médica en los sistemas de salud de diferentes países y con distintas naturalezas institucionales (pública / privada) y orígenes históricos. Esta situación se asocia con numerosas experiencias internacionales que promueven políticas de reforma de los sistemas de salud.

En términos generales es posible considerar que durante las dos últimas décadas se han estado produciendo cambios organizacionales en los mecanismos de financiamiento y en los modelos asistenciales de los sistemas de salud.

Para caracterizar y explicar este proceso de transformación es necesario identificar los rasgos más importantes de esta crisis.

En primer lugar, en el modelo tradicional de organización de los servicios de salud la *autonomía profesional* tiene un rol determinante en la organización de los procesos de atención médica. Esta situación tiene importantes implicaciones en la naturaleza de los mecanismos de coordinación de los procesos de atención, producidos tanto en un nivel micro (en cada organización sanitaria), como en términos meso (en las relaciones entre organizaciones sanitarias). Este último punto adquiere una especial relevancia, ya que resulta interesante destacar que las decisiones "micro" del profesional médico determinan el flujo del paciente entre los distintos servicios de salud y entre los diferentes niveles de atención.

*La autonomía profesional como mecanismo de coordinación* ha sido un rasgo presente tanto en sistemas públicos como privados. De esa forma, es posible considerar que a pesar de que en los distintos sistemas de salud existieron estructuras institucionales alternativas, con sus propias "reglas de juego" y consecuentes sistemas de incentivos, las decisiones profesionales autónomas del médico constituyeron el núcleo de determinación de la organización de los procesos de producción de los servicios de salud.

Esta característica permite realizar un tratamiento transversal del tema, y nos permite caracterizar al médico como asignador de recursos clave para la definición de la función de producción.

Este modelo se encuentra en un estado de crisis y agotamiento, lo cual ha generado un proceso de cambio en gran parte de los sistemas de salud que abarca tanto los países desarrollados como en los emergentes. Entre los factores que generalmente son citados como explicativos de esta situación se encuentran:

1) La *tendencia creciente de costos*, producto de una importante introducción de nuevas tecnologías (expresadas tanto por nuevos productos terapéuticos como por instrumentos o prácticas diagnósticas) hecho que ejerce una presión constante en los presupuestos de salud y en los sistemas de seguro de atención médica. Es importante destacar que el análisis de este fenómeno no se limita a un problema de "desbalance" entre costos e ingresos.

En realidad, las innovaciones tecnológicas (generadas desde los sectores tecnológicos, biogénéticos y propios del sector de la química fina) se han producido no solo como producto de fuerzas exógenas sino que, desde la modalidad de su introducción en los procesos de atención como en el impacto sobre los mismos, estuvieron (y en parte importante continúan) *condicionadas por los mecanismos de coordinación propios de la organización de los servicios médicos*. Los incentivos de algunos actores a diferenciar servicios tendió a incrementar y difundir las presiones.

Es posible considerar que la complejidad creciente del proceso de atención y su problemática económica ha sido resultante de una *dinámica especial* explicada por la modalidad en que las innovaciones tecnológicas se han generado en las condiciones de autorregulación de los profesionales en los procesos de atención médica. El desarrollo explosivo de nuevos procesos en diferentes unidades de producción de servicios de salud y la insuficiente articulación y regulación de tales procesos han sido los responsables de la "fragmentación" de la organización de los servicios médicos.

2) La presión de mayores necesidades de servicios de atención médica han representado otro de los factores que provocaron la reforma de los sistemas de servicios de salud. Esta situación debe ser considerada no solo como el fruto de la emergencia de nuevas patologías. Constituye la consecuencia de un profundo cambio del perfil de morbi - mortalidad y de la estructura etaria de la población usuaria de los servicios de atención médica.

3) Una mayor exigencia de la demanda de la población en relación a la necesidad de considerar en forma más activa las percepciones de satisfacción de la población, como condición de legitimación del modelo de atención de la salud. Este punto guarda un conjunto complejo de factores.

En primer lugar, esta situación se corresponde con una mayor conciencia por parte de las instituciones del sector de la valoración de la satisfacción de los clientes y/o usuarios con respecto a los servicios médicos recibidos representan una variable necesaria y fundamental para evaluar la calidad de tales servicios.

En segundo lugar, el mayor protagonismo está dado por un cambio de los mismos usuarios, que modifican su actitud con relación a la producción de los servicios. De esta forma se debe entender que el usuario se constituye en un factor de cambio de las mismas relaciones micro (médico / paciente), redefiniendo de alguna manera normas y valores que sustentaron el anterior modelo de atención médica.

Por último, la necesidad de considerar las percepciones de satisfacción de los usuarios ha constituido una herramienta en sí misma, promovida por los diseñadores de reformas de los

sistemas de salud. En este caso, el otorgamiento de libertad de elección del paciente o la promoción de sistemas de financiamiento a la demanda constituyeron innovaciones en los sistemas de incentivos, cuyo propósito estuvo relacionado con la búsqueda de mayor "poder" de regulación del sistema por parte de los mismos usuarios, como estrategia de balancear la autonomía de los profesionales con hegemonía en el proceso de toma de decisiones del proceso de atención.

Los tres factores anteriores (la mayor complejidad del proceso de atención y tendencia creciente de costos, mayores demandas de servicios de salud y mayor protagonismo de la percepción de satisfacción de los usuarios como evaluación del desempeño de los servicios) explican la crisis y la incapacidad del modelo tradicional de atención médica de resolver sus nuevos desafíos. Las particularidades y matices propios en cada escenario particular, en donde tanto las características idiosincrásicas de los actores involucrados, como las repercusiones de cada marco regulatorio jugaran un rol importante a la hora de la configuración y definición de las "reglas de juego" y la estructura de incentivos de cada sistema de organización de servicios de salud.

En términos generales, este proceso ha sido caracterizado como una tendencia de cambio desde un "modelo tradicional", con una fuerte fragmentación de la organización de los procesos de atención médica hacia un nuevo modelo, con innovaciones institucionales relevantes en los mecanismos de coordinación de los procesos de atención médica.

Mientras el primer modelo se estructura sobre el rol de la autonomía profesional como único y determinante mecanismo de coordinación, el actual modelo en construcción se desarrolla sobre un complejo conjunto de estrategias de gestión que se articulan con el objetivo de regular la organización de los servicios de salud (Enthoven 1997).

La articulación implica discutir la distribución y uso del conocimiento en la atención médica en consecuencia el proceso de disminuir la asimetría informativa no puede dejar de estar sujeta a fuertes tensiones internas. En los últimos años la medicina basada en la evidencia, la protocolización, la gestión clínica, la evaluación económica de los tratamientos, han intentado acortar la distancia entre el *gobierno de la atención médica* y el esquema de coordinación sistémica dominado por el médico.

### 3. Antecedentes Internacionales de la Reforma

#### Consideraciones generales

#### La Experiencia Internacional

En primer lugar, el modelo de cobertura de Medicare de los EE.UU. y su proceso de desarrollo se corresponde directamente con una modalidad de cobertura focalizada en la población de bajos recursos y sin cobertura médica. Este modelo se construye en el contexto de un sistema de servicios con alta fragmentación en relación a los sistemas de cobertura y de sus agencias aseguradoras.

La experiencia de Medicare permite rescatar algunos comentarios vinculados a los siguientes componentes de este modelo. Es importante destacar que la gestión de las agencias a cargo de este sistema le corresponde a los Estados (provinciales), vinculados directamente con el nivel federal debido a la estructura normativa que regula este modelo de cobertura.

Uno de los componentes de esta normativa es la participación mixta de la fuente de financiamiento de este modelo de cobertura, ya que deben aportar tanto el Estado Federal, como los Estados individuales. Al mismo tiempo, la definición de la cobertura tiene características flexibles, definiéndose criterios mínimos, considerados como condiciones necesarias para que el Estado Federal financie su participación. De esta forma, la cobertura definitiva ofrecida por cada Estado tiene condiciones exigibles normativamente, pero completada según criterios propios de los Estados (provinciales), los cuales pueden adicionar otros servicios a la cobertura mínima definida con carácter obligatorio. La definición de los criterios de elegibilidad de la población beneficiaria tiene características similares a los ya señalados en relación a la cobertura del sistema, debido a que gran parte de las normativas vinculadas con cobertura están directamente asociadas a las condiciones de los beneficiarios. Al mismo tiempo, en este caso es posible ampliar por parte de los Estados, la definición de los criterios de elegibilidad de los beneficiarios, aumentando de esa forma la magnitud de la población cubierta.

Este modelo ha sufrido cambios significativos en el tiempo. Los rasgos más importantes de este proceso de cambio radican en la mayor flexibilización de los criterios de elegibilidad de la población, el aumento de los niveles de cobertura y el cambio del modelo de provisión de los servicios ofrecidos. Este último punto tiene especial relevancia en relación a la transformación radical del modelo de organización de los servicios sanitarios, con el desarrollo de modelos de managed care a través de HMO. Este tipo de modelos tiene como particularidad una organización integrada (virtual o real) de la provisión de los servicios médicos.

Otras de las experiencias internacionales que podrían servir como referencia de los procesos de reforma del sistema de servicios sanitarios de los carenciados son las transformaciones de los modelos públicos integrados de los países nórdicos, característicos de los sistemas con universalidad en el acceso de los servicios.

Más específicamente, durante la década de los 80' y los 90' se produjeron profundas reformas en las instituciones vinculadas con el financiamiento y organización de los servicios de salud en muchos de los países centrales. En los europeos como el Reino Unido, Suecia y Finlandia, se inicia un proceso de reforma sobre sus modelos de organización de los sistemas de salud, los cuales han sido llamados comúnmente como modelos públicos integrados.

En este escenario, el debate de políticas de salud ha estado vinculado fuertemente con la discusión sobre la introducción de competencia, como ingrediente de la construcción de nuevos modelos contractuales de organización de los servicios sanitarios. En estos modelos, el desarrollo de la función de compra de servicios ha representado una innovación importante, como estrategia de producción de nuevos incentivos y nuevas modalidades de regulación de las prestaciones médicas (Saltman et al 1992). Más específicamente, la introducción de los mecanismos contractuales en la relación y coordinación de la organización de los servicios públicos de salud



está asociada con el desarrollo e implementación de contratos de gestión o contratos programas entre los compradores y los proveedores de servicios.

Volviendo al debate central que será objeto de análisis en este artículo, es posible considerar que uno de los rasgos más importantes del nuevo paradigma en la organización institucional del sector salud es la separación de compradores y proveedores de servicios, y su vinculación contractual como mecanismo de articulación Saltman, R (1994).

En otras palabras se plantea en este caso que es posible considerar que, en el nuevo paradigma institucional, *los actores utilizan formas contractuales como mecanismos de coordinación, y que la competencia no necesariamente es condición de un modelo organizativo más eficiente.*

Dicho de otro modo, la necesidad de instrumentar nuevos sistemas de incentivos como herramientas de regulación y *cooperación* es una de las definiciones determinantes de la estructura institucional de los sistemas de salud.

