



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FCPYS
FACULTAD DE
CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

LICENCIATURA EN CIENCIA POLITICA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

TRABAJO DE TESIS.

**TEMA: “Programa Nacional de Desarrollo de Seguros
Públicos de salud” (2002-2016).**

**“Relación Nación –Provincia en
salud:
Programa Sumar en Mendoza”**

TESISTA: FLORENCIA COLOMBATI.

AÑO: 2014

DIRECTORA: ALICIA FERNÁNDEZ

INDICE

. INTRODUCCIÓN	4
. CAPITULO I - LA SALUD COMO COMPONENTE EN LAS SOCIEDADES DEMOCRÁTICAS	6
. 1. Base Conceptual.....	6
. 2. La Salud como “Cuestión Social”.....	7
. 3. Componentes de un Sistema de Salud (AM).....	7
. 4. Las características del mercado de la salud.....	9
. 5. Actores y Roles dentro de un Sistema de Salud.....	12
. 6. Marco legal de la política de salud en Argentina.....	13
. 7. Visión Ministerio de Salud de la Nación.....	14
. 8. Misión del Ministerio de Salud de la Nación.....	15
. 9. La constitución del Plan Federal de salud.....	22
. CAPITULO II- ENFOQUES EN EL ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA SALUD	26
. 1. Etapas en la historia de los servicios de salud.....	26
. A. La policía médica.....	27
. B. El estado de bienestar y la salud.....	29
. B.1 Surgimiento del seguro social.....	29
. B.2 El Estado de Bienestar.....	31
. B.3 El Estado de Compromiso.....	32
. C. El Estado desarrollista y la salud.....	34
. D. El Estado Neoliberal y la salud	35
. 2. Reformas del sistema de salud, escenarios y tendencias.....	35
. 2.1 El porqué de la intervención estatal y la búsqueda de la equidad.....	36
. 2.2. Modalidades de intervención estatal.....	38
. 3. La reforma del sector salud en la Argentina.....	42
. 4. Principales medidas en el proceso de reforma.....	48
. 5. Los ejes de la reforma al sistema de obras sociales.....	50
. CAPITULO III - Programa Nacional de Desarrollo de Seguro públicos de la salud: Programa Sumar	53
. 1. La salud materno infantil.....	53
. 2. Contexto de creación del Programa SUMAR.....	55
. 3. Antecedentes.....	55
. 4. Objetivos principales del Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud.....	57

5. Población objetivo.....	58
6. Registro en el Padrón.	59
6.1. Depuración del padrón.....	59
7. Prestaciones.....	60
8. Sistema de información.....	61
9. Modo de organización.....	62
10. Obligaciones contractuales Nación y Provincia.	64
11. Régimen financiero.....	68
11.1 Cálculo y liquidación de a Transferencia Capitada.....	69
11.2 Pago por resultado.....	71
12. Esquema de incentivos y uso de fondos por las Provincias.....	72
CAPITULO IV: NACIÓN Y PROVINCIA EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	
SUMAR.....	73
1. Planificación anual: Plan Operativo Anual (POA).....	73
1.2 Instrumentos de Planificación.....	77
2. Compromiso Anual.....	78
3. Administración financiera Unidad Ejecutora Central (UEC).....	79
3.1 Pagos las UGSP: Ciclos de los pagos por cuenta y orden de la Provincia.....	80
4. Normas y procedimientos de supervisión y auditorías.....	80
5. Normas relacionadas con el sistema de reportes.....	81
6. Metas: evaluación del desempeño medido por trazadoras.....	81
6.1 Indicadores de desempeño en salud.....	82
7. Certificado en gasto en salud.	84
8. Reportes de Gestión del Programa Sumar.....	84
8.1 Resultados del Programa SUMAR en CUYO.....	85
8.2 Resultados del Cofinanciamiento Provincial en relación al Programa SUMAR.....	86
8.3 Datos del Registro Nacional de Cardiopatías Congénitas.....	86
9. El Sumar, un programa que trabaja bajo normas de calidad.....	88
10. Acuerdos de colaboración mutua.....	90
11. Protección Social: Integración con Asignación Universal por Hijo y por Embarazo.....	91
12. Programa de capacitación a distancia. Nuevos cursos, más usuarios.....	92
CONCLUSIONES.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	98

INTRODUCCIÓN.

En el presente proyecto de tesis pretendemos explicar de forma clara y precisa las políticas de protección social en salud dentro de los niveles subnacionales de la Argentina, poniendo especial énfasis en la provincia de Mendoza. Es por ello, que analizaremos la implementación del Programa Sumar –Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud.

El trabajo pretende describir cuáles son los componentes, actores, responsabilidades, ejecutores y controladores que conforman el Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud- Programa Sumar y a su vez, analizar cómo contribuye su implementación a la mejora en la calidad de la cobertura de la salud de la ciudadanía mendocina.

La razón por la cual abordamos esta investigación radica en la necesidad de conocer los distintos componentes de la política estatal en salud. Siendo ésta el elemento vital que garantiza a una sociedad ser potencialmente apta para alcanzar bienestar y progreso. No obstante, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad son elementos interrelacionados y esenciales del derecho a la salud, y deben ser los criterios útiles para evaluar el respeto del derecho a la salud en un contexto determinado.

Dentro de la problemática en salud, uno de los aspectos de gran preocupación es el relacionado con la cobertura sanitaria que tiene la población. Es a partir de ello que la creación e implementación del Programa Sumar busca Incrementar la utilización y calidad de los servicios priorizados para la población sin cobertura explícita de salud. Por ello, creemos que el Programa Sumar es un caso de política en salud que ha logrado ser una política inclusiva y equitativa con el correr de los años.

En este documento presentamos los lineamientos conceptuales que orientan la investigación. En la primera parte, se detallan y se describen los conceptos, características y normativa básicos que integran y constituyen la política de salud. Luego, los diferentes enfoques históricos que se han implementando en relación a la política en salud. En el tercer capítulo se especifica la creación y los elementos que constituyen al Programa Nacional de Desarrollo de Seguro Público de la Salud:

Programa Sumar. Para luego analizar y enumerar los efectos de su aplicación, concluyendo con apreciaciones que caracterizan al balance del programa desde su creación en el 2005 hasta el día de la fecha, calificando si ha habido una mejora en la calidad de la cobertura de la salud de la ciudadanía mendocina.

CAPITULO I

LA SALUD COMO COMPONENTE EN LAS SOCIEDADES DEMOCRÁTICAS

1. Base Conceptual

La comunidad internacional y la Argentina en particular, han reconocido a la salud como un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo humano sostenible. De este modo, la salud se convierte en un componente ético en las sociedades democráticas, en tanto no se trata de un servicio social más sino de un derecho humano universal e interdependiente que permite el ejercicio de los demás derechos.

El Estado Nacional responsable por la salud pública, debe promover el acceso de todas las personas a servicios de salud de calidad desarrollados sobre la base de la Estrategia de Atención Primaria. Para ello, se requiere la implementación de una fuerte política de desarrollo institucional, nacional y provincial, tanto en la gestión sanitaria como en la administrativa.

La equidad en salud se convierte en un requisito fundamental y constituye un valor esencial tanto como la solidaridad y la justicia social. Asimismo, adquiere vital relevancia cuando se adopta la perspectiva de los determinantes de la salud; favoreciendo aquellos determinantes positivos en la sociedad y el ambiente, que producen bienestar y actuando contra aquellos que producen deterioro de la salud y provocan enfermedad o muerte. Como consecuencia, asegurar el acceso equitativo a los servicios de atención de salud no es condición suficiente para garantizar el bienestar, se hace necesario intervenir sobre los factores socio-económicos condicionantes de la situación de salud de las personas.

El Ministerio de Salud de la Nación, en su rol rector debe velar por alcanzar el mayor nivel posible de salud de la población del país y una real equidad de oportunidades y de trato con el fin de lograr la garantía de políticas públicas que actúen sobre los determinantes de la salud, promuevan la solidaridad social y disminuyan las inequidades, construyendo agendas nacionales y locales. El cambio cultural que permita la adopción de estilos de vida saludables, el desarrollo de comunidades orientadas al bienestar humano en equilibrio con su medio ambiente y la posibilidad de contar con personal sanitario que responda a estos objetivos y a los requerimientos propios de los servicios, demanda una nueva agenda entre salud y educación orientada a esos fines.

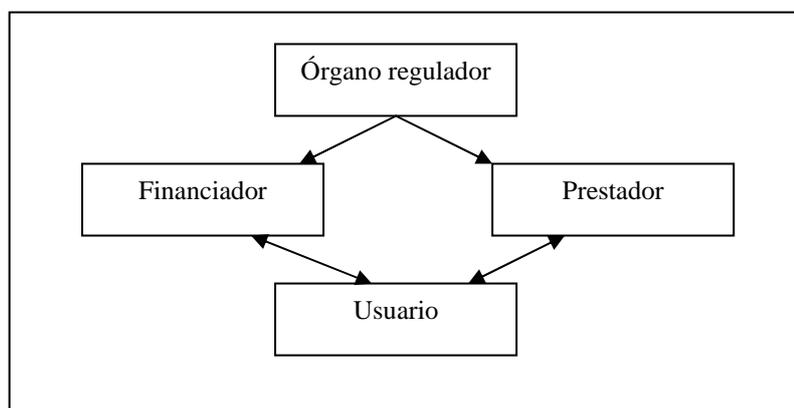
2. La Salud como “Cuestión Social”.

Como venimos detallando, reconocer el rol del Estado como instrumento de redistribución para garantizar el ejercicio de los derechos humanos y promover mayores grados de justicia social es un factor fundamental para la sociedad. Asimismo, se debe comprometer el deber de la sociedad civil en relación al reconocimiento de sus responsabilidades y deberes con respecto al fortalecimiento de su salud y la de sus familias y comunidades.

En un país federal es imprescindible el logro de consensos federales con instrumentos eficientes de diseño y seguimiento de políticas públicas. Estos consensos deben reflejar la diversidad económica, cultural y el grado relativo de desarrollo de los servicios “entre y al” interior de las provincias.

Los acuerdos federales, el desarrollo institucional y la articulación en base a las prioridades sanitarias de los distintos actores en salud, hacen necesaria la formulación de objetivos y estrategias a mediano y largo plazo que aseguren la viabilidad política y la sustentabilidad técnica y financiera de las propuestas. Todo esto supone la generación de un proceso constante de planificación, evaluación y validación de estrategias.

3. Componentes de un Sistema de Salud (AM)



Dentro del sistema de salud encontramos diversos elementos que lo constituyen; en primer lugar se encuentra el componente regulador; se canaliza a nivel nacional por la estructura orgánica del Ministerio de Salud de la Nación y con respecto a las Obras Sociales, de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Es por ello que el Ministerio de Salud de la Nación se organiza a través de sus secretarías para una mejor gestión, agrupando una serie de organismos de rectoría y regulación. Algunos que podemos mencionar son:

- Comisión Nacional de Alimentos (COPAL). Asesoría Permanente de Recursos Humanos en Salud. Dirección Nacional de Regulación y Fiscalización.
- Dirección de Calidad de Servicios de Salud.
- Dirección de Registro, Fiscalización y Sanidad de Frontera.
- Plan Nacional de Sangre, Hemocomponentes y Hemoderivados.
- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Programa de Vigilancia Epidemiológica (Vigi + a 2005).

Otro componente que analizamos en el sistema de salud es el usuario, que como tal tendrá derecho a la libre elección, a la información asistencial y económico financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, a la participación en los organismos de dirección de la reforma y a la libre elección entre los prestadores integrales de salud. No obstante, el Plan Federal propone con orientación a los Servicios de Atención Primaria: atribuir responsabilidad sobre población/área y salir a terreno a detectar riesgos y necesidades. Se encara también a través de los programas de promoción y protección de la salud como en los de diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Por otro lado, el sistema también está constituido por el componente prestador, que se fortalece en los distintos niveles del sistema. Es aquí donde los centros de atención primaria (CAPs) y la promoción de redes, con la integración de programas horizontalizados cumplen un papel fundamental. Además, se cuenta con el apoyo y la gestión de distintos organismos descentralizados tales como el Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), el apoyo de la Comisión Federal de Transplante (COFETRA), los Centros de Donantes Voluntarios de Células Progenitoras Hematopoyéticas, entre otros.

En otra instancia encontramos el componente financiador, que organizó una Unidad de Financiamiento Internacional (UFI-s) para la canalización de créditos hacia

programas prioritarios e implementó un sistema eficiente de transferencias a las provincias e instituciones participantes.

Por último, encontramos el componente investigador, que ha sido atendido financieramente por parte del gobierno nacional para un efectivo desenvolvimiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONYCET) que ha permitido, después de décadas, una ampliación en la incorporación de investigadores jóvenes para el desenvolvimiento de estudios colaborativos multicéntricos, becas y publicaciones de la Comisión Nacional de Programas de Investigación en Salud (CONAPRIS). Se implementó un área de Producción e Investigación Nacional de Medicamentos y un Foro de Investigación en Salud “Desequilibrio 10/ 90” adhiriendo a esa orientación internacional.

4. Las características del mercado de la salud.

Desde el siglo XVIII, los servicios de salud pública han estado íntimamente ligados a la administración, lo cual ha comportado que, en general, su funcionamiento se haya desarrollado de lleno en el terreno de la gestión pública tradicional, cuando no de la mera y simple administración¹. Rigidez, centralización, dependencia de la política, falta de capacidad de respuesta, inadecuación de los recursos humanos y de las infraestructuras, multiplicidad de controles de carácter formal obsesivamente garantistas. Burocracia que, en suma, ha comportado una notable falta de efectividad y eficiencia².

Los economistas definen una serie de características con la finalidad de distinguir los distintos tipos de bienes. Para ello utilizan conceptos bien conocidos, como la «rivalidad» o la «exclusividad» en el consumo de un bien, o la generación de «externalidades». Un bien es «no rival» cuando una unidad de él puede ser consumida por un individuo sin disminuir la posibilidad de consumo de la misma unidad por parte de otras personas. Un bien es «no excluyente» si sus beneficios están disponibles para todos una vez suministrado el bien, sin posibilidad de excluir a otros individuos de beneficiarse. Un bien presenta «externalidades» cuando un individuo, como consecuencia de la realización de una acción, no corre exclusivamente con todos los

¹ ROSEN G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención en salud. Madrid: Siglo XXI; 1985; Pág. 110-120.

² PAHO/WHO. Evaluación de las funciones esenciales de salud pública. Washington D.C. PAHO/WHO. 2010; Pág. 27.

costes (externalidades negativas) ni recibe exclusivamente todos los beneficios (externalidades positivas).

Los bienes privados se han definido como aquellos cuya utilidad es percibida por un solo individuo, cuyos beneficios pueden ser negados sin ninguna penalidad para el dueño o el proveedor, y que generan beneficios excluyentes.

Los bienes públicos, por el contrario, se definen como aquel tipo de bien disponible para todos y cuyo uso por parte de una persona no sustrae de su uso por parte de otros, es decir, el coste marginal de compartir el bien es cero. Los bienes públicos se caracterizan por su «no rivalidad», su «no exclusión» y poder presentar «externalidades».

Los bienes públicos puros son escasos; en cambio, buena parte de los bienes generalmente utilizados pueden considerarse mixtos al no presentar alguna de las características de no rivalidad o de no exclusividad. Son los denominados bienes cuasi públicos.

Por último, hay un conjunto de bienes cuyas características de rivalidad y exclusividad los configuran como privados. Sin embargo, en opinión de las autoridades, estos bienes resultan de importancia vital para el conjunto de la sociedad, ya que el hecho de que todos puedan disfrutarlos comporta un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población. Por lo tanto, el acceso a ellos y su utilización debe protegerse, posibilitando que su consumo no dependa exclusivamente de la capacidad adquisitiva individual. Son los llamados bienes tutelares, meritorios o preferentes (*merit goods*).

Aquellos bienes no rivales, no exclusivos y que generen externalidades forman parte de lo que los economistas denominan «fallos de mercado» o «quiebras de mercado», entendiendo este concepto como la generación de ineficiencias en un mercado clásico.

Los bienes públicos y los no excluyentes en general, tienen costes de producción, pero estos costes no pueden ser repercutidos en forma de precios por sus características de no exclusividad ni rivalidad. Además, los bienes públicos, por su propia condición, generan externalidades, con lo cual no hay posibilidad de evitar que aquellos individuos que no han pagado por ellos se beneficien de su prestación y por tanto no existen incentivos para pagar por un bien del cual igualmente, aunque no lo pague, se beneficiará. Es el fenómeno conocido como «del polizón» (*free rider*).

En consecuencia, el mercado privado no estará interesado, bajo estas condiciones en su producción. Habitualmente será la administración pública la que se responsabilice de su provisión, financiándolos mediante impuestos, aunque no necesariamente deba ser ella misma quien los produzca de manera directa. La

actuación del estado tendrá sentido cuando no exista mercado para proveer unos bienes determinados, y cuando los resultados sean difíciles de cuantificar, por tanto de controlar y si es el caso, de pagar³. Por otra parte, se considera que la provisión de bienes públicos es imprescindible para el bienestar humano y el desarrollo de las capacidades humanas centrales.

Es a partir de ello que la estructura de mercado que tiende a configurarse es de tipo oligopólico, con el desarrollo de estrategias de diferenciación de servicios. Mediante mecanismos de “packaging” o similares el proveedor presenta un producto idéntico pero con distintas formas, induciendo al consumidor a pagar un precio distinto al considerarlo como un producto diferente. Esto obedece a una estrategia de segmentación de mercados, en cada uno de los cuales el proveedor maximiza con un precio diferente y obtiene una ganancia superior.⁴

Con el desarrollo de las instituciones de la seguridad social, que funcionan como grandes compradores de servicios de salud, se fue constituyendo una situación de oligopolio bilateral. Ello tendió a generar una lógica de formación de precios que, en lugar de reflejar el costo competitivo de producción, refleja fundamentalmente el poder relativo de negociación y la capacidad de posicionarse en la puja distributiva por parte de los grandes grupos de oferentes y demandantes de servicios⁵.

La expansión de los mercados de seguros en salud enfrenta algunos problemas que le son inherentes a sus características. Entre estos sobresalen los problemas de selección adversa. En un contexto de afiliación abierta los seguros competitivos desarrollarán estrategias de “descreme”, tendientes a captar a los menores riesgos, tanto por status de salud como por edad y a los ingresos altos. Este problema podría ser contrarrestado mediante mecanismos de subsidios ajustados por riesgos de salud. La selección adversa también podría deparar que aseguradores eficientes, no obstante, sean desplazados del mercado por otros menos eficientes pero que han seleccionado una población de menor riesgo. El asegurador que “descrema” no hace más que desplazar costos hacia otros aseguradores o al sistema público de salud. De este modo, el resultado agregado no representa ganancias en términos de bienestar social. Un sistema de seguros de salud competitivos depende

³ LÓPEZ Casasnovas G, Puig-Junoy J, Ganuza JJ, et al. *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. Barcelona: Colección Estudios Económicos 31, La Caixa; 2003; Págs. 423-426.

⁴ ALONSO Guillermo. “Capacidades Estatales, Instituciones y Política Social. Editorial Prometeo. Buenos Aires. 1999. Págs. 4-6.

⁵ KATZ, Jorge; MUÑOZ Alberto “Organización del sector salud: puja distributiva y equidad”. Buenos Aires 1988. Pág. 26.

fundamentalmente de la capacidad efectiva de evitar las estrategias de selección adversa⁶.

5. Actores y Roles dentro de un Sistema de Salud

Todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos). La cantidad y variedad de actores y roles determinan la complejidad de los sistemas. Es importante destacar que los objetivos de los actores no siempre están vinculados con la situación o estado de salud de la población y las acciones pueden llegar a ir en detrimento de ellos.

Cada sistema de salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población. En síntesis, en un primer nivel de análisis de los sistemas de salud se podrían identificar los actores involucrados en el mismo:

- a) Población (usuarios),
- b) Proveedores de servicios (o prestadores),
- c) Intermediarios.

Una segunda instancia de análisis consiste en identificar los roles que esos actores desempeñan:

a) En principio la población asume dos roles: 1) el de usuarios o beneficiarios del sistema y 2) el de contribuyentes o aportantes para su financiación.

b) Los proveedores de diferentes categorías y niveles de atención pueden ser personas físicas (profesionales independientes) o jurídicas (instituciones) y pueden asumir responsabilidades diferenciadas. Los proveedores son remunerados por los servicios brindados a la población. Cada modelo de remuneración involucra conductas diferentes. En algunos casos el proveedor es responsable por el servicio y en otros por el usuario. Es decir, que los diferentes modelos de pago a los proveedores constituyen diferentes formas de compartir los riesgos que involucra mantener la salud de la población. Se puede postular que los roles de los proveedores estarán determinados por los niveles de riesgo que estos asuman en la protección de la salud de la población.

⁶ ALONSO Guillermo, op. cit., Pág. 5.

c) La intermediación puede ser en la compra o financiación de los servicios, lo cual significa que hay una relación de agencia, es decir que un tercer pagador que se hace responsable por financiar los servicios que los proveedores prestaron a la población (usuarios). Por otro lado, la intermediación también puede consistir en la regulación que consiste en establecer límites y pautas a la prestación de servicios y la remuneración por los mismos. Las funciones de regulación generalmente las asume el Estado aunque existen mecanismos de autoregulación por parte de las cámaras o asociaciones que congregan a los prestadores.

Un tercer paso en el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional consiste en identificar los subsistemas que los componen. Cada vez que se establece un conjunto de relaciones recíprocas entre los usuarios, los prestadores y los intermediarios y cierran un circuito o flujo de provisión - financiación de servicios, se puede identificar un sistema de salud. Desde la óptica de un país esos sistemas constituyen subsistemas. De acuerdo con las características del país esos subsistemas son variaciones o componentes de:

- Actores similares asumiendo roles similares pero en diferentes lugares (subsistemas regionales, subsistemas locales).
- Diferentes actores asumiendo roles diferentes, como ocurre cuando funcionan simultáneamente subsistemas públicos (donde la financiación y/o la provisión es responsabilidad del Estado), subsistemas privados (donde la provisión de servicios se establecen de acuerdo a la lógica del mercado), o subsistemas de seguros sociales (donde una entidad intermediaria recibe financiación del Estado para comprar o proveer directamente servicios de salud a la población).
- La combinación de las dos alternativas anteriores configurando subsistemas regionales o locales mixtos.

6 .Marco legal de la política de salud en Argentina.

En la República Argentina la salud no es materia delegada por las provincias al Estado Nacional. Constitucionalmente, son las provincias las responsables de la salud de sus habitantes así como de observar los principios y garantías de la Carta Magna Nacional. Con la reforma constitucional de 1994, al integrarse en su texto los Tratados y Convenios Internacionales sobre los Derechos Humanos, la salud se incorpora como responsabilidad del Estado en sus tres niveles de gobierno: nacional, provincial y

municipal y bajo la condición de su cumplimiento de la cláusula federal constitucional (Art. 5, Constitución Nacional).

Como consecuencia, el Estado debe, en cada instancia de gobierno, procurar las condiciones necesarias para mantener el mayor nivel de salud física, mental y social posible en pos de concretar la vigencia del derecho a la salud para todos los habitantes del país. De esta manera, los estados jurisdiccionales son los responsables por las cuestiones referidas a la conducción y gestión sanitaria dentro sus ámbitos territoriales. El Estado Nacional tiene la responsabilidad de conducir, coordinar y modular el sistema de salud en su conjunto para que el efectivo cumplimiento de los derechos humanos, en los que se incluye el derecho social a la salud, sea ejercido a lo largo de las distintas jurisdicciones del país promoviendo medidas de acción positivas - concertadas con ellas- que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato.

De esta forma, se actúa incesantemente en conjunto con el Estado Nacional y los Estados Provinciales en la búsqueda de la salud para toda la población -por su calidad de derecho fundamental- y reconociendo la estructura federal de nuestra república.

7 .Visión del Ministerio de Salud de la Nación.

El Ministerio de Salud, responsable de la rectoría del sistema de salud, trabaja en pos de generar las condiciones necesarias para que la población del país pueda alcanzar el mayor nivel posible de salud, reconociendo la diversidad económica, social y cultural. A tal fin, contribuye al fortalecimiento de las condiciones necesarias tanto materiales como técnicas en todas las jurisdicciones.

Para ello las distintas jurisdicciones son protagonistas necesarias de un sistema integrado e integral de salud en un marco de participación federal y articulación intra-intersectorial, que garantiza los estándares en el contenido, calidad y disponibilidad de los servicios en un proceso de creciente cobertura, convocando a la sociedad a que participe en lograr estilos de vida saludables.⁷

⁷ Bases del Plan Federal de Salud 2010-2016, Presidencia de la Nación, Capítulo 1. Ministerio de salud de la Nación, Consejo Federal de Salud, Argentina. Pág.4.

8. Misión del Ministerio de Salud de la Nación

“Ejercer la rectoría en materia de salud, formulando, aplicando y evaluando políticas sanitarias para el ejercicio del derecho a la salud para toda la población de nuestro país, involucrando a los distintos sectores y niveles institucionales comprometidos con la salud de las personas, coordinando las relaciones entre los distintos actores y los recursos abocados a la atención de la salud y revisando permanentemente las conductas que ponen en riesgo la misma con el fin de mejorar la forma de abordarlos. Con esa misma intención encarar las relaciones internacionales en la materia”⁸.

Se han determinado seis líneas prioritarias de intervención, categorías que agrupan las principales funciones del Ministerio de Salud, de acuerdo a la Ley 26.338 (Ley de Ministerios, 2007). Entre ellas podemos mencionar:

- **Liderar la conducción sanitaria dentro de un sistema participativo, federal y equitativo.**

El Consejo Federal de Salud, como órgano de participación federal, se ha potenciado como instancia principal para el análisis político de la situación sanitaria y de generación de políticas a partir de propuestas nacionales y provinciales. Perfeccionara sus capacidades de análisis, seguimiento, traducción operativa y gestión de apoyo social a las decisiones tomadas.

- **Liderar el desarrollo y el fortalecimiento de la regulación y provisión de servicios centrados en las personas.**

El Ministerio de Salud propone y consensúa en el COFESA los lineamientos para la organización y gestión de la atención de salud en torno a las necesidades y expectativas de las personas asegurando mejores resultados, con criterios de equidad y cobertura universal. Armoniza con los organismos descentralizados la provisión de servicios de Salud Pública y atención a las personas. Promueve:

- el control de la calidad de servicios, medicamentos, insumos y alimentos, establecer mecanismos, protocolos y metodologías para mejorar el acceso a la salud de las personas a través de programas modelos adecuados a las necesidades que presenten los diferentes grupos poblacionales.

⁸ Bases del Plan Federal de Salud 2010-1016, op. cit., Págs. 4-7.

- Fomenta la unidad programática y la homogeneidad de servicios y sistemas a nivel nacional a través del establecimiento de estándares de calidad de servicios y estructuras de fiscalización respecto del funcionamiento de los servicios.

- Promueve la estandarización de la organización y la gestión, tanto sanitaria como administrativa de los servicios de salud, sean estos promocionales, preventivos, curativos o de rehabilitación, independientemente de su fuente de financiamiento, en pos de la equidad entre las provincias y al interior de las mismas.

- Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica.

-Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas.

- Entender en la coordinación, articulación complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial municipal, de la seguridad social y del sector privado.

- Entender en la organización, dirección y fiscalización del registro de establecimientos sanitarios públicos y privados.

- Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los ministerios pertinentes.

- Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva o asistencial.

- Intervenir, en su ámbito, en la asignación control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor.

- Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias de manera de mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones públicas de salud.

- Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud.

- Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones.

- Entender, en su ámbito, en las relaciones y normativa de la medicina prepaga.

- Fortalecer los Registros Federales y Nacionales de su incumbencia para asegurar la universalidad, actualización y disponibilidad de la información.

- Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados con la seguridad social, en relación a las prioridades de salud.

- Intervenir en la elaboración y ejecución de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.

- Entender en la formulación, promoción y ejecución de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial.

- Intervenir, en su ámbito, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, para crear desde la niñez conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el Ministerio de Educación.

- Entender en la elaboración y ejecución de los programas materno infantiles tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil.

- Entender en la elaboración y ejecución de acciones tendientes a lograr la readaptación y reeducación del discapacitado e inválido.

- Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.

- Normatizar, coordinar y desarrollar las políticas que permitan alcanzar la autosuficiencia en hemocomponentes y derivados, a través del fomento de la donación voluntaria y habitual, la producción bajo programas de aseguramiento de calidad y el monitoreo del uso adecuado de los componentes sanguíneos.

- Desarrollar los mecanismos que permitan optimizar la gestión y funcionamiento de los hospitales en general y de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada —HPGD— en particular.

- Coordinar y supervisar la aplicación del sistema de habilitación categorizante y desarrollar un registro de los establecimientos habilitados-

- Entender en todo lo atinente a la definición de los modelos prestacionales más adecuados para la cobertura médica establecida para los beneficiarios de pensiones no contributivas.

- Entender en la definición de políticas que permitan establecer mecanismos idóneos para ofrecer una respuesta prestacional adecuada a los beneficiarios del Programa Federal de Salud, en un marco de equidad y basado en el esquema de descentralización de gestión.

- Entender en los temas relativos a la salud sexual y procreación responsable.

- Entender en el seguimiento y monitoreo de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud y de los Programas de Salud Comunitaria que se implementen en su órbita.

- **Desarrollar la capacidad de planificación, generación y evaluación de políticas. Promoverla en todas las jurisdicciones sanitarias.**

El Ministerio de Salud lidera la formulación y monitoreo de la ejecución de las políticas sanitarias. Diseña políticas y metas basadas en la evidencia científica, en la factibilidad técnica, financiera y en la viabilidad política. En un Ministerio rector de la salud en un país federal esta categoría de funciones cobra una importancia estratégica ya que las propuestas de desarrollo al mediano y largo plazo son imprescindibles para la conducción sanitaria. Apoya a las jurisdicciones en el desarrollo de estas capacidades.

-Generar y producir información estratégica (epidemiológica, estadística, científica) que permita mejorar la eficiencia, eficacia y calidad de las organizaciones de salud a través de la planificación estratégica.

-Intervenir en la implementación y desarrollo de programas nacionales y locales de estadística de salud y difundir el resultado de los mismos.

-Promover el desarrollo de los programas nacionales y provinciales de estadística de salud.

-Normatizar y elaborar procedimientos para captación y procesamiento de los datos producidos a nivel jurisdiccional y efectuar su consolidación a nivel nacional.

-Procesar datos provenientes de registros permanentes, encuestas especiales y censos.

-Mantener actualizados los datos estadísticos y el registro correspondiente.

-Promover y capacitar al personal del área de estadísticas nacionales y provinciales en todos sus niveles.

-Asesorar sobre el funcionamiento de los sistemas estadísticos a nivel central y jurisdiccional.

-Difundir y publicar la información estadística actualizada de salud a nivel nacional e internacional.

-Implementar el sistema de información sanitario en el país unificando criterios y metodologías de manera de contar con información compartible y confiable sobre la situación sanitaria que permita avanzar en la programación, control y evaluación de políticas y metas.

-Encarar la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado y viable.

-Identificar y determinar prioridades en materia de política sanitaria nacional, así como las normas, estrategias y metodologías necesarias para su logro en las distintas instancias institucionales y subsectores;

-Incentivar y coordinar la investigación médica y en materia de innovación tecnológica en salud tanto a través de los Institutos pertenecientes al Ministerio como a partir de alianzas estratégicas con centros de investigación nacionales y de otros países.

-Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme las directivas que imparta el Poder Ejecutivo nacional.

-Entender en la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud.

-Entender en la planificación global del sector salud y en la coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud, consensuado, que cuente con la suficiente viabilidad social.

-Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica.

-Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud.

-Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos.

-Entender en la articulación de las relaciones sanitarias definidas en el Plan Federal de Salud entre los distintos niveles de gobierno y los subsistemas de salud público, privado y de obras sociales y otros financiadores y prestadores a los efectos de garantizar la adecuada atención sanitaria de la población.

- **Definir políticas de Recursos Humanos en salud y apoyar el desarrollo de las mismas en todas las jurisdicciones.**

El Ministerio de Salud pone énfasis en la formulación de políticas y en la planificación de recursos humanos y profundiza las líneas de trabajo más desarrolladas como becas de residentes, programas especiales de capacitación y regulación del sistema. Así como en el apoyo a las jurisdicciones para este fin. Ello requiere una gran capacidad de relacionamiento con las instancias formadoras y generar su propia capacidad de adecuar los conocimientos y aptitudes del personal en relación a las prioridades sanitarias y a los modelos de atención y gestión.

- **Ejercer abogacía y gestionar ante otros sectores acciones en relación con los determinantes de la salud.**

El Ministerio de Salud establece y mantiene relaciones institucionales político-técnicas con los estamentos de los tres Poderes del Estado, con los gobernadores e intendentes y con la sociedad civil, con el fin de hacer efectivo el reclamo que salud hace a la sociedad en relación con los determinantes de la salud, cuya modificación no está en manos de este ministerio.

-Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos internacionales de salud.

-Negociar los acuerdos necesarios para identificar y resolver las necesidades regionales en materia de determinantes de la salud.

Coordinar con las diferentes áreas gubernamentales, y en las instancias establecidas para tal efecto que por la materia de su competencia tengan incidencia en la salud de la población a los fines de su abordaje estratégico y coordinado. Generando, especialmente con el Ministerio de Educación, una agenda en común que oriente acciones para la adecuación de los Recursos Humanos a las necesidades de los servicios y que dote a la población, de conocimientos y aptitudes para una opción informada e integrada a los procesos de desarrollo económico y social

-Promover, diseñar, implementar y regular legislación sanitaria en armonía con las normativas provinciales y las internacionales en relación con el acceso equitativo a la atención de salud

- **Asegurar una administración eficiente de los recursos institucionales.**

Los recursos institucionales se organizan respondiendo a las definiciones de las políticas sanitarias, Se asegura el apego a la normativa legal de las acciones ministeriales en la administración, presupuesto, personal, contabilidad y finanzas. Promueve la modernización de las normativas legales y la organización institucional

incluyendo la informática con el fin de lograr la mayor eficiencia posible de la gestión global.

- Diseñar la política presupuestaria de la jurisdicción y en la evaluación de su cumplimiento

- Controlar la correcta asignación de las partidas presupuestarias, de acuerdo a las prioridades de gasto tanto interno como externo.

- Intervenir, en coordinación con las otras instancias ministeriales jurisdiccionales competentes, en la aplicación y mejora continua de la Carrera Profesional.

- Conducir las actividades de administración y en la coordinación administrativa de las áreas integrantes de la Jurisdicción y de las entidades descentralizadas dependientes.

- Asegurar la evaluación y seguimiento de los planes, programas y proyectos de la Jurisdicción y proponer acciones tendientes a optimizar la gestión de los mismos.

- Orientar y coordinar con las distintas Secretarías y Subsecretarías del Ministerio y de otras jurisdicciones de orden nacional y provincial y con las Agencias y Organismos Internacionales, la gestión de los programas y proyectos de cooperación técnico financiera del Ministerio.

- Vincular estos programas y proyectos de financiamiento externo con los programas estables y permanentes de la estructura del Ministerio de Salud de la Nación, estimulando entre ellos la comunicación, la interacción y el intercambio.

- Controlar el cumplimiento de los compromisos asumidos y evaluar la oportunidad y conveniencia del desarrollo de nuevos emprendimientos con esta modalidad, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

- Coordinar la planificación de las acciones vinculadas con la gestión de bienes y servicios y las conducentes para concretar su contratación.

9. La constitución del Plan Federal de salud.

Un permanente reclamo en la materia ha sido durante décadas que no hay, en Argentina, políticas de salud. Y este reclamo tiene mucho de cierto en tanto algunas veces se aplicó poder sin doctrina, y otras la doctrina no accedió al poder. Por otra parte, también se señaló que las políticas de salud pueden ser parciales o globales, siendo estas últimas aquellas que consideran el conjunto de los grandes componentes

y subsectores de la Atención Médica, el Saneamiento del Ambiente y la Medicina de la Actividad Humana⁹.

En las últimas décadas ha habido numerosos y bien intencionados intentos que no lograron a configurarse como políticas ya sea por la carencia de uno u otro de esos elementos constituyentes y menos a configurarse como políticas globales de salud. Hubo muchas declaraciones de principios con la clásica afirmación de que la salud es prioritaria.

Con el Plan Federal de Salud de 2005 surge una esperanza, en la medida que tenga la continuidad esperada, nos permite decir que estamos ante una política sanitaria global. Fue fruto de un consenso del nivel nacional con las jurisdicciones provinciales a través del COFESA y del acuerdo con los diversos subsectores firmado en San Nicolás de los Arroyos en el año 2002.

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) cuenta con la responsabilidad de la rectoría del sistema de salud con el objetivo de alcanzar el mayor nivel posible de salud de la población del país y una real equidad de oportunidades y trato como respuesta del sistema de salud. El Ministerio de Salud, en consulta permanente con las provincias, asume un papel activo en la conducción y formulación del Plan Federal de Salud para los años 2010-2016, año donde se conmemorará el Bicentenario de la Declaración de Independencia Argentina.

Este Plan establece prioridades de política sanitaria consensuadas a través del COFESA, con la participación del Poder Ejecutivo y Poder Legislativo, las universidades, sociedades científicas los trabajadores de la salud y organismos internacionales. Las mismas permiten definir los lineamientos generales para el establecimiento de metas y estrategias que sirvan para la planificación global del sistema sanitario en todos los niveles de gobierno. (Plan federal de Salud, 2010-2016).

Este plan se define a corto plazo para el período 2004-2007 y a largo plazo para 2015. Describe la situación actual marcando las siguientes falencias:

- Cobertura desigual.
- Indefinición del modelo prestacional.
- Fragmentación e ineficiencia en el uso de los recursos.
- Escasos recursos asignados a prevención primaria.
- Desigualdad en el acceso.
- Mortalidad y morbilidad evitable.
- Variabilidad en la calidad.

⁹ ALONSO Guillermo, op. cit., Pág. 32.

- Falta de planificación de recursos humanos.
- Falta de regulación de tecnologías
- Inequidades entre jurisdicciones interprovinciales.
- Baja capacidad de rectoría.
- Crisis del sector privado.

Expone una visión estratégica al considerar factores intrínsecos y extrínsecos del sistema argentino de salud y plantea tres ejes de trabajo:

- Búsqueda de equidad en el acceso y financiamiento de salud.
- Fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud. Programa Remediar:
 - Un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda hacia los Centros de Atención Primaria en lugar de hacia los hospitales.
 - Incorporar un esquema progresivamente regulado de seguros de salud.

Sus herramientas se agrupan en tres modelos:

1) **Modelo de atención:** se pretende un país organizado en regiones compuestas por grupos de provincias. En cada región se programan redes de servicios de gestión pública y privada, en vistas a cubrir necesidades de una población a cargo. Se trata de acceder a una red responsable de cobertura integral y no a servicios aislados. Los distintos componentes de las redes se organizarán por niveles de atención. La red tendrá a su cargo una población definida, cuyos integrantes serán identificados y asignados a su responsabilidad, manteniendo la libre elección del prestador dentro de la oferta disponible en cada red. Los efectores integrarán una red de servicios según su capacidad de resolución. El fortalecimiento del hospital estatal se fundará en la precisión de su misión, su perfil prestacional y sus niveles de resolutivez.¹⁰

2) **Modelo de gestión:** se basa en el ejercicio de la rectoría y regulación por parte del Ministerio de Salud de la Nación y de los ministerios provinciales. Los acuerdos de gestión para ofrecer cobertura y servicios a poblaciones a cargo con metas explícitas de cumplimiento y sistema de monitoreo y evaluación, incluirán apoyos financieros, sistemas de incentivos y premios. Una agencia de regulación de

¹⁰ Plan Federal de Salud 2010-2016. Capítulo 6. Edición 28 junio 2010. Pág.111.

tecnologías evaluará la incorporación y uso de tecnología sobre la base de la Medicina Basada en la Evidencia y la relación costo-efectividad de las prestaciones.¹¹

3) **Modelo de financiación:** se financiarán con fondos específicos los tratamientos de enfermedades catastróficas o especiales, con una asignación, de cápita ajustada según riesgo a los agentes de los seguros de salud con incentivos por sus logros de impacto.¹²

La política de reforma aspira diseñar un nuevo modelo sanitario de construcción de redes de atención con base en la estrategia de Atención Primaria a partir de la cual se acceda a los demás niveles de atención. El Plan Federal de Salud tiene por objetivos lograr calidad con equidad.