En este nuevo modelo, los contratos son usados como el principal mecanismo de acuerdo institucional como reemplazo de la responsabilidad jerárquica. Sin embargo, el nuevo escenario no implica necesariamente una exposición de los actores a las obligaciones de derecho privado, como los contratos legales comerciales. De esta forma se aprovechan algunos incentivos y formalidades de los contratos legales, sin una completa aplicación de las relaciones de mercado y sus leyes contractuales. Saltman and von Otter consideran que la competencia Pública se distingue de un mercado privado por el grado en el cual este puede producir responsabilidad pública. De esta forma, bajo condiciones de competencia pública, los agentes económicos se responsabilizan públicamente de evitar las consecuencias habituales y no deseables que las señales del mercado pueden producir (Saltman 1992).

Por lo tanto, esta nueva relación entre comprador y proveedores se construye a partir de las características particulares del marco institucional que contiene la organización de los servicios de salud. El debate sobre las características y el significado del mercado interno debería partir del análisis conceptual del contrato como medio de coordinación de las actividades económicas (Walsh et al 1997). Más específicamente, el análisis del contrato en los nuevos escenarios de mercado interno en construcción está asociada con el desarrollo e implementación de contratos de gestión o contratos programas entre los compradores y los proveedores de servicios.

El tercer conjunto de reformas que puede servir como referencia dada su cercanía cultural con América Latina, son las iniciativas de la primer reforma (1978-1982) que tienden a la universalización de la cobertura en los países del sur de Europa (Italia, España, Grecia y Portugal). Estos son sistemas crecidos bajos regímenes de seguridad social que en determinado momento una mayoría especial y consensos altamente extendidos en la sociedad permiten dar un salto hacia un esquema de mayor universalidad. En el caso Italiano un consenso que abarca desde la democracia cristiana al partido comunista y en los tres casos que restan una mayoría socialista en el gobierno y el congreso, que permite avanzar en este sentido sin demasiadas trabas. La reforma de la reforma es más cercana en el tiempo (1991-1992) y tiende a incorporar eficiencia y calidad al funcionamiento de los sistemas instalados luego de una década.



## 4. El sistema de salud en Argentina

Tradicionalmente, el sistema de servicios de salud de Argentina se ha estructurado sobre la base de sus fuentes de financiamiento. En esta forma, tres subsectores relativamente independientes han sido reconocidos de la siguiente forma: El sistema de seguridad social, los servicios destinados a la población excluida del sistema de la seguridad social y financiada a través del presupuesto estatal y las organizaciones de seguro privado, en las cuales parte de la población hace aportes voluntarios en función a planes de cobertura definidos por las propias instituciones aseguradoras (prepagas).

Las características idiosincrásicas del sistema de salud en Argentina están representadas por: a) el carácter federal del sistema público de salud, b) la fragmentación de la organización del sistema en distintos subsectores, y c) la debilidad regulatoria del Estado.

En términos generales, es posible hacer una caracterización general del sistema de la siguiente forma:

- § La ausencia de un sistema normativo (aprobado legislativamente) integral que defina el sistema de cobertura, sus alcances, la definición de la población correspondiente a cada subsector, pautas de organización del sistema de servicios de salud.
- § Ausencia de mecanismos institucionales de articulación de los mecanismos financieros y de prestación de servicios directos que afectan los diferentes subsectores,
- § La existencia de diferentes instituciones regulatorias con débiles capacidades organizacionales e institucionales.
- § La combinación de distintas jurisdicciones (nacionales, provinciales, municipales) involucradas en el sistema con funciones heterogéneas.

Con el propósito de señalar los alcances institucionales del Ministerio de Salud de la Nación, es posible dimensionar la magnitud del Sector Salud como objeto de intervención del mismo. La fragmentación del sistema de salud en Argentina, y la inexistencia de un consenso absoluto sobre sus "cuentas nacionales" del sector, debilitan una descripción cuantitativa del mismo. Diferentes apreciaciones dan cuenta de un gasto total cercano a los 20.000 millones de pesos. En primera instancia estas dimensiones contrastan con la magnitud relativa del presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación, ya que el mismo solo representa un pequeño porcentaje del presupuesto nacional. Sin embargo, considerando que el propósito de este trabajo reside en el análisis institucional y organizacional del Ministerio de Salud, el estudio presupuestario debe integrarse en un análisis costo efectivo más amplio.

Cuadro 1. Gasto Estimado en Salud

Sector	Gasto En millones de \$	Porcentaje	Población	Gasto Per Capita
Público	5.043	22,8	14.000.000	\$ 420
OOSS (ANSSAL y otras)	3.686	16,7	9.150.000	\$ 402
OOSS provinciales	1.809	8,0	5.500.000	\$ 330
INSSJyP	2.100	9,5	3.500.000	\$ 600
Seguros Privados	2.600	11,7	3.500.000	\$ 866
Gasto de Bolsillo	6.800	30,8	35.400.000	\$ 194
Total	22.038	100	35.400.000	\$ 631

Presupuesto Ministerio de Salud de la Nación: 576 millones de pesos

Una primera caracterización de los distintos subsectores permitirá identificar la naturaleza distintiva de los mismos y las relaciones que establecen con el Ministerio de Salud de la Nación.

El financiamiento del Sector Público está a cargo fundamentalmente de cada uno de los estados provinciales. El Estado Nacional participa de esta función a través del financiamiento de sus organismos descentralizados (aquellos con funciones de provisión directa de servicios de salud). Sin embargo, es importante advertir que no existe un sistema normativo de la responsabilidad Estatal sobre la magnitud del financiamiento, la cobertura de los servicios de salud a cargo del Estado y la identificación de la población beneficiaria.

Respecto a las características de las instituciones a cargo del financiamiento del sistema de la seguridad social de los servicios de salud, es posible considerar que están organizadas como fondos de enfermedad. Estas organizaciones - obras sociales - financian los servicios de salud de los trabajadores en relación de dependencia y de sus grupos familiares inmediatos (un porcentaje cercano al 52% de la población total). Estas instituciones ejercen una función de compra de servicios contratando con grupos de proveedores de servicios médicos. Es importante destacar la existencia de las instituciones corporativas de los profesionales, como uno de los actores históricos, a cargo de la intermediación y agrupamiento de los distintos tipos de proveedores de servicios (profesionales médicos, hospitales privados y clínicas, farmacias, laboratorios bioquímicos, etc.).

Por último, el mercado de los seguros privados de servicios médicos ha tenido un crecimiento muy importante durante las dos últimas décadas, en paralelo a la mayor informalidad del mercado de trabajo y a la decadencia de los niveles de cobertura y calidad de los servicios de salud provistos por el sistema de seguridad social.

Es importante destacar la importante presencia de otros proveedores de insumos o tecnología, con relevante influencia sobre la conducta de los profesionales individuales, el nivel de gasto sanitario, el modelo asistencial y los resultados de calidad asistencial. En este grupo de proveedores es importante considerar a la industria farmacéutica, con vínculos con compradores de servicios (obras sociales o prepagos), con proveedores institucionales (hospitales públicos o privados), o con los Ministerios de salud (Nacional o provinciales).

Como componentes de los actores con influencia sobre las modalidades de provisión de los servicios de la oferta asistencial, es necesario considerar a las distintas instituciones reguladoras

de los servicios. En este punto es necesario diferenciar la situación de los colegios profesionales con funciones de autorregulación de sus prácticas, y las agencias provinciales a cargo de la auditoría y acreditación de proveedores institucionales (ej. Hospitales).

Al mismo tiempo, la especificidad del componente profesional del proceso productivo de los servicios sanitarios requiere la introducción en el análisis de las instituciones que influyen en el conocimiento, legitimación y formación de los proveedores individuales. En este punto se debería integrar tanto a las instituciones científicas, como a las propias universidades u organismos de formación.

Por último, la experiencia de la década del 90, con una importante cantidad de iniciativas de reformas generadas desde los organismos internacionales (de crédito y/o de fomento del sector) nos induce a considerar explícitamente a estas instituciones, como ser el Banco Mundial, el BID o la OPS. En los dos primeros casos, es importante destacar que su participación tiene la particularidad de promover procesos de reforma tanto en el nivel nacional como en las jurisdicciones provinciales con apoyos financieros relevantes.

Los comentarios anteriores permiten describir la complejidad de las relaciones (explícitas o implícitas) que constituyen el contorno institucional del sistema de servicios de salud en nuestro país, y que obviamente representan factores determinantes para analizar críticamente el rol y la capacidad del Ministerio de salud para cumplir con su visión en el sector.

## Utilización de Servicios y condiciones económicas de la población

La información de la utilización de servicios de salud representa un ingrediente importante para identificar algunos factores que podrían integrar el análisis del acceso diferencial de los servicios médicos por parte de distintos grupos poblacionales. La encuesta de desarrollo social realizada en 1997 relacionada con la utilización de servicios de atención de la salud constituye un insumo analítico relevante para indagar cómo algunas condiciones socioeconómicas de la población podrían incidir en la utilización de los servicios médicos.

Una de las condiciones estructurales más relevantes que condicionan los factores socioeconómicos de la población son las profundas transformaciones del mercado de trabajo. A continuación se señala la utilización diferencial de servicios ambulatorios (consultas y prestaciones diagnósticas) y de internación por parte de la población clasificada según la distribución del tipo de cobertura y los distintos niveles de ingresos.

Entre las conclusiones más generales es posible considerar que el examen de la información de la Encuesta de Desarrollo Social (EDS) en relación a la utilización de servicios médicos señala que la población vinculada a las tres diferentes tipos de aseguramiento (seguridad social, prepagos privados, o del Estado) tiene diferencias en el tipo de cobertura vinculadas más fuertemente al nivel de ingresos que a la condición de actividad. Por esa razón, es posible considerar que el análisis de la utilización debería inclinarse hacia aquellos aspectos que pongan de manifiesto el acceso diferencial a la oferta de prestaciones, en función de los mecanismos de acceso provistos por la particular inserción laboral y por la capacidad de pago de los demandantes.

Con el propósito de presentar la información resultante de la encuesta EDS se dividirá el análisis en tres partes: 1) la utilización de servicios de atención ambulatoria, 2) la utilización de servicios diagnósticos, 3) la utilización de servicios de internación.

## La utilización de servicios de atención ambulatoria

En términos generales la población demandante de atención ambulatoria tiene una distribución por sector de afiliación similar a la estructura de la población total, lo que demostraría que la demanda de atención no registró un comportamiento distinto entre los tres sectores de afiliación.

Cuadro 2. Distribución por sector de afiliación de la población total y de la que demandó atención ambulatoria.

Sector de afiliación	Población total	Población que demandó atención ambulatoria
Total	100	100
Afiliados a Obras Sociales solamente	50,2	53,8
Asociados a Mutuales o Prepagos solamente	7,9	7,2
Afiliados a Obra social y a Mutual o Prepago	4,2	5,6
Asociados a sistema de Emergencia exclusivamente	1,3	1,4
Sólo sector público	36,3	32,0

Fuente: Informe Siempro Nro:

Considerando la relación entre la diferencia que existe entre sector de afiliación de la población y sector de dependencia del establecimiento en el cual se atendió, es posible reconocer las relaciones cruzadas que se establecen entre los diferentes sectores de cobertura y de la oferta de prestaciones.

Una de las observaciones más importantes de estos cruces intersectoriales está dada por la consideración de que el 30% de la población que consulta en los efectores públicos tiene otra cobertura (obra social o privada). Si bien no se cuenta con información comparativa de años anteriores, es posible considerar que este porcentaje es significativamente mayor que en períodos anteriores, lo cual supone que en la actual situación de crisis financiera la estructura pública está asumiendo la satisfacción de una mayor participación de la población general.

Distribución de los demandantes de atención ambulatoria por dependencia del establecimiento al que concurrió, según sector de afiliación

Cuadro 3. Sector de afiliación de la población demandante

	Total	Establecimientos públicos	Establecimientos de Obras sociales	Establecimientos Privados
Total	100	100	100	100
Obra	53,8	25,7	88,2	63,9

Social				
Mutual o Prepago	12,8	4,2	8,0	22,6
Sector Público	33,4	70,0	3,9	13,3

Fuente: Informe Siempro Nro:

Al mismo tiempo, del total de demandantes de atención en establecimientos públicos, casi la mitad se ubicaba en el quintil de más bajos recursos, cifra que asciende a más del 70% si se toman en cuenta los dos estratos más pobres conjuntamente. De esta forma es posible señalar que esa población, demandante del sector público tiene un doble origen. Por un lado, los sectores pobres que sólo cuentan con esta cobertura. Por el otro lado, por afiliados a la seguridad social y al sector privado que utilizan el sector público porque son proveedores más accesibles, geográfica o económicamente.

Considerando las condiciones laborales de los demandantes del sector público se puede poner de relieve que del total de asalariados de 15 años y más que se atendieron en estos establecimientos, alrededor del 40% estaba afiliado a una obra social y poco menos del 55% sólo contaba con cobertura del sector público. De esta forma se puede advertir que la evolución del mercado de trabajo no sólo tiene repercusiones en relación a los niveles de desocupación alcanzados durante la década de los 90, sino por las nuevas modalidades de contratación más flexibles y/o informales que asume su dinámica contemporánea.

## La utilización de servicio diagnósticos

La utilización de servicios diagnósticos debe estudiarse en forma complementaria a las consultas ambulatorias ya que su prescripción previa por profesionales médicos supone un acceso anterior a los servicios de atención médica. Es importante remarcar que en estos servicios las diferencias en el acceso según sector de afiliación de la población demandante son más acentuadas que en el de atención ambulatoria.

En términos generales, los demandantes del sector público tiene niveles proporcionalmente menores que aquellos que demandaron atención ambulatoria. En términos simples, en el sector público se tiende a resolver sus problemas de salud con menores prestaciones diagnósticas.

Algunas explicaciones de esta situación se basan en los siguientes factores: a) diferentes modalidades prescriptivas de los médicos ambulatorios, b) diferentes sistemas de incentivos en los diferentes sectores y c) un comportamiento diferencial de la población demandante de los distintos sectores.

Con respecto a este último punto se puede considerar que la población con cobertura del sector público que desistió de utilizar prácticas diagnósticas es (15%) significativamente mayor que aquella que pertenecía al obras sociales (6,6%) o al sector privado asegurador (7,3%). La mitad de aquellos que contaban con cobertura del sector público se vincula con problemas económicos.

Esta proporción duplica la proporción de la población que por esa misma razón declaró que no se hizo tales prácticas diagnósticas.

## Utilización de servicios de internación

En primer lugar, con el propósito de destacar las diferencias en la utilización de servicios según niveles de ingresos y de cobertura de seguros de salud por parte de la población, es posible distinguir las internaciones producidas por problemas de salud de las internaciones por partos. Por esta razón, la información siguiente se concentra en el primer tipo de internaciones.

En relación a la información de utilización de servicios de internación según la escala de ingresos per capita del hogar permite en una primera instancia considerar que esta demanda ejerce una presión similar entre los distintos sectores que componen la oferta de servicios, ya que se mantiene el 7% con variaciones poco significativas en relación al respectivo total de cada estrato.

Cuadro 4. Incidencia de la población que se internó en el último año por problemas de salud según quintiles de ingresos per capita del hogar

Concepto	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Población Total	100	100	100	100	100	100
Población que se internó	6,7	7,1	6,6	6,7	6,7	6,4

Fuente: Informe Siempre Nro:

Contrariamente, si se analiza la utilización de estos servicios según sector de afiliación, se puede advertir que la utilización de servicios de internación es mayor entre las personas con cobertura que entre aquellas que no están afiliadas o asociadas a algún sistema.

Cuadro 4. Población total y población que se internó por problemas de salud, según sector de afiliación

Concepto	Total	Obra Social	Mutual o Prepago	Público
Población total	100	50,2	12,1	37,6
Población que se internó en el último año	100	54,2	12,3	33,5

Fuente: Informe Siempre Nro:

Con respecto al tipo de establecimientos utilizados, la información disponible señala que casi un 33% de la población que se internó en establecimientos del sector público gozaba de cobertura, la mayor parte, de obras sociales.

Cuadro 4. Composición de la población que se internó en el último año por problemas de salud en establecimientos del sector público, por sector de afiliación, según quintiles de ingresos per cápita del hogar



Sector de afiliación	Total	Quintiles 1 y 2	Quintiles 3, 4 y 5
Total de internados en establecimientos Públicos	100	100	100
Afiliados a obra social	29,1	21,4	50,0
Afiliados a mutual o prepago	3,3	2,3	5,8
Sólo cobertura del sector público	67,0	76,2	44,3

Fuente: Informe Siempre Nro:

## Algunas conclusiones sobre la información cuantitativa

- § El sector público se ubica en la organización del sistema de salud con un rol “subsidiario”, ya que se responsabiliza de un modelo de provisión de servicios con financiamiento a la oferta y con escasa capacidad de identificación de la cobertura de su población usuaria. De esta forma, el sector público absorbe como demanda a la población excluida del resto de los sistemas de cobertura (obras sociales o prepagas).
- § Un importante nivel de interrelación entre los sistemas de cobertura y la oferta de servicios. Este punto sugiere que los tres subsectores se encuentran interrelacionados, lo cual supone considerar que la caracterización tradicional del sistema de salud debe completarse con el análisis de sus relaciones mutuas. Tanto el sector público proveedor recibe proporciones importantes de población con otras coberturas, como el mismo sector privado proveedor es financiado por el sector público para pagar prestaciones de población del estado (sin cobertura explícita).
- § Diferencias en el acceso en relación a los niveles de cobertura, lo cual lleva a suponer potenciales problemas de equidad en la utilización de los servicios.

## Algunos antecedentes de la reforma en cada uno de los subsectores

Durante la década del 90 el Ministerio de salud ha definido un proceso de reforma de los distintos subsectores del sistema de salud. Esta situación parte de un diagnóstico preliminar sobre los problemas institucionales más relevantes, en donde la caracterización de los problemas institucionales han determinado los lineamientos generales de los procesos de cambio implementados.

En relación con el subsector público, el Ministerio de Salud de la Nación ha transferido efectores que actuaban en su ámbito hacia las jurisdicciones provinciales. De esa forma, el Ministerio ha minimizado sus funciones de prestación directa de servicios (aunque en la actualidad subsisten todavía algunos proveedores como organismos descentralizados)<sup>1</sup>, reservando como funciones propias: 1) la formulación de políticas de salud, 2) la definición de normativas contenidas tanto en

<sup>1</sup> Colonia Montes de Oca, Hospital Baldomero Soomers, Hospital Posadas

los programas de prevención y promoción, así como en distintos servicios de recuperación de salud y 3) la regulación general del funcionamiento del sector.

Como ya se mencionó, *el sistema público financiador y proveedor de servicios médicos queda delegado a las jurisdicciones provinciales*. En este caso, las reformas formuladas y en algunos casos implementada, se relaciona fundamentalmente con la transformación de las modalidades de financiamiento característicos del sistema público. El cambio desde el financiamiento a la oferta a un sistema de financiamiento a la demanda implicó una serie de políticas de cambio como la descentralización de los hospitales (hospitales públicos de autogestión), el desarrollo de contratos de gestión entre compradores y proveedores de servicios médicos o la focalización de programas en la población más vulnerable.

Por otro lado, el sistema de seguridad social nacional ha sido y es objeto de un proceso de modificación de su marco regulatorio (denominado desregulación), lo cual introduce el derecho de los beneficiarios a elegir el destino de sus aportes en alguna de las aseguradoras que participan en el sistema. Como parte de este proceso, se ha creado la Superintendencia de servicios de salud (como fusión de tres organismos anteriormente a cargo del sistema de seguros: ANSSAL, INOS y DINOS), como una organización descentralizada a cargo de la regulación del sistema de seguridad social.

En relación con el sector privado de prepagas, su funcionamiento ha sido objeto de iniciativas de regulación del mismo. Sin embargo, es necesario considerar que en términos reales, ha sido muy escasa la capacidad del Estado Nacional (y de cualquier nivel) para intervenir en la cobertura y la calidad de las prestaciones ofrecidas por las empresas aseguradoras privadas.

## Reflexiones sobre la problemática del sistema de servicios de salud

En términos generales es posible sintetizar las transformaciones introducidas revalorizando dos consideraciones generales. En primer lugar, el objeto de transformación está vinculado con los problemas del modelo tradicional de organización de los sistemas de salud. En segundo lugar, las políticas de reforma podrían considerarse como cambio institucionales, en donde se redefine la estructura de incentivos que condiciona y constituye el vínculo entre los agentes sociales que participan del sistema de salud.

Con respecto al primer punto, las transformaciones del *modelo de atención* se vinculan con el desarrollo del primer nivel de atención a través de: (i) una mayor capacidad resolutive, (ii) la introducción de prácticas preventivas (primarias y secundarias) y (iii) el ejercicio de funciones de coordinación entre los distintos niveles de atención. Estos tres elementos representan estrategias centrales en el desarrollo de un modelo de atención con mayor eficiencia (costo efectivo) y calidad. En especial, el tercer punto tiene un rol central para transformar la organización de los servicios médicos, de un modelo fragmentado hacia uno que garantice la *continuidad* de los servicios de salud a través de los distintos niveles de atención.

Con respecto al segundo punto, las transformaciones instituciones implican cambios en los niveles macro, meso y micro en la organización institucional del sistema de salud.

Uno de los aspectos *macro* relevantes, vinculados con la idea de reforma en la organización del sistema de servicios, esta dada por la necesidad de producir un marco regulatorio que defina los niveles de cobertura y su financiamiento en cada uno de los subsectores.