¹¹ Plan Federal de Salud 2010-2016, ibídem, Págs. 111-132.

¹² Plan Federal de Salud 2010-2016, ibídem, Págs. 116-132.

CAPITULO II

ENFOQUES EN EL ANÁLISIS HISTÓRICO DE LA SALUD.

1. Etapas en la historia de los servicios de salud.

La historia de las políticas sociales y de salud ha sido clasificada en fases acordes a las etapas del desarrollo capitalista en la región. De acuerdo a un modelo de análisis que busca identificar los determinantes de cada política de salud, pueden distinguirse cuatro grandes fases de las mismas¹³:

1.1 La primera etapa del desarrollo estaría caracterizada, según este modelo, por la orientación del proceso de acumulación hacia los intereses hegemónicos de la burguesía agroexportadora. La modalidad de ejercicio del poder político instituida por esta clase fue denominada Estado liberal, a pesar de sus características fuertemente autoritarias y excluyentes. Las demandas sociales emergentes sólo fueron absorbidas por el Estado cuando se trataba de aquellas medidas que podrían llegar a comprometer al propio proceso de trabajo. En esas situaciones se promulgaron leyes que casi nunca fueron cumplidas con relación a la jornada laboral, a los accidentes y al trabajo femenino e infantil.

1.2. El inicio del proceso de industrialización inaugura la etapa de crecimiento “hacia fuera”. La misma desplazó a la oligarquía agroexportadora dando lugar a una amplia coalición que incluye a la burguesía industrial, a los sectores medios y aún a los trabajadores urbanos, dando origen al denominado Estado de Compromiso. En esta etapa las demandas de los trabajadores urbanos son incorporadas a través de organismos de Seguridad Social.

1.3. La etapa siguiente del desarrollo del capitalismo industrial marcada por la internacionalización del capital en un proceso de asociación entre capitales de origen nacional e internacional, da lugar a un Estado burocrático-autoritario, empresarial, militarizado y tecnocrático; que excluyó del poder al movimiento obrero organizado. En lo que se refiere a la política social la misma se subordina a los intereses de acumulación dando lugar a dos grandes tendencias: la privatización y la incorporación de tecnología.

¹³ TOBAR, Federico “Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina”. Buenos aires .I SALUD. Mímeo. Págs. 2-20.

1.4. Finalmente, la crisis económica reciente del capitalismo mundial, así como la de los países socialistas, redefine tanto los patrones de acumulación como los modelos de producción y la división internacional del trabajo, configurando grandes bloques. En los países industrializados cuya producción es liderada por los modernos sectores productivos, se abandona el modelo fordista anteriormente preponderante. Se produce entonces el agotamiento del Estado Benefactor y se impone el discurso neoliberal. Este esquema permite, también, describir la evolución del sector salud en la Argentina. De acuerdo con él podrían identificarse básicamente cuatro modelos de Estado en relación a las políticas sociales, y en particular a las de salud. Cada uno involucra un modelo particular de ciudadanía y privilegia ciertas acciones en desmedro de otras. En conclusión, desde ese esquema, las etapas o fases de la evolución del sector salud argentino son:

- A. La Policía Médica.
- B. El Estado de Bienestar.
- C. El Modelo Desarrollista.
- D. El Modelo Neoliberal.

A. La Policía Médica.

Durante una extensa primera fase del desarrollo del sector salud la medicina progresaba de forma totalmente independiente a las funciones del Estado. Aunque el progreso del conocimiento médico reforzaba la imagen de poder y prestigio de los médicos, registraba un muy leve impacto en la agenda de políticas públicas. Esto se debe fundamentalmente a que en el Estado liberal la salud no era considerada un problema público sino privado. Las acciones de gobierno en el área se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía y sólo fueron expandiéndose a medida que surgía una demanda social organizada que presionaba sobre las estructuras de gobierno para que la misma expandiera sus responsabilidades sanitarias.

Para el Estado liberal la preocupación por la salud no se centraba en curar a la población enferma sino en evitar la propagación de las consecuencias negativas (externalidades negativas) de la enfermedad y en especial de las epidemias. Se trata de un modelo higienista de intervención del Estado pero más preocupado por “aislar a los enfermos” que por prevenir las enfermedades, más relacionado con las prácticas autoritarias que con los derechos y la democracia. Cuidar a la población y sobre todo a sus ejércitos era fundamental. En la antigua Roma las autoridades llegaban hasta a violar las residencias privadas para incautar alimentos “insanos” y fijaban cuotas para

la ingestión de grasas y bebidas. El general victorioso sobre el más grande imperio construido por Occidente no fue el bárbaro Alarico¹⁴. Fue el mosquito del crepúsculo. El paludismo es aún hoy el mayor exponente de la relación entre desarrollo sanitario y desarrollo económico. De hecho la figura del sanitarista es anterior a la del médico como profesional liberal que vende servicios. Aún en este siglo los grandes sanitaristas, como lo fue Oswaldo Cruz en Brasil, formaban brigadas que perseguían a los habitantes para vacunarlos a la fuerza.

Este modelo configura un primer rol del Estado con relación a la salud en el cual, más que como proveedor, financiador o regulador del mercado de salud, pasaba a ejercer funciones de policía. Entre las responsabilidades de esta “policía médica” constaba la de transformar a los pobres en más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos. Fue necesario quebrar la hegemonía del modelo higienista para que la salud pasara a integrar los derechos sociales. Hacia fines del siglo pasado esta modalidad higienista de intervención del Estado en salud ya coexistía con una segunda modalidad de carácter asistencial más preocupada por la atención médica a la población enferma. Aunque aquélla resultaba más efectiva en el mantenimiento de la salud era percibida de forma negativa por el conjunto de la sociedad. Bismarck demostró que la expansión de la asistencia médica constituye un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral e industrial. Cuando introduce en 1881 el Seguro Social pretendía tanto aplacar a los socialistas (comandados por el ilustre médico patólogo Rudolf Virchow) como alcanzar la potencia industrial de Inglaterra y Francia. El canciller prusiano había observado que a los trabajadores les faltaban recursos para pagar los servicios médicos que les permitiesen acortar la convalecencia y disminuir, así, su ausentismo laboral.

En conclusión, para el Estado liberal la salud no formaba parte de la “cosa pública”. En la primera etapa de las políticas de salud la acción del Estado se limitaba al de “policía médica” ejerciendo el control de vectores en enfermedades transmisibles¹⁵. Los servicios de atención médica eran prestados como forma de caridad por Sociedades de Beneficencia y no configuraban una función del gobierno. A esta modalidad particular de relación Estado - ciudadano los analistas han denominado “ciudadanía invertida”¹⁶ porque la asistencia médica de carácter colectivo no constituía un derecho de los ciudadanos sino una “dádiva” otorgada a los excluidos,

¹⁴ GONZALEZ GARCÍA & TOBAR, *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires Isalud. 1999. 2da edición. Pág. 74.

¹⁵ ROSEN, op. cit., Págs. 50-65.

¹⁶ FLEURY TEIXEIRA, Sonia. *Estados sin Ciudadanos: Seguridad Social y Salud en América Latina*. Buenos Aires. Lugar editorial. 1997. Págs. 207-2015.

los no ciudadanos. La denominación proviene de la política asistencialista desarrollada a partir de las *Poor Laws* inglesas del siglo XVIII, por las cuales para tener acceso a la asistencia social las personas (pobres) perdían sus derechos civiles. Es decir, cuando se recibía ayuda social se perdía la condición de ciudadanía.

B. El Estado de Bienestar y la Salud.

El surgimiento de nuevas amenazas a la calidad de vida, tales como guerras, epidemias y grandes catástrofes, unido a la expansión de demandas sociales impulsaron una progresiva incorporación del Estado en las cuestiones de salud. Por ejemplo, en la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas.

Sin embargo, este proceso no se manifiesta de forma homogénea ni simultánea en todo el mundo. Se han identificado tres grandes trayectorias históricas en el desarrollo de los servicios de salud. Por un lado la trayectoria liberal de los Estados Unidos de Norteamérica que deriva en la consolidación de un fuerte mercado de seguros privados. Por otro lado, el modelo del seguro social bismarckiano. En tercer lugar el modelo de *Welfare* o Seguridad Social inspirado en el informe de Lord Beveridge.

B.1 Surgimiento del seguro social.

A pesar de su extraordinario avance científico y técnico en medicina los Estados Unidos de Norteamérica han persistido en esa definición de los cuidados de salud como un problema privado. Sólo a partir de los desastrosos efectos sociales de la crisis de 1929, el país del norte comenzó a avanzar hacia la incorporación de esquemas de protección social en general y de salud, en particular. El modelo existente de seguros sociales recién se institucionaliza en Estados Unidos en 1935¹⁷. Fue necesario que aquel país atravesara otra catástrofe, como la derrota de Vietnam, para que se tolere el surgimiento de los programas de salud dentro de la estructura del seguro social. Así se pasó de programas de asistencia para pobres, ancianos y ex combatientes a la institucionalización, en 1965, del Medicare -seguro de salud para ancianos- y del Medicaid -seguros de salud para carenciados-. El Estado incorporó nuevas funciones cada vez que se verificó que acciones públicas podrían evitar un gran número de muertes. La mayoría de las veces tal verificación fue aceptada *ex post facto*.

¹⁷ GONZALEZ GARCIA & TOBAR, op.cit., Pág. 5.

En Europa, con el desarrollo de una clase trabajadora mayoritaria comienzan a surgir mecanismos administrativos y financieros de concesión de beneficios tales como pensiones, seguros por accidente de trabajo, atención de la salud del trabajador y su familia, guarderías, auxilio por natalidad, peculio, etc. Los mismos se expanden tanto por iniciativa de los propios trabajadores –de forma autónoma a la que se denominó mutualismo- como de forma conjunta con las empresas y el Estado – esquema tripartito-.

El modelo del seguro social expresa un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo. Desde una perspectiva histórica la modalidad del seguro social se corresponde con las formas clásicas de asociación sindical y mutual. Se inicia con la incorporación de los oficios en la edad media, pero en realidad esas formas organizativas de protección social van creciendo y madurando hasta la época de transición de la fase competitiva a la fase monopólica del capitalismo. Es entonces cuando comienzan a surgir efectivamente nuevos sindicatos y corporaciones profesionales.

Los gremios y sindicatos se hicieron cargo de la salud de los trabajadores mucho antes que el Estado y el mercado¹⁸. Pero lo que transforma este modelo de atención y protección de la salud en un sistema es el pasaje del seguro individual al seguro social. Es decir, la proclamación legal de la obligatoriedad del seguro. El seguro gremial evoluciona hasta la intervención del Estado. Es entonces cuando el gobierno incorpora las funciones de regulación del mercado de trabajo, con una leve regulación de las empresas y adquiere responsabilidad en el financiamiento de las acciones.

En sus inicios se financiaba con la cotización específica de las personas para tener acceso al seguro. Los cotizantes se agrupaban o por categoría profesional o por empresa o ramo de la producción. Sin embargo, en un segundo momento la financiación deja de ser exclusiva de los beneficiarios porque se registra un interés específico de los capitalistas en cofinanciar y hasta financiar integralmente los seguros ya que esto les otorga un margen de regulación sobre el mercado de trabajo. El seguro evoluciona desde la auto - organización voluntaria de un grupo de trabajadores de un mismo oficio, pasando por la organización de un grupo de trabajadores de la misma empresa que en muchos casos logra alguna cofinanciación por parte de los empleadores, hasta la intervención del Estado en ese proceso.

Con la incorporación del Estado, el seguro social adquiere una forma tripartita cuyo origen se detecta en la Alemania que, unificada por el Canciller Otto Von

¹⁸ ABEL-SMITH, Brian. ¿Cuánto cuesta la salud? .Salamanca. Mapfre.1982. Págs. 87-95.

Bismarck, incorpora una forma de protección social financiada de manera conjunta por el Estado, los trabajadores y las empresas.

El modelo del seguro social bismarckiano no fue adoptado en Inglaterra, donde continuaron las formas autónomas, liberales y asistenciales de políticas sociales. Inglaterra continúa con una forma de asistencialismo combinada con el seguro (en las grandes empresas) hasta la segunda guerra mundial. Mientras que Alemania, así también como otros estados de Europa y posteriormente de América Latina, que siguieron el mismo modelo, marcharon hacia las formas más centralizadas de la política social.

B.2 El Estado de Bienestar.

A medida que el mercado de trabajo formal crecía el seguro social como esquema de protección se expandía y redefinía. Desde la unificación de Alemania, en la década de 1870, hasta la década que transcurre entre 1930 y 1940 se registró una dinámica económica que promovió una gran formalización del mercado de trabajo de modo que alrededor del 90% de la población económicamente activa europea pertenecía al sector asalariado formal.

Las guerras en Europa ocasionaron una transformación en el comportamiento de las personas y afectaron el funcionamiento de los esquemas de protección social. Cuando una ciudad era bombardeada no existía forma de distinguir entre los heridos aquellos que contaban con protección social de los que no la tenían. Esta situación originó formas de solidaridad diferentes a las tradicionales que impulsaron a los esquemas de protección asistencialista y del seguro social.

Se formula entonces la salud como un derecho universal y el acceso a los servicios pasa a ser garantizado y financiado con recursos públicos. Esta forma de organización de los sistemas de salud se tornó hegemónica en Europa a partir de los años cincuenta. Desde el punto de vista de la financiación la universalización de la protección de la salud que surge en la postguerra se apoya en cierta facilidad para lograr solventar a esa porción minoritaria de la población que no contaba con ninguna forma de protección social. Financiar esa nueva obligación del Estado a través de recursos fiscales obtenidos vía impuestos y contribuciones laborales no resultaba muy difícil en países que pasaban por una fase de franca recuperación económica.