En relación a los niveles de cobertura se debe establecer el "conjunto o paquete de servicios" incluidos en los seguros de atención médica. Un gran avance en esta dirección lo ha constituido las continuas mejoras en la definición del Programa Médico Obligatorio, estableciendo coberturas de servicios para la seguridad social de las obras sociales nacionales. El debate del proyecto de ley de regulación de la cobertura de las empresas prepagas aborda esta misma temática. Sin embargo, el subsector público no explicita la cobertura de atención de los usuarios de sus servicios

En este mismo nivel de análisis (*macro*), obviamente, no solo deben considerarse aspectos "normativos" de re-diseño de las formas de organización de los servicios, sino también los que tienen implicaciones significativas en la *capacidad* de producción de nuevas modalidades de prestación de servicios médicos. Esta capacidad se expresa tanto en la estructura y perfil del recurso humano como en las instalaciones y acervo de equipamiento de los mismos proveedores de servicios.

En un nivel *meso*, es posible considerar las transformaciones de las modalidades de relaciones o vínculo entre los actores protagonistas del modelo de organización de servicios médicos. Entre estos puntos es posible poner de relieve los problemas de incentivos económicos, relacionados con las modalidades de pago de los servicios médicos, la definición del producto sanitario y la estructura de los precios relativos que los servicios e insumos, determinantes de la asignación de recursos del sistema.

Tanto el subsector público, los seguros privados, como el sistema de seguridad social presentan problemas en la estructura de incentivos, afectando la conducta de los actores presentes en cada uno de esos escenarios. El desarrollo de innovaciones en las modalidades de financiamiento representan ejemplos representativos de estas iniciativas. En esta línea es posible considerar en el sector público aquellos proyectos que promueven el desarrollo de modelos de financiamiento a la demanda. En el sector de la seguridad social la libertad de contratación entre aseguradoras de salud y los proveedores de servicios ha tenido como objetivo "liberalizar" los sistemas tradicionales de pago por servicios (con definición de precios regulados), permitiendo y promoviendo que las primeras ejerzan innovaciones contractuales con mejores incentivos de contención de costos prestacionales.

Por último, en un nivel *micro*, es posible reconocer la problemática de la gestión clínica como uno de los aspectos que debería ser abordado como objeto de intervención, dado el fuerte poder regulatorio que las decisiones individuales tienen sobre el proceso de atención integral. En este punto se pueden señalar como ejemplos el desarrollo de guías de orientación clínicas, o la producción de normas preventivas de atención para determinadas patologías.

Otro aspecto asociado a la gestión micro lo representa los problemas de gerenciamiento de las organizaciones sanitarias. La difusión de nuevas herramientas de gestión, como las metodologías

de costos hospitalarios o la evaluación de calidad de servicios representan ejemplos de la asistencia técnica posible y necesaria que debe ser promovida.

Los puntos identificados como integrantes de una problemática asociada a los distintos niveles de análisis (macro, meso y micro) de la organización de los servicios y presentes en los tres subsectores se deben complementar con dos rasgos relevantes (ya señalados) de la estructura del sistema de salud en su conjunto.

En primer lugar, la *fragmentación* del sistema en distintos subsectores, con fuentes de financiamiento alternativas, cada una con modalidades particulares en la asignación de recursos. Si bien resulta difícil esperar procesos de integración de los distintos subsectores, es necesario desarrollar nuevos y mejores niveles y mecanismos de coordinación entre los mismos. Los ejemplos mas claros de la fragmentación del sector es la ausencia de estrategias comunes entre los procesos de cambio de la organización de los servicios de salud en la seguridad social y en el sector publico.

El segundo rasgo esta relacionado con la estructura federal de las autoridades sanitarias. Por un lado, los Ministerios de Salud provinciales tienen bajo su orbita la mayor parte de los proveedores de servicios de salud para la población sin cobertura explicita, mientras el Ministerio de Salud de la Nación solo tiene organismos descentralizados residuales. De esta forma, los espacios de transformación del sector publico residen en jurisdicciones ajenas a la nacional. Este debe articular un marco regulatorio y estrategias de promoción de procesos de reforma que serán materializadas por los ministerios provinciales.

Finalmente, la naturaleza nacional del sistema de seguridad social, y la ausencia de mecanismos de coordinación con el sector publico, potencian la fragmentación ya señalada, ya que las jurisdicciones provinciales están ajenas a promover acciones o estrategias de cambio sobre la problemática de la organización de los servicios contratante con el sistema de obras sociales nacionales.

## 5. Características particulares de la fragmentación institucional del sistema de salud en Argentina

En este capítulo se desarrolla la necesidad de consolidar las funciones de compra y provisión de servicios de salud en un espacio regional o provincial, identificando distintos escenarios en los cuales se podrían construir políticas estratégicas en este mismo sentido.

Este trabajo tiene como objetivo desarrollar los componentes que integran las funciones de aseguramiento, compra y provisión de servicios, considerando algunas oportunidades de integración de aquellos elementos con mayor impacto en la construcción de modelo de salud alternativos.

Esta parte del informe consta en primer lugar de una descripción de las funciones de aseguramiento, compra y provisión de servicios. En cada caso, se identificarán los problemas de

fragmentación que caracterizan estas funciones en nuestro sistema sanitario. Posteriormente, se incorporan algunas reflexiones en materia de diseño de estrategias de integración. Finalmente se realizan algunas conclusiones preliminares vinculadas al objeto de análisis.

## La fragmentación como problemática central en la construcción de nuevos escenarios

Mientras que en discusiones anteriores se han basado fundamentalmente los problemas mas importantes que alientan la necesidad de generar una reforma del sistema de servicios en nuestro país, en este punto se señalaran algunos obstáculos en la construcción de estrategias de cambio.

En primer lugar, es importante señalar que el desarrollo de estrategias cambio supone la modificación de las reglas del juego del sistema de organización de los servicios de salud. Estas reglas de juego pueden sistematizarse a través de tres funciones claves del sistema de salud:

- § la función del aseguramiento,
- § la función de compra de servicios y
- § la función de provisión de servicios.

### La función aseguradora

La función de aseguramiento esta determinada por el vinculo institucional entre beneficiarios y las instituciones aseguradoras. Si bien, el objetivo principal de la misma radica en garantizar la existencia de un pool de riesgo entre el volumen de aportes individuales y los costos asociados a las necesidades de salud de los beneficiarios, la descripción de esta función debe explicarse identificando sus aspectos centrales que definen el vinculo institucional entre los beneficiarios y las instituciones aseguradoras. Estos componentes pueden señalarse, a través de los siguientes puntos: 1) el carácter voluntario / obligatorio del de los aportes, 2) la fuente de financiamiento, 3) la base o criterios de calculo del monto del financiamiento, 4) la definición de la población beneficiaria, y 5) la cobertura del aseguramiento, con alguna definición de las prestaciones o servicios incluidos en este beneficio.

En términos generales, es posible considerar que los primeros tres puntos se relacionan con aspectos tradicionalmente vinculados con la problemática del financiamiento de los servicios de salud. El cuarto punto, asociado a la población incluida en la función aseguradora, no necesariamente explicita nominalmente a la población beneficiaria, ya que como es el caso de nuestro sistema publico de salud, a lo sumo es posible identificar "población prioritaria u objetivo". El ultimo punto esta referido al objeto del aseguramiento. En este caso también, como ya se hizo referencia en el punto anterior, el sector publico carece de explicitaciones de las prestaciones incluidas en su función de aseguramiento. Lo cual, no significa que no se dirima de alguna forma la definición de la capacidad aseguradora de este modelo institucional.

En el contexto particular del sistema de salud en nuestro país la función aseguradora se encuentra distribuida en distintas instituciones y en distintas lógicas aseguradoras. De esta forma, se hace referencia no solo a la numerosa cantidad de obras sociales nacionales o con otros marcos normativos (tal es el caso de las obras sociales provinciales) sino los sistemas públicos provinciales, con una naturaleza diferentes en la definición de los componentes básicos (identificados anteriormente) que integran una función de aseguramiento.

Es posible reconocer que la altísima dispersión de tales instituciones nos conduce a dos comentarios básicos. En primer lugar, en algunos casos la multiplicidad de estas instituciones impide que se cumpla con el objetivo básico de la función de aseguramiento, ya que no se garantiza un pool de riesgo en el financiamiento de determinadas prestaciones con alta incidencia en sus costos.

En segundo lugar, en cualquier intento de modificación de la situación anterior, la combinación entre una naturaleza institucional muy heterogénea (obras sociales nacionales gestionadas por sindicatos, obras sociales provinciales por los gobiernos provinciales, sector público provincial, seguros privados, etc. ) y diferencias significativas entre tales aseguradoras en la estructura de cobertura y la magnitud del financiamiento por cada beneficiario, produce obstáculos de economía política muy difíciles de resolver en cualquier intento de integración del aseguramiento de los costos prestaciones de los servicios de la población.

## La función de compra de servicios de salud

La función de compra de servicios de salud tiene como propósito articular las necesidades de servicios de salud de la población y la disponibilidad de recursos definiendo estrategias de regulación sobre la organización de los servicios médicos.

Generalmente, la función de compra se ubica en aquellas instituciones que se vinculan con los proveedores de servicios médicos, definiendo el monto y modalidad de financiamiento a los mismos. Es importante señalar que aunque esta función no necesariamente debería ser ejercida por las mismas organizaciones que desempeñan la función de aseguramiento, identificada anteriormente. Mas aun, si se identifican los componentes que integran esta función, es posible reconocer que, en su conjunto, distintas instituciones u organizaciones cumplen actividades asociadas a esta de articulación o compra de servicios.

La función de compra o articulación de servicios puede pensarse en términos de estrategias de regulación de la organización de los servicios médicos, a través de la identificación de los siguientes componentes:

Se plantea la existencia de seis aspectos a tener en cuenta en la instrumentación de este tipo de reforma:

### Componentes institucionales

1. Definición del espacio de compra de los servicios.
2. La naturaleza del vínculo institucional entre compradores y proveedores

Los componentes institucionales de la función de compra de servicios médicos incluye tanto la definición de la agencia que formalmente ejerce este rol, así como los rasgos mas importantes que definen el vínculo entre la agencia de compra y los proveedores directos de servicios médicos.

Con respecto al primer punto, como ya se menciona, no necesariamente deben concentrarse todas las funciones en una misma organización. Alternativamente, es posible distribuir las funciones que se detallan a continuación y definir las organizaciones que participaran en su ejercicio.

Con respecto al segundo punto, el vínculo entre agencia de compra y proveedores esta referida a la naturaleza de estas relaciones. En este punto se puede considerar que mientras en el sistema publico provincial estas relaciones están determinadas por un modelo fuertemente centralizado, sin especificación de la distribución de las funciones diferenciales entre los actores involucrados (administración central y hospitales públicos), la relación entre obras sociales y proveedores se establece a través de contratos comerciales.

## Requerimientos o condiciones Prestacionales y la definición del objeto de las relaciones establecidas entre compradores y proveedores.

1. Definición del objeto de las relaciones comprador/provision de servicios medicos (o identificación de las prestaciones medicas).
2. Selección de los proveedores y acreditación de sus condiciones estructurales.
3. Evaluación y mejoramiento de las condiciones de calidad asistencial.
4. Definiciones normativas del modelos de atención (guías de atención, normas de prevención, normas diagnosticas o de tratamiento).
5. Coordinación entre distintos niveles de atención.
6. Coordinación intersectorial.

Los puntos anteriores deben ser considerados como criterios generales, definidos por parte del comprador de servicios como criterios requeridos hacia los proveedores directos. Si bien, el punto 3 esta definido en términos explícitos como objeto de la relación contractual, especificando las prestaciones incluidas en la relación entre compradores y proveedores, y a ser realizadas por estos últimos, es posible considerar el conjunto de los puntos anteriores, constituyen en términos amplios el objeto de la relación.

Es posible advertir que entre los puntos señalados se incorporan tanto criterios normativos en términos de estructura y procesos de determinadas prestaciones, así como las modalidad de coordinación entre distintos servicios, lo cual integra una definición posible de la organización del modelo de atención.

## Instrumentos técnicos (Financieros / Prestacionales) de regulación de la provisión de servicios médicos

- § Información de las necesidades de salud de la población objetivo.
- § Especificación del producto sanitario.
- § Determinación de los precios relativos.
- § Modalidad de pago o financiamiento.
- § Definición de los sistemas de información.

Los componentes instrumentales del ejercicio de la función de compra constituyen aspectos que se vinculan a las tres variables que integran la función de articulación:

- § las necesidades de salud de la población,



- § los recursos económicos/financieros y
- § los aspectos prestacionales.

Es interesante advertir que mientras los puntos que fueron señalados como requerimientos prestacionales pueden ser considerados como el "objeto" o los objetivos del comprador por parte de los proveedores directos, los componentes instrumentales pueden ser pensados como los instrumentos que sirven para regular a los proveedores, con el propósito de hacer posible las definiciones anteriores.

Por último dos comentarios fundamentales deben ser explicitados con respecto a los componentes instrumentales. En primer lugar, los puntos identificados (3, 4, 5, 6 y 7) se determinan mutuamente. En segundo lugar, aunque en muchos casos, la función de compra o articulación incluye actividades que suponen la producción de cada uno de los componentes técnicos, es importante señalar que el ejercicio estratégico de compra supone la participación activa en la definición o diseño de estos puntos.

En un análisis general del ejercicio de la función de compra de servicios médicos, es posible reconocer que existe un débil desarrollo de gran parte de los puntos anteriores. Mas específicamente, si bien en los últimos años se han producido innovaciones institucionales vinculadas con los puntos definidos al interior de la definición de los requerimientos asistenciales y en los instrumentos técnicos entre compradores y proveedores de servicios, estos cambios no han sido suficientes, para garantizar mejoras en los resultados de accesibilidad y costo efectividad de las prestaciones brindadas.

Al mismo tiempo, es posible reconocer que este débil sendero de innovaciones esta asociado a la fragmentación de las instituciones y sistemas de aseguramiento ya señalados. En otras palabras, *el ejercicio individual de obras sociales o instituciones publicas generando parcialmente iniciativas en sus propias relaciones con proveedores de servicios médicos, parece constituirse en una condición estructural que obstaculiza un sendero de estrategias de cambio mas ambiciosas y con mayor impacto sobre sus resultados.*

## La función de provisión de servicios

La función de provisión de los servicios directos esta referida al espacio institucional de gestión de los propios proveedores. Más específicamente, la gestión de la provisión los servicios está referida no solo a funciones de provisión directa de servicios, sino a las funciones de gestión de estos procesos. Con respecto a esta última clase de funciones es posible identificar actividades referidas tanto a la *gestión clínica* como a la *gestión de los servicios de apoyo* que serán necesarios para la producción de los procesos de atención médica.

Obviamente, el “núcleo duro” de la función de provisión es la gestión clínica de los procesos de atención. Esta función representa una de las innovaciones centrales de la última etapa de reformas de los sistemas sanitarios en los países centrales. De esta forma, se reconoce no sólo la importancia de producir un compromiso del proceso de cambio por parte de los propios proveedores (profesionales) a cargo de la provisión de servicios, sino también la necesidad de diseñar las estructuras organizacionales y las políticas sanitarias, incorporando este ingrediente como factor indispensable para garantizar cambios de los paradigmas de los sistemas de atención.

Algunos de los puntos señalados en la función de compra o articulación de servicios deben integrar la función de gestión de la provisión de servicios. Por ejemplo, la definición de guías de atención deben ser producto de un proceso de consenso de los mismos profesionales que deberían utilizarlas. Numerosas investigaciones cualitativas han demostrado que la adecuación participativa de protocolos internacionales a las condiciones particulares constituye una condición para garantizar su implementación.

Otros ejemplos de la misma naturaleza pueden señalarse con la discusión del producto sanitario o la definición de indicadores de calidad. En ambos casos, la participación de los profesionales constituye un ingrediente indispensable para el desarrollo de implementación efectiva de estos componentes.

Como gran parte del desarrollo de las funciones de la provisión de servicios está referida a la construcción de un modelo asistencial alternativo al modelo tradicional de atención médica, es posible identificar las *nuevas* funciones de gestión de los procesos de atención como respuesta a la caracterización de los problemas del modelo médico que se intenta reformular.

Existe un gran consenso internacional que estas nuevas funciones de gestión intentan resolver los problemas de fragmentación del modelo tradicional. De esa forma, se enfatiza como diagnóstico crítico la ausencia de coordinación de distintas naturalezas. A continuación se destacan algunos características distintivas de la fragmentación, no sólo vinculadas con el modelo de atención, sino como resultado del modelo institucional del sistema de salud en nuestro país.

## Características de la fragmentación del modelo tradicional.

1. La fragmentación institucional entre distintas organizaciones sanitarias. Este punto se refiere, por ejemplo a la ausencia de mecanismos de coordinación entre consultorios y organizaciones a cargo de prestaciones diagnósticas (laboratorios o imágenes).
2. La fragmentación de la provisión entre distintos niveles de provisión. Este aspecto puede asociarse al punto anterior y complementarse considerando organizaciones correspondientes a distintos niveles de atención (primer, segundo y tercer nivel).
3. La fragmentación de la gestión de procesos de atención al interior mismo de las instituciones sanitarias. En este caso, se destaca la ausencia de coordinación entre distintas etapas del proceso de atención al interior de una misma organización. La débil articulación entre la guardia del hospital y el resto de los servicios, entre la atención clínica y las especialidades, entre la terapia intensiva y la internación "en el piso", representan sólo algunos ejemplos que validan que el escenario de fragmentación general del modelo tradicional se reproduce al interior de las mismas organizaciones de salud.
4. La fragmentación entre distintos sectores (público / privado). La consideración de la relación entre distintos sectores obedece a la observación de la problemática de nuestro país, en donde la débil articulación entre el sector público y el privado desaprovecha recursos tecnológicos, con ineficiencias evidentes en economías de escala de servicios de alta complejidad.
5. La fragmentación debe considerar la ausencia de mecanismos de articulación entre la compra y la provisión directa de los servicios. Este punto está relacionado a la histórica debilidad de la función de compra al interior del sistema de salud y / o al inadecuado vínculo entre las estrategias utilizadas por las agencias de compra y el desarrollo institucional del modelo de atención.

El diseño y la implementación de aspectos técnicos, tales como los sistemas de información, los sistemas de clasificación de enfermedades, indicadores de calidad, o las normas de coordinación entre servicios o instituciones afectarán varios de los puntos anteriores que describieron distintos aspectos de la fragmentación del modelo tradicional de provisión de servicios sanitarios.

## Estrategias de Cambio

La definición de estrategias de construcción de seguros públicos en nuestro país han tenido dos tipos de antecedentes.

En primer lugar, en el pasado se han generado numerosos intentos para integrar las funciones de aseguramiento del sistema de salud. Estas estrategias constituyeron los pilares centrales en la definición de políticas de reforma sanitaria. Sin embargo, estas iniciativas fracasaron frente al boicot de los actores involucrados en el funcionamiento de las organizaciones aseguradoras (obras sociales) y proveedoras (instituciones representativas de los profesionales e instituciones proveedoras privadas), con un peso determinante de la estructura institucional del sistema de salud en nuestro país.

Estas iniciativas han surgido desde instancias nacionales, ya que su reforma implicaron la modificación de reglas de juego de jurisdicción nacional.

De manera más cercana en el tiempo, durante la década de los 90, se han producido iniciativas de reforma, vinculadas con el desarrollo de seguros públicos desde una instancia provincial. Sin embargo, la naturaleza de estas reformas no sólo se distingue de las anteriores iniciativas porque se ubican jurisdiccionalmente a nivel provincial. Sino porque están asociadas fundamentalmente a la reforma de los sistemas públicos.

De esta forma, se identifica al seguro público como el modelo institucional en donde se explicitan las prestaciones que integran la cobertura de la función de aseguramiento público y la población beneficiaria de tales servicios. En otras palabras, estas iniciativas tienden a explicitar una cobertura explícita para la población sin cobertura explícita ni capacidad de pago.

Estas modificaciones del sistema público suponen no sólo el cambio de sistemas de incentivos entre los actores que integran el sistema (beneficiarios, agencias aseguradoras, compradoras y proveedoras de servicios), sino el desarrollo de estrategias activas de regulación y transformación de los modelos de atención.

Sin embargo, la limitación de estas iniciativas se vinculan a que estos procesos de reforma, se radican parcialmente en el sector público, con pocas oportunidades de ejercer cambios relevantes en escenarios de excesiva fragmentación del sistema de salud.

Por esa razón, es posible considerar que de forma complementaria a la definición del seguro público como innovación de la estructura del sector público, *su desarrollo puede pensarse en términos de una oportunidad de construcción de una nuevo diseño del sistema sanitario.*

En este nuevo escenario, la definición y desarrollo de estrategias integradoras de los sistemas sanitarios encuentran obstáculos que deberían identificarse claramente, para reconocer algunas oportunidades de avance.

Los obstáculos más importantes para establecer estrategias integradoras son los siguientes:

1) Obstáculos de economía política. De esta forma se reconoce las dificultades de integrar la función de aseguramiento de distintas instituciones con distintos niveles de financiamiento, costo y beneficios (por ejemplo: los sistemas públicos provinciales, y las obras sociales provinciales).