En sentido estricto se diferencia el sistema del “seguro social” del de “seguridad social”. En los países que han incorporado reformas de sus sistemas de salud avanzando desde el primero hacia la segunda tales como Italia, España y Brasil tal distinción es de uso corriente. No obstante, en la mayoría de los países de América

Latina se les suele usar como sinónimos¹⁹. El modelo universalista o de seguridad social, involucra la adopción del *Welfare State*, cuya primera formulación legal aparece con el informe del Lord Beveridge (1942) y las leyes consecuentes en Inglaterra. Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor²⁰.

B.3 El Estado de Compromiso.

En la República Argentina esta dinámica no sigue exactamente los mismos padrones que en Europa. Luego de la crisis del 29 aumenta rápidamente la presencia del Estado en diferentes áreas de la vida social. Comienza entonces la expansión de los servicios de salud asociada a la ampliación de los derechos del ciudadano. Hasta 1943 la salud era competencia del Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior. Ese mismo año se dio el primer paso hacia el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social que en 1949 se transformó en Ministerio.

En el ámbito de la salud, la década del 40 es escenario de un doble nacimiento: el del Estado “responsable-garante” del derecho a la salud, y el de las organizaciones sindicales, estatales y para-estatales, que más tarde darán origen al sistema de obras sociales²¹. Es decir, por un lado, la década del cuarenta registra la expansión de los derechos sociales en general y de una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, aproximándose notablemente al modelo del Estado de Bienestar. Pero por otro lado se expande la lógica del seguro social focalizado en un grupo de trabajadores formales asalariados.

¹⁹ ZERDA, A. Et alt. Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos. Washington. OPS/OMS.2001. Pág. 34

²⁰ GONZALEZ GARCÍA, op.cit., Pág. 73.

²¹ BELMARINO, Susana. “Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica” En: cuadernos Médicos Sociales n°55:1991. Pág. 13.

Como evidencia a favor de considerar que la República Argentina avanzó en la incorporación de un estado de Bienestar se puede argumentar que entre 1946 y 1951 se construyeron 35 policlínicos en todo el país. Esto llevó las camas públicas a más de 130.000, esto significa 7,4 camas cada 1000 habitantes²². En una década prácticamente se triplicó la cantidad de enfermeras y la de médicos se duplicó. A comienzos de los 50 se había erradicado el paludismo que sólo cuatro años antes afectaba a trescientos mil argentinos y nuestro país contaba con una de las mayores coberturas del mundo. Durante los nueve años de la gestión de Ramón Carrillo al mando de la cartera sanitaria se institucionaliza una concepción propia de la Medicina Social. Durante el Primer Plan Quinquenal de Desarrollo (1947-1951) se sancionan las leyes de sanidad pública (N° 13.012) y de construcción, habilitación y funcionamiento de servicios de salud (N° 13.019). A través de las mismas se garantiza la financiación y sostenibilidad de los servicios públicos para ofrecer asistencia médica, completa, y gratuita al 65% de la población argentina que era considerada no pudiente y para ofrecer servicios a tarifas reducidas a otro 20% de la población en mejor posición económica²³.

Sin embargo, también se argumenta que la lógica de expansión de los servicios de salud no siguió el modelo igualitario y universal del Estado de Bienestar Europeo. Por este motivo algunos autores proponen no hablar de un Estado de Bienestar sino de un “Estado de compromiso” o aún de un “*Welfare State* a la criolla”²⁴. Poco después de la gestión de Ramón Carrillo con sus avances en la implementación de un sistema público de salud, la dirección del sistema comenzó a avanzar en el sentido de un modelo de seguros de salud. En la década del cincuenta se expande y consolida el sistema de obras sociales estrechamente vinculados con sistemas solidarios de financiamiento de servicios de atención médica; con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados.

El surgimiento del sindicalismo como actor reconocido en el interior del sistema político, que se encuentra en la base del “Estado de Compromiso”, no sólo representa una de las diferencias más importante con las condiciones vigentes bajo el Estado

²² GERMANI, GINO. Estructura social de la Argentina. Análisis estadístico. Buenos Aires. Ediciones del Solar. 1987. Pág. 31.

²³ NOVICK, Susana. “La salud en los planes nacionales de Desarrollo: Argentina 1964-1989”. En: DOMÍNGUEZ MONA *et al.* 2000. Pág. 41.

²⁴ NOVICK, Susana, op .cit., Pág. 54-60.

liberal; constituirá además un dato sustantivo en las formas de organización de los sistemas de salud y atención médica²⁵.

La predisposición a incorporar nuevos actores en el debate sobre las políticas públicas permite la inclusión de modelos técnicos modernos en la gestión del Estado. De esta manera, el gobierno asume un amplio conjunto de funciones en el área de salud, como la de proveedor de servicios de atención, la regulación de recursos y tecnología, la fiscalización y control del ambiente, etc. No obstante, al mismo tiempo, persisten instituciones de salud propias de la Argentina liberal, hospitales, instituciones de beneficencia, mutualidades, etc, de poca vinculación con la política estatal, de carácter clientelista y de baja racionalidad en su gestión. Aunque la salud como cosa pública aumenta, la legislación social referida a salud se restringe a los accidentes de trabajo. En otras palabras, el rol del Estado se redefine en términos globales incluyendo al bienestar de la población como premisa y una amplia convocatoria social. A pesar de ello se consolida un sistema heterogéneo y fragmentado que luego se constituirá en el principal condicionante de la formulación de políticas de salud. La preservación y expansión del seguro de salud asociado a los gremios y con control estatal caracteriza una modalidad particular de expansión de la ciudadanía que ha sido caracterizada como “ciudadanía regulada”²⁶.

C. El Estado Desarrollista y la Salud.

El sector salud sufre el impacto de las políticas de austeridad fiscal. Los intentos por disminuir el gasto del Estado Nacional conducen a propuestas de racionalización del sector público, que en la práctica, se traducen en la paralización del crecimiento de su capacidad instalada, e incluso en el deterioro de la existente. Las propuestas de descentralización y desburocratización -específicamente dirigidas al cuestionamiento del modelo organizativo peronista- concluyen por trasladar bajo la responsabilidad de los estados provinciales la administración de la red hospitalaria nacional. Esta “política de transferencia” que impacta diferencialmente a los servicios según capacidad de gasto y de gestión de los respectivos gobiernos provinciales, profundiza las carencias de una red de servicios que en buena medida se había conformado bajo el imperio de la discrecionalidad y la improvisación”²⁷.

No obstante, la contracción de la actividad social del Estado no involucra un “achicamiento” ni una privatización: “Por el contrario, los organismos estatales se

²⁵ BELMARTINO, op.cit., Págs. 43-50.

²⁶ FLEURY TEIXEIRA, op.cit, Pág. 15.

²⁷ BELMARINO, op.cit., Págs. 50-58.

expanden, cubriendo nuevos ámbitos de intervención. Comienza a desarrollarse en su interior una capa tecnoburocrática, con vinculaciones en el sector empresario nacional e internacional, directamente comprometida en tareas de planificación del desarrollo a partir del estímulo a la iniciativa privada. El discurso “modernizante” y “eficientista” pone el acento en la distribución racional de recursos por definición insuficientes”²⁸.

D. El Estado Neoliberal y la Salud.

El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976 asume características fundacionales y desarrolla todos sus esfuerzos en erradicar las bases del Estado de compromiso que asumía funciones de intervención, de mediación de intereses conflictivos, con un fuerte rol en la distribución del ingreso a través de instrumentos fiscales, que asumía un compromiso activo con el desarrollo industrial y donde las políticas sociales tenían un papel fundamental. Las Fuerzas Armadas incorporan el discurso neoliberal que da fundamento a su equipo económico. Esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. Principios modernizadores como la jerarquización de la red sanitaria, el desarrollo de redes y de sistemas locales aparecen esbozados en el discurso oficial.

Aunque en la práctica esto no ocurre y lo que se opera es una descentralización de los hospitales que transfiere el conflicto a la esfera provincial liberando al presupuesto fiscal de toda responsabilidad por la salud de la población, inclusive del sostenimiento del hospital público, al que se otorga la posibilidad de financiamiento mediante el arancelamiento y la contratación con las obras sociales.

2. Reformas del sistema de salud, escenarios y tendencias.

En el caso específico de las reformas de los sistemas de salud han tendido a homogeneizarse ciertas definiciones comunes para la identificación de estos procesos. La amplitud, el alcance y la profundidad de las iniciativas, mediante la transformación de las estructuras institucionales y organizacionales de los sistemas, parecen ser los requisitos necesarios de un proceso de reforma. En este sentido, Knowles y otros proponen una definición básica y suficientemente abarcativa del proceso de reforma del sistema de salud, pues entienden a éste como “un proceso que aspira cambiar de manera significativa las políticas, programas y procedimientos nacionales a través del

²⁸ BELMARINO, op.cit.,Pág 101-108.

cambio de las prioridades, leyes, reglamentos, estructura administrativa y organizativa y ordenación financiera del sector salud. Las metas centrales a menudo buscan mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia y/o la sustentabilidad del sector”.²⁹

En cuanto a los objetivos sustantivos de las reformas, la experiencia internacional reciente muestra diversas estrategias hacia la reformulación de las funciones estatales en salud, tendientes a redefinir un nuevo *mix* público-privado. Por ejemplo, a partir de las reformas introducidas en el *National Health Service* inglés se ha venido observando una tendencia a la disociación entre las funciones de financiamiento y provisión. De acuerdo a este nuevo esquema el estado se concentra en la función de compra y contratación de servicios a los prestadores, sean públicos o privados. Otra característica que prevalece en las estrategias reformistas es la búsqueda de que el financiamiento acompañe la opción del paciente, mediante el subsidio a la demanda antes que a la oferta. En este nuevo contexto el Estado asume una función más cercana a la de asegurador y regulador que a la de prestador. En otros esquemas de reforma se favorece una apertura hacia la expansión de los mercados en la esfera del aseguramiento.³⁰

2.1 El porqué de la intervención estatal y la búsqueda de la equidad.

No sólo lo que habitualmente se conoce como fallas de mercado hace necesaria la intervención del Estado, también el problema de la desigualdad constituye un factor que justifica la intervención pública. Esto remite a la idea de la existencia de bienes y servicios, como los de atención sanitaria, cuyo acceso debe estar garantizado a las personas independientemente de su nivel de ingreso o condición social. En razón de esto, los servicios de salud son caracterizados como bienes meritorios, pues los mecanismos de mercado no pueden garantizar el acceso universal y equitativo a ellos.

Por ello, la intervención pública tiene que comprometerse en su financiamiento y establecer a través de la decisión política los criterios de distribución del bien salud en sustitución de la “soberanía del consumidor”.

La posición que sostiene que la provisión de los servicios de salud debe fundarse en el criterio de “igual acceso a igual necesidad” con independencia de su nivel de ingreso es conocida como igualitarismo específico. En la actualidad ha cobrado fuerza la idea de que el derecho de todos los ciudadanos a la asistencia

²⁹ ALONSO y colaboradores. “Las regulaciones del sistema de salud en Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional”. 1999. Págs. 8-36.

³⁰ ALONSO, op. cit., Págs.36-40.

sanitaria debe estar garantizado mediante el acceso a un nivel básico de servicios y prestaciones³¹, aunque todavía no se ha alcanzado un consenso general sobre qué debe contener el “paquete” obligatorio.

En un contexto de austeridad fiscal parece atractiva la idea de promover la cobertura de salud a través del recurso a la expansión creciente de los seguros privados. Quienes tengan capacidad adquisitiva suficiente para trasladar demanda al mercado de los aseguradores privados podrían resolver su cobertura de salud en este ámbito. En teoría, este desplazamiento descomprimiría la presión sobre el financiamiento público, que podría concentrarse en la atención de los sectores de menores ingresos. Sin embargo, la expansión de los seguros privados conlleva serios riesgos que deben ser tomados en cuenta. Una de las consecuencias más generales que parece desprenderse de los esquemas duales es que “los servicios para pobres terminan siendo pobres servicios”. La contracara necesaria de esto es que probablemente la dualización entre una clientela para el Estado y otra para el mercado acentúe el potencial veto contributivo de los ciudadanos que al canalizar su demanda a través del sector privado recibirán cada vez menos prestaciones del Estado o de los seguros sociales³².

En los sistemas de seguros privados los aportes no son proporcionales al nivel de ingreso, las primas no sólo son elevadas sino que también son uniformes, además se agregan primas extras a medida que aumenta la carga familiar del asegurado³³. Estos factores limitan la posibilidad de una expansión creciente de la cobertura de los seguros privados, que seleccionan riesgos y buscan captar a los clientes potenciales de mayor ingreso y con menor carga familiar. Los seguros privados presentan elevados niveles de gasto administrativo, como consecuencia de las actividades de comercialización y publicidad en la que estos sistemas son intensivos. Además, debe sumarse el costo adicional representado por las utilidades. Todos estos costos pueden trepar hasta un nivel equivalente a casi la mitad de la prima de las pólizas individuales³⁴. El resultado es, generalmente, un elevado gasto en salud, al mismo tiempo que importantes sectores sociales no son alcanzados por la cobertura de los seguros privados. Al quedar atado el nivel de acceso a la salud a la capacidad

³¹ STIGLITZ J. “Justificación Económica de la Intervención del Estado”. Taurus. España. 1992. Pág. 50.

³² BANCO MUNDIAL, Invertir en Salud. Washington. 1993. Pág.15

³³ ABEL-SMITH, Brian .An introduction to health: Policy, planning and financing. Longman, London and New York, 1994. Págs. 46-48.