2) Jurisdiccional: En algunos casos, la integración de la función de aseguramiento implican reformar o integrar instituciones con jurisdicciones distintas (Por ejemplo: INSSJP es nacional y las obras sociales provinciales)

3) La capacidad institucional de las agencias compradoras. Por último, la escasa capacidad técnica de las instituciones a cargo de la articulación de un nuevo modelo asistencial representa una debilidad importante para el desarrollo de estrategias con ambición de transformación de la estructura integral del sistema de servicios.

Los puntos anteriores permiten identificar una serie de soluciones alternativas que deberían considerarse para analizar la factibilidad y viabilidad de estrategias integradoras de seguro público en las provincias.

1) *La integración de las agencias aseguradoras.* Esta variante constituye una de las alternativas más ambiciosas, ya que supone solucionar los problemas de fragmentación institucional de las organizaciones aseguradoras, lo cual supone oportunidad de concentración de sus respectivas funciones de articulación o compra. Sin embargo, como ya se mencionó, esta posibilidad se enfrenta a obstáculos importantes, tanto referidos a la problemática de economía política como a las trabas políticas / jurisdiccionales.

2) *La integración de las agencias como compradoras de servicios médicos,* representa la posibilidad de que algunas de las instituciones existentes concentre las funciones de compra de servicios de otras organizaciones. Esta situación se podría elegir, en la medida que algunas de las organizaciones goce de capacidades institucionales diferenciales. Dentro de esta posibilidad es posible reconocer a las iniciativas de concentración en la obra social provincial de las funciones de compra del sector público. El problema de esta alternativa, es que no necesariamente es posible reproducir las capacidades técnicas de una organización para ser utilizadas en la gestión de un sistema con características muy diferentes. Utilizando el ejemplo anterior, es posible reconocer que el desarrollo de las funciones de compra del sector público requiere el conocimiento idiosincrásico del modelo público de atención.

3) *La construcción de nuevas agencias compradoras* representa una estrategia que intenta desarrollar y concentrar funciones de compra, en aquellos escenarios en donde se reconoce la debilidad de estas capacidades institucionales, y la posibilidad de ubicarlas en algunas de las organizaciones existentes producirían problemas relevantes en términos institucionales y políticos.

4) *La complementación entre agencias de compra* a través del *desarrollo de aspectos esencialmente técnicos* representaría una posibilidad de establecer condiciones de avance de algunas de las funciones de compra de servicios, sin necesidad de transformaciones institucionales relevantes. Sin embargo, sería importante en este caso también identificar los espacios institucionales desde los cuales se buscaría la coordinación y complementación de los aspectos técnicos que se intentarían desarrollar.

En esta sección se indagaron las posibilidades de desarrollo de estrategias integrales, focalizando las oportunidades de complementación y coordinación institucional de las funciones de compra de servicios.

Esta línea argumental se basa no sólo en la posibilidad de construir estrategias con viabilidad, sino que se fundamenta en la identificación de la función de compra como eje central de los procesos de reforma.

## 6. La estructura institucional del Ministerio de Salud de la Nación y su relación con las provincias

La estructura del ministerio de Salud de la Nación presenta y refleja en términos generales a las funciones que correctamente se deberían asignar a este nivel nacional de gobierno. Sin embargo, es posible identificar algunas consideraciones críticas. Esta sección se divide en dos partes. En primer lugar se describe la estructura organizacional y presupuestaria del ministerio de salud, identificando las funciones de las unidades organizacionales comprendidas. En segundo lugar, se señalaran algunas reflexiones críticas de la estructura señalada, poniendo énfasis en el análisis de sus funciones sustantivas (formulación de políticas, normalización y regulación).

## Descripción de la estructura organizacional del Ministerio de Salud de la Nación

### Características Generales

El Ministerio de Salud de la Nación tiene asignadas funciones de Planificación, Regulación, Financiación y Ejecución de políticas, programas y actividades relacionadas con la salud de la población.

Específicamente es el responsable a nivel nacional, de elaborar la planificación sanitaria, dictar las normas e implementar programas para la promoción y protección de la salud, como así también para la recuperación y rehabilitación de esta.

Entre sus principales actividades para el logro de estas funciones figura la de coordinación de acciones con las jurisdicciones provinciales así como con el poder legislativo, con otras áreas de nivel nacional e incluso con municipios y con instituciones privadas del sector.

Es responsable, a su vez, de implementar y administrar los recursos afectados a brindar apoyo financiero a los agentes, planes y programas especiales de salud, destinados a satisfacer las necesidades de los beneficiarios comprendidos en la Ley de Obras Sociales N° 23.660.

Entre sus actividades esenciales también se encuentran aquellas que se vinculan con la ejecución de controles sanitarios en materia de infraestructura, drogas, medicamentos y alimentos utilizados en los establecimientos de salud.

Finalmente normatiza y promueve el desarrollo de los recursos humanos para la salud, así como la docencia y la investigación en el área de la biomedicina y la tecnología médica, realiza el control de gestión de sus programas y la evaluación de sus resultados, actualiza el Sistema Nacional de Estadísticas de Salud y mantiene actualizadas las normas legales vigentes en lo atinente al control del ejercicio profesional y fiscalización de fronteras y terminales de transporte.

### La problemática organizacional / institucional del Ministerio de Salud

La sistematización de un análisis institucional y organizacional del Ministerio de Salud de la Nación requiere articular la visión del Ministerio de salud con la problemática del sistema de servicios de salud. De esta forma, en el capítulo 2 se caracterizó el sistema de salud, considerando los distintos subsectores que lo componen e identificando sus principales problemas como fundamentos de la formulación de políticas y la necesidad de desarrollo de estrategias de cambio de la organización de los servicios de atención médica.

En pocas palabras, uno de los ejes de la problemática del sistema de salud y factor común de sus distintos subsectores es la necesidad de reformar la organización de los servicios de atención

medica. Componentes macro (regulatorios), meso (modalidades de financiamiento y sistemas de incentivos) y micro de la gestión de los servicios están comprometidos en esta reforma. Los diferentes subsectores están atravesados por la necesidad de cambio, teniendo en cuenta en cada caso sus particularidades institucionales.

Más aun, el sistema de salud en su conjunto puede caracterizarse por la debilidad de las instituciones regulatorias, tema central a la hora de la definición de estrategias de cambio que permitan re-construir nuevas reglas de juego, fundamentos de un modelo de organización de los servicios de salud más eficiente y más equitativo. Esta debilidad regulatoria se expresa por la complementación de un "federalismo" del sector público y la fragmentación o falta de coordinación entre los distintos subsectores.

## Aspectos institucionales del Ministerio de Salud de la Nación

Los comentarios anteriores sirven para señalar los problemas institucionales más importantes del Ministerio de Salud de la Nación.

Como punto de partida es posible considerar que durante la última década el Ministerio de Salud de la Nación ha generado un proceso de iniciativas adecuadas tanto en relación a la definición de su rol (fundamentalmente como regulador del sistema, resignando funciones de financiamiento y prestación de servicios médicos) como en el desarrollo de proyectos y programas que promovieron la reforma de la organización del modelo de atención (Ej. Programas con financiamiento internacional como el PRESSAL y el PROMIN).

Sin embargo, el diagnóstico de esta sección, está vinculado con los problemas institucionales que el Estado Nacional ha tenido en el desarrollo de estas funciones de regulación.

Con el propósito de sistematizar un análisis crítico de la función de regulación del Ministerio de Salud identificaremos cuatro aspectos que clasifican la misma y colaboran para su evaluación.

En primer lugar, la ausencia de un marco regulatorio legal, que integre las estrategias y reglas del juego de los distintos subsectores constituye una de las principales condiciones de debilidad en el ejercicio de la función regulatoria del sistema. Como ejemplo, podemos reconocer como otros servicios sociales básicos, como la educación, ha podido producir un marco normativo general, lo cual ha representado un punto de partida para instrumentar políticas y estrategias que dan contenido a la relación entre la Nación y las Provincias.

En segundo lugar, la regulación del sistema de organización de servicios de salud se relaciona con las instituciones creadas para regular y definir políticas de cada uno de los subsectores. Un comentario inicial debería señalar que la fragmentación del sistema de salud se expresa en el Estado Nacional a través de organismos e instancias de regulación con escasa coordinación entre sí. Por ejemplo, se puede reconocer que el COFESA (Consejo Federal de Salud) no cuenta con un plan estratégico integral, que potencie sus proyectos y acciones concretas.



Más aun, si nos concentramos en el componente federal del sistema de salud, y particularmente en las relaciones entre las funciones del Ministerio de Salud de la Nación y la organización de los servicios provinciales de salud, es posible considerar que el Estado Nacional promueve intervenciones en forma fragmentada y con escasa coordinación entre sus diversas áreas organizacionales. Estos vínculos fragmentados entre Nación y Provincias se dan sin la contención de un cuadro estratégico que defina políticas de cambio en los distintos niveles de la organización de los servicios.

Es importante advertir que esta situación no se limita a la ausencia de integración de los proyectos, acciones y transferencias al interior del Ministerio de Salud, sino que es posible considerar que esto se reproduce si se analiza al Ministerio de Desarrollo Social. Este último realiza transferencias a las provincias no solo en insumos (ej. Alimentos) vinculados directamente con una problemática de salud pública sino que al mismo tiempo se contratan servicios médicos a las provincias con una transferencia importante de recursos financieros (para brindar prestaciones a los beneficiarios de las pensiones no contributivas).

En segundo lugar, la función de regulación requiere comprender la relevancia del proceso de desarrollo de normas de atención. Como ya se señaló, la regulación del funcionamiento de los servicios médicos tiene un componente micro, asociado con las prácticas individuales de los profesionales. Por ejemplo, la producción de guías de orientación clínica, basadas en la evidencia científica y generadas con criterios de costo efectividad, representa una de las innovaciones en materia regulatoria más importantes de los países desarrollados. Sin embargo, en este aspecto de la regulación de los servicios se debe revalorizar tanto el proceso institucional de su proceso de producción, como el de sus resultados. De esta forma, el Ministerio de Salud debería modificar su estrategia en esta materia, otorgando al mismo tiempo mayor autonomía y jerarquía a las instituciones a cargo de esta función. La autonomía del poder estatal y la participación de la comunidad científica deberían ser condiciones del diseño de estas instituciones. Solo como ejemplo, es posible considerar que en los últimos años, países como Canadá o el Reino Unido han desarrollado una interesante experiencia en este sentido.

En tercer lugar, la función de regulación del sistema en aspectos puntuales, como la calidad o costo efectividad de las prestaciones de salud deberían ser potenciados. Como ejemplo de estas funciones, es importante destacar la necesidad de desarrollar y consolidar organismos descentralizados, como la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA.

Una de las funciones centrales que definen la estructura institucional de un sistema de salud es el financiamiento de los servicios de salud. En el caso argentino, el Ministerio de Salud de la Nación no ejerce esta función, ya que como se ha señalado, en el sector público son las jurisdicciones provinciales las financiadoras directas de sus proveedores de servicios. En el sector de la seguridad social, el financiamiento está dado por la nómina salarial y los aportes patronales.