³⁴ ABEL-SMITH, op. cit., Pág. 50.

adquisitiva individual no hay presencia de mecanismos redistributivos. En los seguros públicos se garantiza, al menos de acuerdo a un estándar básico de prestaciones, igual acceso a todos los asegurados según igual necesidad, por eso se opera una redistribución desde los obligados con mayor ingreso hacia los de menor ingreso, además se evitan los copagos elevados.

Estos aspectos constituyen razones a favor de la intervención del Estado en el campo de la salud, pues existe amplio consenso en que el mercado no puede resolver las necesidades de acceso a la salud de las personas sin provocar grandes desigualdades y exclusiones. Aún desde una perspectiva estrictamente económica se admite que dada la interdependencia de las funciones de utilidad de las personas existe interés en las condiciones de bienestar del resto de la sociedad, lo que promueve mecanismos redistributivos en favor de los sectores con menor ingreso y mayor riesgo de salud³⁵.

2.2. Modalidades de intervención estatal.

El conjunto de factores señalados anteriormente fundamenta la intervención del Estado en el sector salud, cuya amplitud y características dependerá de los arreglos institucionales que establezcan los equilibrios específicos entre las funciones aseguradoras, prestadoras y regulatorias. La experiencia internacional muestra diferentes modalidades organizativas de los sistemas de salud, que implican distintas formas de enfrentar problemas tales como las fallas de mercado, los problemas de desigualdad y el incremento del gasto. El abanico de soluciones puede abarcar desde sistemas de servicios o seguros nacionales de salud, con diverso grado de descentralización, sistemas de seguridad social y esquemas de competencia regulada con base en seguros privados.

El carácter público del financiamiento está determinado por la obligatoriedad del aseguramiento. Una primera cuestión referida a este punto se vincula con la financiación a través de impuestos generales o aportes y contribuciones sobre la nómina salarial. A excepción de los servicios nacionales de salud, habitualmente financiados por rentas generales, en muchos países tiende a prevalecer un mix en la estructura del financiamiento pero con creciente peso relativo de los impuestos generales. Esto último parece ser lo aconsejable desde el punto de vista de la

³⁵ MIRANDA RADIC, Ernesto. Sistemas de salud en el mundo. Centro de estudio Públicos. Chile. 1993. Pág. 32-35.

equidad, pero no todos los países están en condiciones de sustituir en lo inmediato una fuente de financiamiento por otra.

La introducción de mecanismos de mercado, ya sea en la esfera del aseguramiento y/o la provisión, está exigiendo un creciente desarrollo de funciones regulatorias por parte de los estados. La solución organizada en torno a la definición de un paquete básico y común de prestaciones para todos los beneficiarios exige mejor control y regulación pública antes que “menos” Estado. Pues aunque quede en manos del individuo la elección del prestador directo, alguna entidad tendrá necesariamente que asumir las funciones de definir la composición de la canasta básica, negociar con los prestadores los valores de ese paquete universal, garantizar el acceso igualitario a todos los beneficiarios del sistema, distribuir información y vigilar por el mantenimiento de la calidad de los servicios. No parece haber candidato más adecuado para asumir estos roles que el propio Estado.

La intervención regulatoria busca contrarrestar las fallas de mercado, y abarca aspectos vinculados a la oferta, los procesos y los resultados de los sistemas de salud. Desde el punto de vista de la oferta, la experiencia internacional muestra regulaciones referidas a la formación de los recursos humanos, tanto cuantitativa como cualitativamente. Además de lo vinculado con la políticas universitarias, estos roles se cumplen mediante mecanismos de acreditación y recertificación periódica de médicos e instituciones. El desarrollo de dichas funciones se ha vinculado en los últimos años con la creciente importancia del factor calidad como criterio regulador de los sistemas de salud. La evolución histórica ha mostrado una transición que llevó desde las prácticas tradicionales para la evaluación del trabajo médico mediante los controles habituales de la vida hospitalaria, pasando por la formación de los mecanismos de las auditorías médicas, hasta la consagración de criterios más rigurosos para evaluar las prestaciones de salud en base al mejoramiento y garantía del factor calidad.

Esta nueva tendencia en el ámbito de los servicios de salud hace eco de la problemática sobre la calidad total emergente del mundo de la producción, que ha buscado expandir el proceso de control de calidad desde el producto final a todas las fases productivas, desde el diseño hasta la comercialización. El proceso de terciarización de las economías también favoreció la propagación del enfoque de calidad total hacia los servicios, entre los cuales se encuentran los de salud. Es decir que la convergencia de factores endógenos y exógenos al propio campo sanitario ha llevado a la constitución de una auténtica corriente de calidad en el ámbito del sistema de salud.

Otro aspecto que requiere regulación estatal es la incorporación de tecnología y de medicamentos. Respecto a este último factor existe controversia entre la posición

que aconseja regular mediante la determinación y operación en base a paquetes de productos “genéricos” en el mercado farmacéutico³⁶, por ejemplo, y la de quienes sostienen la inconveniencia de eliminar las rentas innovativas que este mecanismo supondría, pues ello desestimularía las actividades de investigación y desarrollo por parte de los agentes económicos, lo que limitaría la búsqueda de nuevos productos³⁷. Esta última posición recomienda, no obstante, un fuerte marco regulatorio que proteja el interés del usuario y a la vez no bloquee la acción innovativa.

Aun cuando los resultados en salud están influenciados por múltiples factores y no sólo por la atención médica, en los países desarrollados se recurre cada vez más a los indicadores de resultados en salud (cambios en morbi-mortalidad, fecundidad, etc.) de la población como medida de la calidad de la atención y de la performance general de sus sistemas de salud.

En un marco regulatorio que introduce la competencia entre aseguradores y/o prestadores, éstos podrían competir, según algunas propuestas, no sobre la base de precio, cobertura de servicios o calidad, sino por los resultados de salud de las poblaciones bajo su cobertura³⁸. Para que ello fuera posible los aseguradores recibirían cápitales ajustados por riesgo, de modo de contrarrestar la selección adversa, lo que debería ser diseñado y aplicado por la agencia regulatoria estatal. Además, los aseguradores y/o prestadores, serían incentivados por las mejoras epidemiológicas que logren en su población afiliada. Para poder efectivizar estos criterios de evaluación con fines regulatorios es necesario el desarrollo de complejos sistemas de producción y distribución de información sanitaria, atendiendo al monitoreo de los resultados en términos de perfiles epidemiológicos. Ello exigiría el fortalecimiento de capacidades técnicas y administrativas no sólo de la agencia regulatoria sino también de todas las agencias estatales involucradas en el sector salud.³⁹

Otra función regulatoria clave que debe cumplir el Estado es el suministro de información al usuario de los servicios de salud, de tal manera de contribuir a la superación de los problemas de asimetría de información. El asegurado debe recibir información que lo oriente en su decisión. Las agencias reguladoras deben generar y distribuir información sobre el desempeño de los prestadores, así como sobre la

³⁶ BANCO MUNDIAL, op cit., Págs. 70-68.

³⁷ KATZ, op, cit., Pág. 39.

³⁸ TOBAR, F. “Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina”. Salud para todos Año 7. Número 70. Mayo 1999. Páginas 18-19

³⁹ ALONSO, op cit., Pág. 27.

composición de las prestaciones obligatorias, los medicamentos y los costos y eficacia de los servicios. También debe difundirse información sobre los niveles de acreditación de los hospitales e instituciones prestadoras⁴⁰. El Estado debe tener a su cargo las campañas de promoción de nuevos estilos de vida favorables a una mejor salud, así como promover los modelos de medicina preventiva.

Si se trata de orientar la elección del asegurador por parte del usuario el Estado regulador debe fiscalizar el cumplimiento efectivo de los planes médico-asistenciales, facilitar el análisis de las distintas alternativas y garantizar el acceso a información adecuada sobre las condiciones de suscripción de los contratos. Dentro de los instrumentos regulatorios que deben incorporarse es necesario contar con una eficaz gestión estatal en actividades de control, tales como auditorías anuales de los seguros, controles financiero- contables periódicos y el establecimiento de requisitos de capital mínimo y reservas técnicas. Complementariamente a la protección al usuario ejercido por las agencias reguladoras también pueden desarrollarse entidades articuladoras de demanda o asociaciones de consumidores.

Uno de los rasgos principales de las actuales reformas a los sistemas de salud son los procesos de descentralización. Este aspecto exige el desarrollo de políticas de coordinación, compensatorias y redistributivas entre regiones por parte de los niveles estatales centrales. Como consecuencia de los nuevos contextos, uno de los principales *bienes públicos* que debe producir el Estado es la elaboración de una política nacional de salud, que evite la desarticulación y fragmentación del sistema. Además de las estrategias encaminadas a lograr mayores niveles de coordinación entre entidades subnacionales, la política nacional también debería inducir la transformación de los modelos de gestión sanitaria, promoviendo la atención primaria y la medicina preventiva. Todo esto requeriría del diseño de ámbitos institucionalizados de negociación y toma de decisiones conjuntas entre la autoridad nacional y la estadual o provincial.

3. La reforma del sector salud en la Argentina.

El sistema de salud argentino se ha configurado a través del desarrollo de tres subsectores: uno público, otro comprendido dentro de la seguridad social y un tercer sector de seguros privados. El rasgo más evidente del sistema es la desarticulación entre los distintos subsectores que lo conforman y la fragmentación que tiende a manifestarse dentro de ellos. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (1998) los principales problemas que aquejan al sistema son: “la deficiente

⁴⁰ BANCO MUNDIAL, op. cit., Pág. 100.

articulación de los subsectores, la desigualdad en los niveles de calidad de la atención de salud y el acceso limitado de algunos grupos poblacionales a los servicios". También debería considerarse el bajo nivel de regulación con que se desarrollaron algunos subsectores, especialmente el de seguros privados.

El subsector público.

La prestación del subsistema público es teóricamente universal, pero en la práctica ha terminado siendo fundamentalmente el refugio de los sectores de menores ingresos que carecen de cobertura de seguridad social y de capacidad de gasto privado, así como de aquellas personas que enfrentan restricciones geográficas. Con el aumento de los problemas del mercado de trabajo (desocupación e informalización) la población que no puede acceder a la cobertura de la seguridad social ha aumentado y por lo tanto se ha incrementado aún más la demanda social sobre el subsector público, agravándose los problemas que lo aquejan (crisis fiscal, deterioro en la calidad de los servicios, etc.).

Como consecuencia de los procesos de descentralización casi toda la infraestructura hospitalaria del país está bajo jurisdicción provincial y en menor medida municipal. Los procesos de descentralización habrían respondido más al intento de reformular la relación financiera entre la Nación y los estados provinciales que a objetivos sanitarios coordinados nacionalmente. Sostenido prioritariamente por esta racionalidad, no es seguro que los impactos del proceso descentralizador tiendan a contrarrestar los desequilibrios regionales que, habitualmente superpuestos a los factores de desigual acceso social a la cobertura, se manifiestan en el sector salud⁴¹.

El financiamiento del subsector público proviene de rentas generales, pero desde abril de 1993, mediante el Decreto 578, se ha incorporado el sistema del *Hospital de autogestión* que busca obtener financiamiento complementario mediante el cobro a las obras sociales y empresas de medicina prepaga de los servicios prestados a afiliados que se atienden en el hospital público. Este cambio impacta sobre el sistema de obras sociales, pues se compromete al Fondo de Redistribución del sistema para el pago automático de las prestaciones que los hospitales inscriptos en el nuevo régimen de autogestión brinden a personas con cobertura de seguridad social⁴².

⁴¹ ALONSO, op cit., Pág. 45.

⁴² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD .La vida en el siglo XXI. Mundi-prensa Barcelona.1998. Pág. 134.

El sistema del hospital de autogestión también busca promover un modelo de atención médica más concentrado en la estrategia de atención primaria y en acciones de prevención, docencia, investigación y educación para la salud.

Uno de los objetivos centrales de este nuevo modelo está dirigido a terminar con el subsidio encubierto que el subsector público pagaba al sector de la seguridad social, además habilita al hospital para competir por nuevas fuentes de financiamiento. No obstante, hasta el momento los montos de facturación en virtud del nuevo régimen no son muy significativos en relación con el nivel total del gasto público en salud. Debe considerarse que la posibilidad de realización efectiva de los objetivos del hospital de autogestión depende de la capacidad de implementar un empadronamiento único de los trabajadores formales y del registro de la población carenciada. Se han logrado avances con respecto al primer aspecto, aunque han surgido dificultades para trasladar los datos provenientes del sistema de identificación laboral (CUIL) a una tarjeta única de acreditación del beneficiario, que establezca la respectiva obra social que le brinda cobertura. Si no se implementa efectivamente este mecanismo, mediante la identificación del paciente y la responsabilidad por la cobertura de la respectiva obra social, será difícil reducir la posible evasión por parte de las obras sociales. Todo esto presupone también cambios en la institución hospitalaria, mediante el acondicionamiento de sus recursos organizacionales y humanos dirigidos a la implementación de un sistema de facturación a terceros pagadores.⁴³

También debe considerarse que las restricciones para obtener financiamiento complementario por parte del hospital público obedecen a problemas más estructurales. Por un lado, el hospital público capta crecientemente población desplazada de otros subsistemas y carente de toda forma de seguro. Por otro, dado que las obras sociales han preferido tradicionalmente la contratación con prestadores privados, para torcer esta persistente tendencia de largo plazo el hospital público debería renovar su infraestructura de servicios pero esto no es probable en un contexto de austeridad fiscal. Además, para evaluar las perspectivas a futuro de este modelo hospitalario debería considerarse que el riesgo subyacente en la competencia por financiamiento complementario proveniente de la seguridad social, al mismo tiempo que no se implementa un subsidio a la demanda para la población carenciada, es la posibilidad de que surjan estrategias de selección adversa por parte del hospital público autónomo respecto a quienes no tienen cobertura de obra social.

⁴³ ALONSO, op.cit., Pág. 59.

El subsector privado.

El subsector privado además del subsistema de seguridad social (*obras sociales*), en los últimos años se ha configurado un subsector de seguros privados que encuentra su principal clientela en estratos medios y medios altos. Debido a la afiliación obligatoria a la obra social respectiva a cada rama de actividad, es posible que una parte significativa de la población cubierta por seguros privados mantenga el aporte a la obra social.

Este subsector reconoce antecedentes en alguna de las formas de prestación privada que se habían desarrollado históricamente en la Argentina, pero la rápida expansión observada en los últimos años se verifica en empresas que captan demanda de aseguramiento voluntario en el mercado. Dentro de este panorama el menú de alternativas es amplio: planes de salud ofrecidos por hospitales de comunidad o entidades con o sin fines de lucro, programas a cargo de asociaciones intermedias de prestadores o empresas, entre otras variantes; sin embargo, el desarrollo más importante ha correspondido a las empresas de medicina prepaga.

En un comienzo la rápida expansión de este sector habría obedecido a las deficiencias que presentaban tanto el sector público como, especialmente, la seguridad social. En los últimos años cobró nuevo impulso como consecuencia de los contextos económicos nacionales e internacionales, que promovieron una fuerte entrada de capitales extranjeros en el sector mediante la compra de diversos prepagos nacionales. La dinámica espontánea del mercado abrió un vasto frente para los negocios privados pero evidentemente resultó inadecuada para garantizar el alcance y la calidad de la cobertura a los afiliados a estos planes.

Este factor ha generado la necesidad de avanzar en la regulación y control del sector por parte del estado -hasta el momento escaso- y en la discusión acerca de la naturaleza específica de estas empresas. En el año 1993, la Superintendencia de Seguros de la Nación dio a conocer un anteproyecto que consideraba a las empresas de medicina prepaga como aseguradoras comerciales. Este proyecto fue descartado, pero instaló la cuestión en la agenda política y promovió una mayor atención sobre las características del sector. Con respecto a las aseguradoras de bienes comerciales tienen aspectos coincidentes y también evidentes diferencias: las prepagas no sólo cubren el riesgo de enfermarse (eventual siniestro), también brindan los servicios restauratorios de la salud, lo que las asemeja a empresas de servicios. No obstante, el modo en que buscan atenuar los riesgos financieros es análogo con los comportamientos de las aseguradoras comerciales: fijan períodos de carencia, no cubren patologías preexistentes, establecen topes de consumo para beneficiarios con

alta propensión de gasto y excluyen a determinadas enfermedades o tratamientos⁴⁴. Estos aspectos, junto con la naturaleza del financiamiento privado, que no incorpora fines redistributivos, son los que señalan la mayor diferencia de las empresas de medicina prepaga con las obras sociales. La política pública sobre el sector se ha desarrollado hacia un punto de convergencia entre la desregulación de las obras sociales y la regulación de las prepagas. Esto último ha sido visto como el paso necesario para que las empresas de medicina prepaga puedan competir en algún momento por el aporte obligatorio de la seguridad social. De continuarse con esta estrategia, lo más adecuado sería que la regulación de las prepagas sea ejecutada por la misma agencia regulatoria que supervisa al sistema de obras sociales. En los últimos tiempos, la medida más destacada en la búsqueda de una convergencia entre los subsectores ha sido la obligatoriedad impuesta a las prepagas para que cumplan, igual que las obras sociales, con el Programa Médico Obligatorio.

El subsistema de obras sociales.

Si bien se han tomado iniciativas importantes que afectan al subsistema público de salud, tales como la descentralización hospitalaria y el régimen del hospital de autogestión, así como se ha dado los primeros pasos hacia la regulación de los prepagos, el foco principal de las iniciativas de reforma al sistema de salud argentino en los últimos años se ha concentrado en el subsistema de las obras sociales sindicales.

Esto demuestra que la dinámica política que ha llevado a priorizar a este subsector como ámbito de reforma no emerge necesariamente de la propia lógica del sistema de salud en su conjunto, que exigiría operar en simultáneo sobre varios frentes.

Por un lado, las políticas tienden a sujetarse a las restricciones institucionales derivadas de la transferencia de los hospitales públicos a las provincias y por lo tanto el gobierno central prioriza acciones en la jurisdicción nacional. Por otro, para comprender esta política es necesario considerar el modo en que el sistema de obras sociales se constituyó en una cuestión central en la relación Estado-sindicatos. Al quedar colocada en el ámbito global de la política laboral y sindical, esta cuestión hace eco de conflictos extrasectoriales y se generan en torno a ella intercambios políticos y

⁴⁴ ALONSO y colaboradores, op cit., Pág. 63.

compensaciones cruzadas entre las diversas arenas en la que está implantado el actor sindical.⁴⁵

El mayor número de las obras sociales de jurisdicción nacional se encuentran regidas por la Ley 23.660. Actualmente la agencia regulatoria que controla y fiscaliza a las obras sociales nacionales es la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo que continúa a la ex Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) y al ex Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS). Es un organismo descentralizado ubicado en la esfera de la Secretaría de Salud de la Nación. Junto a este sistema se agregan las obras sociales de jurisdicción provincial, municipal y las del poder judicial, legislativo y de las fuerzas armadas y de seguridad, que están reguladas por normas legales específicas.⁴⁶

La sociedad argentina mantuvo tradicionalmente una elevada proporción de asalariados sobre el total de la población económicamente activa (PEA). Ello favoreció una amplia cobertura del seguro social de salud, más extendida que en otros países latinoamericanos con menor peso relativo del trabajo asalariado en sus estructuras socio-ocupacionales.

Se ha estimado que en los años setenta el sistema de obras sociales había alcanzado a dar cobertura a aproximadamente dos tercios de la población total. Sin embargo, la estrecha relación entre trabajo asalariado y base contributiva de financiamiento le plantearon al sistema de obras sociales límites rígidos para extender su cobertura a la población que no está contenida en el mercado de trabajo formal. Cada trabajador quedaba afiliado a la obra social correspondiente a su sindicato, a favor de la cual se destinaban los aportes obligatorios. El sistema de obras sociales se organizó siguiendo las líneas de rama de actividad, con lo cual reprodujo las segmentaciones de la estructura productiva pero con prestación homogénea dentro de cada obra social. Es decir, todo trabajador perteneciente a una rama de actividad recibe la misma prestación independientemente de su nivel de aporte. Al interior de cada obra social, la redistribución se opera desde los trabajadores con mayor salario hacia los de menor ingreso, y desde los que tienen menor riesgo hacia los que presentan mayor riesgo. La afiliación obligatoria a la obra social correspondiente a cada rama de actividad dio lugar a "clientelas cautivas", aspecto organizativo del sistema que se constituyó en el centro de los diagnósticos y críticas predominantes sobre el régimen. Según éstas, el flujo asegurado de recursos, que implica la afiliación

⁴⁵ ALONSO, Guillermo. Estado, política y actores sociales en la reforma de la seguridad social Argentina. Tesis doctoral. FLACSO. México. Cap 4. 1997.

⁴⁶ <http://www.sssalud.gov.ar/index/home.php>.

obligatoria, y la ausencia de competencia hizo que las entidades no buscaran eficientizar el gasto ni mejorar la calidad de los servicios.

El sistema de obras sociales significó el logro de un seguro de salud para los trabajadores formales, lo que implicó un alto nivel de cobertura social mientras el mercado de trabajo presentó condiciones de pleno empleo y una alta tasa de asalarización. Pero la crisis del mercado de trabajo le planteó serios problemas de financiamiento y cobertura, ya que el sistema se financia con aportes del trabajador y contribuciones patronales sobre la nómina salarial. La tendencia a la fuerte caída del salario iniciada a mediados de los setenta es el principal factor que explica -por el lado del ingreso- los problemas de financiamiento que aquejan al sistema. Los problemas de desempleo creciente tienen un impacto sobre todo en disminución de la cobertura, mientras que sus efectos son más tenues en términos de financiamiento pues la caída de aportantes también implica disminución de beneficiarios, aunque este ajuste no es automático porque la obra social debe garantizar por un período de tres meses la prestación al desocupado. Junto con el crecimiento del desempleo y la caída del salario real se agregó el problema de la alta evasión observada en la economía, aspecto que se encuentra vinculado a la creciente informalización del mercado de trabajo y que origina serios problemas en la recaudación de aportes y contribuciones. El impacto de los problemas de financiamiento ha sido muy disímil entre distintas obras sociales según la rama de actividad en que se ubiquen. Esto se debe a los variables niveles de salario medio entre ramas y a los diferentes niveles de evasión. El distinto nivel de ingreso medio implicó una distribución muy desigual del gasto per cápita por obra social. La desigualdad en la disponibilidad de recursos heterogeneizó en cantidad y calidad las prestaciones que recibían los beneficiarios del sistema.

El Fondo de Redistribución del sistema se creó con el propósito de otorgar subsidios inversamente proporcionales a los ingresos promedios por beneficiario. Sin embargo, este no fue el criterio que prevaleció en la práctica. El Fondo no cumplió con el objetivo redistributivo *entre* obras sociales, consolidándose la lógica de un sistema que muestra solidaridad plena dentro de cada rama pero con bajo nivel de solidaridad entre ramas de actividad.

En resumen, el sistema llegó a presentar problemas de eficiencia y de equidad, que son en parte consecuencia de su organización institucional, así como de problemas estructurales vinculados a la crisis del mercado de trabajo. Durante la década de los ochenta el sistema entró en una evidente crisis y ya no podía seguir reproduciéndose de acuerdo a los parámetros de funcionamiento originarios, por lo cual se volvía necesario establecer nuevos principios institucionales, o al menos una racionalización profunda. La política de reforma durante los años noventa ha

promovido la introducción de nuevas reglas de juego (la *libre elección*) y la reconversión de las obras sociales.⁴⁷

4. Principales medidas en el proceso de reforma.

En enero de 1993 el Poder Ejecutivo Nacional mediante el Decreto N° 9 estableció la desregulación del sistema de obras sociales. La nueva disposición tenía alcance sobre los trabajadores comprendidos por la Ley 23.660, pero a diferencia de una propuesta oficial del año anterior, la libre elección por parte del afiliado quedaba limitada al universo de las obras sociales y no eran incorporadas a la competencia las empresas de medicina prepaga. En abril del mismo año, se dictó un nuevo Decreto reglamentario (576/93) de la Ley 23.660, cuyo contenido buscaba armonizar con la nueva política desregulatoria inaugurada con el decreto 9/93.

Razones de contexto político, así como el reconocimiento por parte del Poder Ejecutivo de la necesidad de contar con un padrón actualizado de afiliados al sistema abrieron un impasse en el impulso desregulador a la espera de su efectiva implementación. Desde entonces, predominó la percepción de que los *tiempos* de elaboración del padrón eran más políticos que técnicos, operando la demora de la desregulación como un intercambio político que permitía concertar con los sindicatos sobre ésta y otras políticas que los involucraban.

Sin embargo, la persistente demora en contar con un padrón completo y confiable, tanto de titulares como de familiares, aún después de implantado el derecho de opción, podría mostrar que su elaboración también es afectada por dificultades técnicas y no sólo por el cálculo político.

Durante 1995 se reactivarían las iniciativas de política en el proceso de reforma del sistema de obras sociales. Primero, el Decreto 292/95 estableció el criterio de distribución automática de los subsidios per cápita del Fondo de Redistribución. Este decreto también eliminaba la doble cobertura producto del múltiple empleo y establecía la unificación de los aportes. Luego, el Decreto 495/95 estableció nuevas disposiciones que aceleraron el proceso de reforma. Por un lado, se atenuaba la reducción, establecida por el anterior decreto, de los aportes patronales que contribuían a financiar el sistema: su alícuota sólo disminuiría en un punto, con lo cual quedaría en 5% sobre la nómina salarial. Por otro, la cápita por afiliado a compensar, que en el decreto anterior había sido fijada en 30 pesos, ahora sería elevada a 40 pesos. Además, se establecía un mecanismo de fusión de obras sociales para

⁴⁷ ALONSO, op. cit., Pág. 21.

aquellas que no alcanzaran los diez mil afiliados o no pudieran cumplir con el paquete de prestaciones básicas comunes. El *Programa Médico Obligatorio (PMO)* sería aprobado en mayo de 1996 por la Resolución 247 del Ministerio de Salud y Acción Social.

Estas medidas se daban dentro de un nuevo contexto en el proceso de reforma, configurado a partir de la ejecución del *Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales (PARSOS)*, que cuenta con la asistencia financiera del Banco Mundial. Este programa tiene como objetivo principal brindar apoyo técnico-financiero dirigido a lograr la reconversión de las obras sociales, mejorando su eficiencia administrativa y de gestión para adecuarlas al nuevo marco normativo y regulatorio. Para atender a este objetivo se creó un Fondo de Reconversión de Obras Sociales (FROS), que prevé la adhesión voluntaria de las obras sociales.

Hacia fines de 1996 se dieron otros pasos fundamentales hacia la implementación efectiva de la libre elección. El Decreto 1.141 reglamentó el derecho de opción de cambio entre las obras sociales sindicales y el Decreto 1.615 creó la Superintendencia de Servicios de Salud. Entre las principales funciones de la nueva Superintendencia se destacan:

- Fiscalización del Programa Médico Obligatorio, de las prestaciones para enfermos de SIDA y droga dependientes y de otros planes médico-asistenciales.

- Contralor del cumplimiento del Programa de Garantía de Calidad por parte de los prestadores y de los servicios brindados por ellos, y del requisito de su inscripción previa en un Registro Nacional.