Sin embargo, considerando el caso del sector público, el Ministerio de la Nación ejerce una función de financiamiento de rubros muy diversos, sin una definición clara de la lógica de su inclusión ni de las jurisdicciones destinatarias. De esta forma podemos incluir a determinados insumos (alimentos, vacunas, drogas para el tratamiento del SIDA), la formación de recursos humanos (becas), la

asistencia técnica en gestión de servicios, etc. Todas estas consideraciones deberían formar parte del análisis de las transferencias que la nación realiza a las provincias. Estos recursos y actividades están involucrados en proyectos que si bien persiguen iniciativas de reforma de los servicios provinciales, carecen de la contención de estrategias integradoras, que garanticen un mejor impacto en la organización de los servicios de atención médica.

Por último, el Ministerio de Salud tiene a su cargo el financiamiento de las organizaciones descentralizadas proveedoras directas de servicios de salud. Es posible considerar que este rol representa un perfil residual de la estructura institucional. Sin embargo, actualmente, esta situación no solo consume recursos presupuestarios importantes en relación a la magnitud disponible por el Ministerio, sino que altera (distrae) las funciones prioritarias de la jurisdicción.

## Aspectos organizacionales del Ministerio de Salud de la Nación

El análisis organizacional de la estructura del Ministerio reproduce la debilidad institucional del Estado Nacional en salud y la fragmentación del sistema de servicios de salud, manifestándose no solamente en términos morfológicos (diseño de estructuras) sino en los modelos de gestión en que se sustentan.

Los rasgos centrales de los problemas encontrados están vinculados con la existencia de: 1) superposiciones de funciones ejercidas por distintas áreas u organizaciones y 2) problemas de coordinación.

Estos dos problemas podrían ser considerados como comunes a gran parte de las áreas relevadas y diversos comentarios producidos en el capítulo anterior permiten ejemplificar estas situaciones.

En primer lugar, los problemas de superposición de funciones se presentan en distintos niveles organizacionales (secretarías, subsecretarías y direcciones nacionales). De esta forma, es posible considerar que en la Secretaría de Atención Sanitaria, las subsecretarías de atención primaria y de prevención y promoción cumplen funciones con alguna superposición (por lo menos en sus perfiles), en la medida que la última ejerce un rol normativo del primer nivel de atención y en aspectos no exclusivamente preventivos.

En el nivel de Direcciones Nacionales, la subsecretaría de atención primaria de la salud que cuenta con las direcciones nacionales de Formación de los Recursos Humanos y la Dirección Nacional de Atención de la Salud se superponen en el tratamiento del recurso humano.

Por otro lado, en la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria, la Dirección Nacional de Relaciones Sanitarias Federales e Internacionales y la Dirección de Coordinación Institucional tienen roles muy similares, con posibles superposiciones en el ejercicio de las funciones de regulación y articulación.

En segundo lugar, la identificación de los problemas de coordinación podrían reconocerse en diferentes registros.

Desde una evaluación estrictamente organizacional, los problemas de coordinación se presentan en un nivel "horizontal" entre áreas pertenecientes a una misma secretaria o subsecretaría. Otra manifestación de los problemas de coordinación pueden ubicarse en las deficientes relaciones construidas entre las funciones normativas y regulatorias. Mas específicamente, es posible considerar que aunque los procesos de producción de estas funciones tienen una naturaleza propia, su articulación permite mejorar los niveles de eficacia en su cumplimiento. En este sentido, se puede considerar que gran parte de los proyectos, con un importante componente normativo, y que generan transferencias y recursos hacia las provincias, buscan incidir en la promoción de un proceso de cambio en la organización de los servicios de salud de las jurisdicciones provinciales. Por último, otro nivel de coordinación esta vinculado con las necesarias relaciones y articulaciones entre diferentes ministerios nacionales (Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud de la Nación).

## Propuesta de Rediseño

La propuesta de rediseño de las estructuras del Estado Nacional tiene como insumos analíticos el desarrollo de las secciones anteriores, relacionadas con la problemática del Sistema de Salud y el rol asumido por parte del Ministerio de Salud de la Nación y el desarrollo diagnóstico de la configuración actual.

En términos generales, si bien los programas y acciones asumidos por el Ministerio de salud de la Nación *son* de interés público, la discusión más importante se vincula tanto con la definición de su rol, la correspondencia del adecuado nivel de gobierno involucrado y el modelo de gestión que permitiría mejorar la eficiencia del desempeño institucional de las organizaciones involucradas en los programas bajo estudio.

La organización de la propuesta de rediseño tiene la siguiente estructura. En primer lugar, se desarrollara un esquema general de necesidad de transformar la organización de la estructura y funcionamiento del Ministerio de Salud de la Nación. A continuación, y en forma complementaria, se presentaran los lineamientos generales de dos posible modelos de cambio de esa estructura, cada uno de los cuales podría estar asociado con dos escenarios de reducción presupuestaria.

## El esquema general de la reforma del Ministerio de salud de la Nación

El desarrollo de propuestas de reforma del Ministerio de Salud de la Nación requiere partir del análisis de sus debilidades organizacionales e institucionales. Estas están relacionadas con la estructura fragmentada del Sistema de Salud.

En términos generales, el Ministerio de salud de la Nación ejerce sus funciones normativas fundamentalmente a través de la Secretaria de Atención Sanitaria, y sus Subsecretarías y Direcciones Nacionales dependientes. En la sección anterior han sido desarrolladas las funciones y acciones que las mismas realizan.

Aunque en los últimos años, se ha desarrollado un importante número de nuevos programas y normas sanitarias, es posible reconocer la insuficiente presencia del Estado Nacional en la coordinación oficial de procesos normativos en aspectos tan cruciales para la calidad y eficiencia del sistema de salud, como la introducción de tecnología y medicamentos en los sistemas de cobertura, teniendo en cuenta criterios de costo efectividad de las prestaciones medicas.

En este sentido, es posible considerar la necesidad de la participación del Estado nacional en la mayor promoción de guías de orientación de los procesos médicos y su evaluación como formas de su regulación.

Las funciones de regulación son ejercidas por la Secretaria de Políticas y Regulación Sanitaria. En este caso, las funciones regulatorias no están solo debilitadas por la estructura organizativa a cargo de su ejercicio, que como en las funciones normativas se podrían mejorar a través de la integración de las unidades de organización involucradas (subsecretarías y direcciones nacionales) sino por la fuerte fragmentación de la estructura del sistema de salud.

Este último factor, introduce un problema muy importante, ya que incorpora una multiplicidad de actores con una importante autonomía y que intervienen en el sistema de salud en sus diferentes subsectores. El funcionamiento del sistema público de salud en las provincias está determinado por la magnitud del financiamiento por parte de los estados provinciales, sus modalidades de transferencias de recursos desde sus administraciones centrales provinciales a los prestadores de servicios de salud, la estructura de la capacidad prestadora, los niveles de descentralización, etc.

Sin un marco legal que defina los componentes principales de la estructura de los sistemas públicos de salud provinciales, el Estado Nacional ha ejercido una función regulatoria a través de sus diversos programas preventivos, de promoción y de desarrollo de la atención primaria. Estas relaciones se operativizan a través de mecanismos de transferencias de recursos financieros, de insumos y de asistencias técnicas.

Si bien el espacio institucional de articulación Nación - Provincia es el COFESA (Consejo Federal de Salud), su funcionamiento no ha ejercido un rol determinante en la construcción y desarrollo de estrategias de reforma de los sistemas públicos de salud en las provincias.

La capacidad regulatoria del Estado Nacional en la definición de "las reglas de juego" del sistema de seguridad nacional y en la garantía de su cumplimiento es ejercida por la Superintendencia de servicios de salud. Sin embargo, es reconocida la necesidad de un mayor fortalecimiento de su capacidad institucional y una mayor integración de sus estrategias con los espacios de regulación que el Estado Nacional tiene con las jurisdicciones provinciales.

La regulación del sector asegurador privado tiene una mayor debilidad, en donde no solo se requiere una mayor claridad del marco legal *legislativo* sino la definición de las organizaciones a cargo de la fiscalización de las normas básicas (cobertura, normas de calidad de los servicios, etc.) del funcionamiento de este mercado.

En términos generales, como estrategia para mejorar el *enforcement* de la capacidad regulatoria del Estado, el Ministerio de Salud de la Nación debería articular con mayor integración las

funciones regulatorias en los tres subsectores. Como propuesta estratégica se propone reforzar el espacio institucional del COFESA como relación pública (Nación / provincia) de regulación de los sistemas de salud, transformándose no solo en un espacio de coordinación del Ministerio de Salud de la Nación y las provincias, (localizando la agenda en aspectos vinculados con el subsector público) sino en una organización crucial de regulación del sistema de salud.

Ni la Superintendencia de Servicios de salud en la seguridad social de los servicios médicos, ni potenciales nuevos organismos a cargo de la regulación del sistema privado asegurador (actualmente prácticamente ausentes) podrían constituirse en espacios de articulación intersectorial. El COFESA (u otro organismo a crearse con funciones similares) debería pensarse en términos de espacio de definición de roles institucionales con las jurisdicciones provinciales, junto a la participación de actores involucrados en los otros subsectores.

Es necesario enfatizar que este espacio institucional debería ser diseñado no solo de un espacio de comunicación de iniciativas nacionales, sino como construcción de un organismo clave de producción de acuerdos federales e intersectoriales que definan los roles centrales del sistema de salud, las pautas generales del modelo sanitario, sus sistemas de cobertura y todos aquellos elementos que aparecieran como determinantes del funcionamiento del sistema de salud.

## Criterios de rediseño de la estructura institucional del Estado Nacional en Salud

Uno de los puntos centrales que sirven para rediseñar la estructura institucional del Estado Nacional en el sector salud es la selección de sus funciones estratégicas, considerando la complejidad institucional del posicionamiento de éste en el marco de las relaciones que se entablan entre los principales actores sociales y económicos que definen la dinámica y los problemas del sector. Esta primera proposición alienta la focalización del rol del Estado nacional en funciones relacionadas con la formulación de las políticas de salud, la regulación de los servicios y la promoción de reformas de los modelos asistenciales y la construcción de condiciones que mejoren la articulación de un sistema altamente fragmentado.

Posteriormente a la definición sobre las funciones estratégicas del Estado Nacional, es necesario rediseñar su modelo institucional. Sintéticamente, es posible señalar los criterios generales de esta reforma a través de los siguientes puntos:

1. La concentración de funciones estratégicas en los niveles de conducción política, la delegación de las decisiones operativas en los niveles de gestión y la articulación de ambos niveles con mecanismos de coordinación ágiles y flexibles.
2. Los vínculos organizacionales e institucionales deberían basarse en criterios de reducción de las cadenas de decisión, la horizontalización de las políticas inter-institucionales e inter-jurisdiccionales y la concentración en ventanillas únicas integradas de los mecanismos de transferencias de recursos.

En relación a la articulación institucional con las jurisdicciones provinciales, es importante enfatizar que el COFESA debería constituirse en el espacio institucional de construcción y consenso, de estudio y comparación de las diferentes innovaciones instrumentadas durante el proceso de la reforma.

## Conclusión

Este trabajo tuvo el objetivo de analizar la problemática institucional del sistema de salud en Argentina e identificar algunos lineamientos para generar un proceso de reforma. El capítulo destinado al análisis de la problemática institucional del sector salud se consideró aquellos factores que explican la necesidad de cambio del modelo tradicional de organización de servicios de salud en gran parte de los países centrales y en muchos de los países en vías de desarrollo. Esta caracterización se basa no sólo en aspectos exógenos, tales como el cambio del perfil de morbilidad y mortalidad de la población, sino en aspectos endógenos al modelo de coordinación de los servicios sanitarios.

Posteriormente, se reconocen los antecedentes internacionales de reforma de los servicios de salud. En este capítulo se identifican algunos rasgos comunes de los procesos de reforma de los países europeos, así como algunas características de las transformaciones de los sistemas de cobertura de E.E.U.U.

En el cuarto capítulo, se aborda en forma particular las características generales del sistema de salud en Argentina. En esta misma sección se detalla una descripción de la organización del sistema en sus distintos subsectores de cobertura, sus niveles estimados de gasto y algunos indicadores de utilización de servicios.

El capítulo quinto, se enfatiza los problemas institucionales de fragmentación del sistema de salud en Argentina. Esta caracterización se realiza a partir del desarrollo del análisis de las funciones de aseguramiento, compra y provisión de servicios en nuestro país. El eje central de la propuesta de cambio radica en la búsqueda de un proceso de integración y complementación de la función de compra o articulación de los servicios sanitarios.

En el sexto capítulo, se estudia el componente organizacional del Ministerio de Salud de la Nación y sus vínculos institucionales con las jurisdicciones provinciales. En este sentido, se reconoce la naturaleza federal de la organización política del sistema de salud en Argentina, estableciendo como estrategias de cambio el desarrollo del COFESA. Éste se constituye en un espacio de definición y consenso de las políticas de cambio en los niveles provinciales.

## Bibliografía

- Báscolo, E. and Belmartino, S. 1995 Proceso de reconversión del sector salud en los años noventa". *IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Equidad, eficiencia y calidad: el desafío de los modelos de salud.* Asociación de Economía de la Salud, pág. 145-164.
- Belmartino, S. and Bloch, C. (1994) *El sector salud en Argentina: Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos, 1960-1985* Buenos Aires, Oficina Panamericana de la Salud.
- Belmartino, Susana, (1996). "Servicios de salud, solidaridad y mercado: apuntes sobre el caso argentino" *Estudios Sociales VI* 10: 53-74.
- Belmartino S., Bloch C. 1998 "Desregulación/privatización. La relación entre financiación y provisión de servicios en la reforma de la seguridad social médica argentina", *Cuadernos Médico Sociales* 73: 61-80.
- Belmartino, Susana, 1997 *Autorregulación y rol de agente: Problemas de eficiencia en la producción de servicios de salud en Argentina.* Ponencia VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Buenos Aires, abril.
- Enthoven, A. (1997) "The market-based reform of America's Health care Financing and Delivery System: Managed Care and Managed Competition". In: *Innovations in Health Care Financing.* An International conference sponsored by the World Bank. March 10-11, 1997 Washington, DC
- Enthoven, A (1986) "Managed Competition in Health Care and the Unfinished Agenda. *Health Care Financing Review, Annual Supplement* 1986, pp. 105-119.
- Enthoven, A (1988) *Theory and Practice of Managed Competition.* In *Health Care Finance, North-Holland, De Vries Lectures* Vol. 9.
- Enthoven, A (1993) "History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs* Vol. 12, Supplement, 1993a, pp.24-48.
- Flynn R, Williams G and Pickard S (1996) "Markets and Networks. Contracting in community health services." Open University Press.
- Flynn R and Williams G (1997) "Contracting for Health. Quasi-Markets and the National Health Service". Oxford University Press.
- Freidson, E. (1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care* (New York: Atherton Press).
- Fuchs, V. (2000) "The future of health economics" *Journal of Health Economics* 19 141-157

Hodgson, G. (1988) *Economics and Institutions: A Manifesto for a Modern Institutional Economics*, Cambridge Polity Press/Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Hodgson, G. (1989) 'Institutional rigidities and economic growth', *Cambredge Journal of Economics* 13(1) March: 79-101.

Hodgson (1993) *Evolution and Institutional Change: on the nature of selection in Biology and Economics*. In Maki, U., Gustafsson, B. Knudsen, C. (eds.) "Rationality, institutions & economic methodology" Routledge London and New York

Medici, A.C, Londoño, J.L., Coelho, O. and Saxenian, H. (1997) "Managed Care and Managed Competition in Latin America: Issues and Outlook". In *Innovations in Health Care Financing*. An International conference sponsored by the World Bank. March 10-11, Washington, DC.

North, D. (1993) "Institutions and Economic Performance" in Maki, U., Gustafsson, B. Knudsen, C. (eds.) "Rationality, institutions & economic methodology" Routledge London and New York

Phelps, C. (1995) "Perspectives in Health Economics" *Health Economics*, Vol. 4: 335-353.

Richardson, G. (1972) "The Organisation of Industry," *Economic Journal* 82:883-896.

Robinson, J. (1999) "The Corporate Practice of Medicine. Competition and Innovation in Health Care" University of California Press, Ltd. London, England.

Saltman, R. and von Otter, C (1990) *Planned Markets and Public Competition* Open University Press. Buckingham . Philadelphia.

Saltman, R. and Von Otter, C (1992) *Planned Markets and Public Competition* Open University Press, Buckingham

Saltman, R (1994) A Conceptual Overview of Recent Health Care Reforms *European Journal of Public Health* 4, 287-293

Saltman, R. and von Otter, C. (1995) Introduction In Saltman, R. and von Otter, C (eds.) "Implementing planned market in health care. Balancing social and Economic Responsibility". Open University Press.

Schulz, R. , and Harrison, S (1986) "Physician Autonomy in the Federal Republic of Germany. Great Britain and the United States. *International Journal of Health Planning and Management* 2: 336-55



## Publicaciones del SIEMPRO 2000-2001

### Serie de Informes de Políticas y Programas Sociales

- § Informe N° 1 - Análisis del gasto social de la Administración Pública Nacional; Septiembre 2000.
- § Informe N° 2 - Análisis del gasto de los programas sociales focalizados del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente durante el año 2000; Abril 2001.
- § Informe N°3- Estructura y evolución del Gasto de los Programas Nacionales de lucha contra la pobreza: 1997-2001; Julio 2001.

### Serie de Informes de Situación Social

- § Informe N° 1 - La evolución reciente de la pobreza en el Gran Buenos Aires. Octubre 1998 – 1999; Julio 2000.
- § Informe N° 2 - La evolución reciente del mercado de trabajo urbano. Octubre 1998 – 1999; Julio 2000.
- § Informe N° 3 - La situación de la infancia : Análisis de los últimos diez años; Julio 2000.
- § Informe N° 4 - Situación de los jefes de hogar en las regiones geográficas del país; Septiembre 2000.
- § Informe N° 5 - Evolución reciente de la pobreza por ingresos en el Gran Buenos Aires. Mayo de 1999-Mayo de 2000; Abril 2001.
- § Informe N° 6 - Evolución reciente del mercado de trabajo. Octubre de 1999 y octubre de 2000; Abril 2001.
- § Informe N° 7 - Estimaciones sobre pobreza por ingresos y situación ocupacional entre Octubre de 1997 y Octubre de 2000, Agosto 2001.
- § Informe N° 8 - Diagnóstico social de la Provincia de Formosa. Octubre de 2001.
- § Informe N° 9 - Diagnóstico social de la Provincia de Misiones. Octubre de 2001.
- § Informe N° 10 - Diagnóstico social de la Provincia de Corrientes. Octubre de 2001.
- § Informe N° 11 - Diagnóstico social de la Provincia de Chaco. Octubre de 2001.
- § Informe N° 12 - Evolución reciente del mercado de trabajo y la pobreza por ingresos en el Gran Buenos Aires. Octubre 2001.

### Serie Encuesta de Desarrollo Social y Condiciones de Vida

- § Informe N° 1 - Encuesta de Desarrollo Social – Resultados definitivos del nivel nacional; Septiembre 2000.
- § Informe N° 2 - Encuesta de Desarrollo Social – Condiciones de Vida en dos grupos de riesgo. Documento 1: Madres adolescentes. Documento 2: Niños de 0 a 4 años; Abril 2001.
- § Informe N° 3 - Encuesta de Desarrollo Social – Panorama de la situación habitacional; Abril 2001.
- § Informe N° 4 - Encuesta de Desarrollo Social – a) Las familias – b) Los núcleos conyugales secundarios; Abril 2001.
- § Informe N° 5 - Encuesta de Desarrollo Social – Juventud: educación y trabajo; Agosto 2001.
- § Informe N° 6 - Encuesta de Desarrollo Social – Tercera edad. Datos nacionales; Abril 2001.
- § Informe N° 7 - Encuesta de Desarrollo Social – Educación y desigualdad: la distribución de los recursos educativos en hogares y población; Abril 2001.
- § Informe N° 8 - Encuesta de Desarrollo Social – La afiliación a sistemas de salud; Abril 2001.
- § Informe N° 9 - Encuesta de Desarrollo Social – Prescripción y consumo de medicamentos Abril 2001.
- § Informe N° 10 - Encuesta de Desarrollo Social – La utilización de servicios de atención de la salud; Abril 2001.
- § Informe N° 11 - Encuesta de Desarrollo Social – Trabajadores informales; Abril 2001.
- § Informe N° 12 - Encuesta de Desarrollo Social – El desempleo urbano; Abril 2001.

### Serie Documentos de Trabajo

- § Documento N°1 – Kaztman, Rubén: El aislamiento social de los pobres urbanos: reflexiones sobre su naturaleza, determinantes y consecuencias; Agosto 2001.
- § Documento N°2- Feldman, Silvio- Murmis, Miguel: Ocupación en sectores populares y lazos sociales. Preocupaciones teóricas y análisis de casos; Agosto 2001.

- § Documento N°3- Svampa, Maristella-González Bombal, Inés: Movilidad social ascendente y descendente en las clases medias argentinas: un estudio comparativo; Agosto 2001.
- § Documento N°4- Claudio Amor: Discusiones filosóficas sobre la desigualdad social y económica; Agosto 2001.
- § Documento N°5- Néstor López: La articulación de las familias con el mercado de trabajo, y su impacto sobre los adolescentes. Octubre 2001.
- § Documento N°6- Howard Glennerster: El Estado Benefactor en el siglo XXI. Noviembre 2001.
- § Documento N°7- Julian Le Grand: Motivación, autonomía y política pública . Diciembre 2001.