- Supervisión del derecho a la libre opción de obra social por parte de los beneficiarios del sistema.

- Utilización, administración y actualización del padrón de beneficiarios.

- Control del cumplimiento del débito automático en relación al hospital público de autogestión.

- Fiscalización administrativa, financiera y contable de las obras sociales en todo el territorio nacional. (Control sobre las estructuras presupuestarias y sobre la relación entre gastos médicos y administrativos. Seguimiento sobre capitales mínimos, fondos de reserva y/o encajes técnicos).

- Atención al usuario en todo el país con instalación de servicios para ese objetivo .

- Producción de información, publicaciones, encuestas de satisfacción y audiencia pública anual.

- Desarrollo de programas actuariales y estadísticos.

- Capacitación del personal de acuerdo a los nuevos objetivos y tareas de la Superintendencia.

5. Los ejes de la reforma al sistema de obras sociales.

En la descripción de la crisis del sistema de obras sociales hemos observado la manifestación conjunta de problemas de eficiencia y equidad. Estas son características que también reflejan una tendencia general del sistema de salud argentino. En cierto modo, las políticas de reforma se plegaron a la lógica desarticulada y fragmentada del sistema, pues avanzaron predominantemente sobre uno de los subsistemas. A su vez, a lo largo de una línea de desarrollo no del todo coherente la política sobre las obras sociales ha enfatizado diagnósticos y desplegado estrategias considerablemente unilaterales.

A partir de la correcta percepción de las distorsiones generadas por la cautividad tendió a definirse a ésta como el único punto de ataque de la política y, entonces, la "libre elección" se constituyó en el *alfa y omega* de la solución a los problemas del sistema.

El diagnóstico privilegió el problema de eficiencia que, sin duda importante, no era el único; mientras que "el criterio de equidad es el resultado del esquema que permite introducir la libre elección" ⁴⁸

En un primer momento, en 1992, se propuso a través del mecanismo de la CUPAM20 un subsidio a la demanda mediante una cápita de nivel uniforme para cada beneficiario.

Esta era una solución que representaba un esquema fuertemente redistributivo, pero el proyecto finalmente fue descartado. A partir de los decretos de 1993 el tratamiento de la equidad se modificó: cada trabajador haría uso de la libre elección con el porcentaje de su salario sujeto a aporte. Esto significa que si los afiliados de ingresos altos deciden cambiar de obra social no desplazan hacia la nueva opción el aporte medio de su gremio de pertenencia sino su propio aporte. Si se generalizara la tendencia de que los aportes altos se desplazaran hacia las obras sociales con nivel de aporte medio más alto, la consecuencia sería una alta concentración en pocas entidades de los niveles salariales más altos y se profundizaría aún más el desfinanciamiento de las obras sociales más pobres. Por el contrario, si fueran los trabajadores con menor nivel de aporte los que se desplazaran hacia una obra social en mejores condiciones, lo más probable es que esa opción sea afectada por

⁴⁸ ALONSO, op. cit., Pág. 31-32.

mecanismos de selección adversa por parte de la obra social elegida. El Decreto 504/98 habilita a las obras sociales a contraprestar a los nuevos afiliados solamente un PMO, aun cuando ésta sea una cobertura que se ubique por debajo de la que brinda a sus afiliados. Es decir que la lógica en desarrollo de la política puede llevar, aunque no en forma inmediata, a la profundización de los elementos de fragmentación y desigualdad del sistema, pues ahora, mediante la práctica de los planes diferenciales, estos factores se introducen también dentro de cada obra social, y tiende a quebrarse la solidaridad intra-rama característica del subsistema.

La institución del PMO buscó contrarrestar estas tendencias, pues representa el propósito de garantizar a todos los beneficiarios (titulares y familiares) un paquete obligatorio de prestaciones.

En torno al PMO pueden desplegarse distintas percepciones. Para algunos consiste en un amplio y numeroso listado de prestaciones al que tendrán acceso igualitario todos los afiliados al sistema. El alto número de prestaciones cubiertas y el acceso igualitario demostrarían que no se trata de un paquete mínimo, y lo convierte en un instrumento potencialmente idóneo para superar las desiguales y heterogéneas prestaciones en que se fragmentaba el sistema, estableciendo un nivel solidario de acceso. Dados estos supuestos, el principal desafío a la capacidad regulatoria del Estado para hacer cumplir el programa no estaría dado por el control sobre la homogeneidad cuantitativa, sino por la capacidad de garantizar la homogeneidad cualitativa del PMO, lo que asegurará el efectivo acceso equitativo a la prestación de salud del conjunto de los afiliados. El cumplimiento efectivo en este sentido permitiría contrarrestar las múltiples estrategias de selección adversa que se despliegan mediante la proliferación de planes diferenciales, que tienden a devaluar cualitativamente el PMO para captar los mejores aportes hacia los planes más caros. Pero en tanto el piso común de acceso se defina en base a un programa estándar, mientras que los afiliados con más ingreso propendan a comprar coberturas más caras con el total de su aporte, la tendencia llevaría inevitablemente a la dualización del sistema y al quiebre, aun, del esquema de solidaridad segmentada propia del seguro social. Los gastos que se ubiquen por encima del nivel establecido por el paquete obligatorio deberán ser financiados por el gasto de bolsillo de cada beneficiario. Por todo ello, según algunos análisis el establecimiento del paquete obligatorio define un “estándar mínimo” antes que “igualitario”. La única manera que el esquema de libre elección permita expandir criterios de mayor equidad sería mediante el diseño de una

cápita ajustada por riesgo, de tal modo de contrarrestar los mecanismos de selección adversa.⁴⁹

Tal vez el modo más correcto de definir la lógica de funcionamiento del sistema de obras sociales argentino sea el de considerarlo un *monopolio imperfecto*, pues de hecho existía una aparente "salida". Si bien no podían disponer del aporte, los beneficiarios de obras sociales cuyos servicios disminuían en forma cualitativa o cuantitativa optaban, de acuerdo a su nivel de ingreso, por complementar o desplazar su demanda trasladándola al hospital público o bien al sector privado. Estas situaciones que llamamos de monopolio imperfecto tienden a bloquear el funcionamiento de mecanismos recuperadores, pues al existir un sustituto relativamente fácil no se vigoriza a la voz en el reclamo por mejorar el servicio. La organización se ve privada de un canal de información que podría operar en plenitud si los miembros estuvieran *totalmente* cautivos. En especial, la organización se aliena del ejercicio de la voz de aquellos miembros más exigentes con respecto a la calidad, y que, por eso mismo, son los primeros en recurrir a la virtual salida.

⁴⁹ ALONSO, op.cit., Pág. 50.

CAPITULO III

Programa Nacional de Desarrollo de Seguro Público de la salud:

Programa Sumar.

1. La salud materno infantil.

Uno de los aspectos más relevantes vinculados a la problemática de la salud infantil y materna es lo relacionado con la cobertura sanitaria que tiene la población.

En materia de salud, la redefinición de funciones correspondientes a los niveles nacional y provincial de gobierno constituyó un proceso bastante gradual y quedó explicitado en menor medida en la normativa que rige el sector.

El Ministerio de Salud Pública fue creado tras la reforma constitucional de 1949 (Ley 13.529), en el marco del predominio del paradigma de la “salud pública” que considera a la salud de toda la población como una responsabilidad del Estado. Entre 1946 y 1954, siendo Ministro Ramón Carrillo, se expandió significativamente la cobertura sanitaria del subsector público y se nacionalizaron todos los establecimientos públicos, desplazando a las sociedades de beneficencia de su patrocinio. Durante este período también se desarrolló una red de centros de atención ambulatoria. El Estado nacional consolidó su rol de planificador, inversión y administrador hegemónico de los servicios de salud

Las primeras transferencias de establecimientos sanitarios nacionales a las provincias se remontan hacia fines de la década del cincuenta. Otras transferencias se sucedieron durante la década del sesenta. Sin embargo, una de las más importantes por la cantidad de hospitales involucrados fue realizada –como en el caso de educación – en 1978. Por entonces, la administración de 65 hospitales dejó de ser responsabilidad del gobierno nacional y fueron trasladados a la órbita de nueve jurisdicciones. La decisión habría estado motivada por cuestiones fiscales más que por razones de política sanitaria.

Para culminar este proceso, en 1992 se decidió la transferencia de la mayor parte de los establecimientos sanitarios que aún quedaban bajo la órbita nacional. Un artículo de la Ley de Presupuesto correspondiente al año mencionado dispuso el traspaso de 19 establecimientos, la mayoría de los cuales fueron recepcionados por la Ciudad de Buenos Aires. Los hospitales transferidos representaban poco más del 20%

del gasto público en salud del gobierno nacional para el año 1991. La motivación subyacente, nuevamente, fue de orden fiscal.⁵⁰

El análisis de la composición del gasto público en salud y su evolución a lo largo de las últimas décadas permite ilustrar la manera en que se modificaron las funciones atribuidas a la nación y a las provincias dentro del sistema sanitario. La transferencia de establecimientos a principios de los noventa queda puesta de manifiesto en la disminución de la participación de nivel nacional en el gasto total en atención pública de la salud, pasando de ejecutar el 17,5% al 9% del gasto en esta materia⁵¹. No obstante, merece destacarse que la participación relativa de cada una de las jurisdicciones ha sido bastante más errática que en el caso de educación. Actualmente, las provincias ejecutan la mayor parte del gasto en atención pública de la salud mientras que la nación es responsable por la ejecución de la totalidad de los recursos con que se financia el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) y la mayor parte del gasto en obras sociales.

Esta tácita división de funciones entre el gobierno nacional y las provincias no quedó formalmente plasmada en ningún tipo de normativa que regule el sector. En algunos documentos de principios de los noventa –tal como el “Acuerdo Federal sobre Políticas de Salud” suscripto en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) se reconoce esta nueva división de funciones. Sin embargo, no parece ser el producto del debate entre los diferentes actores del sector, sino más bien el reconocimiento de una situación de hecho. En el año 2000 se aprobó el “Marco estratégico – político para la salud de los argentinos” (Decreto 455/00), que sustituyó al Decreto 1269/92. Nuevamente en este caso, se enumeran funciones atribuidas al nivel nacional de gobierno en materia sanitaria, establecidas en forma unilateral.

La crisis por la que atravesó el país entre los años 2001 y 2002 brindó la oportunidad para comenzar a debatir y acordar un marco común para el sector. Los primeros consensos se establecieron en la Mesa del Diálogo Argentino, sector Salud. Entre fines de 2002 y principios de 2003, por su parte, se dieron algunos pasos concretos en la dirección de acuerdos intergubernamentales. En diciembre del 2002 los miembros del COFESA suscribieron un “Compromiso Federal en Salud” y un “Acuerdo Federal en Salud” en marzo de 2003. Por medio de este último las autoridades sanitarias expresaron el reconocimiento de ciertas políticas como prioritarias en sus jurisdicciones. El establecimiento de un “plan federal plurianual de

⁵⁰ CIPPEC Documento N°82. Programa de protección social Áreas de Desarrollo Social.2007. Pág. 14.

⁵¹ CIPPEC Documento N°82, Ibidem. Pág.14.

promoción y prevención en base a la estrategia de atención primaria de la salud” fue un pedido explícito del Presidente Kirchner durante la primera reunión del COFESA que se celebró durante su mandato, así como también fue dispuesto a nivel normativo (art. 8, Decreto 1210/03).

Las “Bases del Plan Federal de Salud 2004/07” fueron aprobadas en marzo de 2004, en el seno del COFESA. Está concebido como un encuadre para avanzar, de manera conjunta, en la articulación de políticas de los diferentes niveles de gobierno. El documento mencionado – que fue avalado por todos los ministros provinciales - incluye un diagnóstico del sistema sanitario; propone una visión a largo plazo para el sistema de salud; establece objetivos comunes para el período 2004- 07 y recomienda instrumentos de política a utilizar (tanto respecto del modelo de atención como del modelo de gestión y de financiamiento). A partir de su aprobación, se ha convertido en una guía para la asignación de recursos provistos por el nivel central. Si bien no genera obligaciones para los actores privados y de la seguridad social, diferentes temas que hacen al Plan Federal de Salud son discutidos con representantes de estos sectores. A pesar de la delimitación temporal a la que alude su nombre, continuaba vigente en 2010 al 2016.

2. Contexto de creación del Programa SUMAR.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación se implementan diferentes tipos de acciones orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil. Tradicionalmente, éstas se han concentrado en el ámbito de la Dirección de Maternidad e Infancia. Durante los años noventa, la iniciativa emblemática orientada a lograr este propósito fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), que contó con financiamiento internacional. No obstante, las experiencias asociadas a la promoción de seguros de salud maternos infantiles provinciales parece ser más reciente y están vinculadas a la preocupación por la situación de estos grupos vulnerables de la población, surgida como resultado de la crisis del 2001/02.

3. Antecedentes:

El Plan Nacer fue creado en agosto de 2004, pero reconoce como antecedentes otras iniciativas que fueron puestas en marcha en respuesta a la crisis económico-social que atravesaba el país entre el 2001 y el 2002. En éste año, mediante Decreto en Acuerdo General de Ministros N° 2.724 de fecha 31/12/02 (B.O del 09/01/03) se creó el Seguro de Salud Materno- Infantil para la atención de la

cobertura médico asistencial, y de las prestaciones sociales en forma integral y universal.

En el artículo 3° del Decreto N° 2.724 se prevé que la implementación del Seguro se realizará en forma gradual, invitándose a las Provincias para su participación, en base al criterio y cronograma a seguir que determine el Ministerio de Salud.

En virtud de tales antecedentes, con fecha 15 de agosto de 2003, el Sr. Ministro de Salud de la NACIÓN emitió a Resolución N° 198, que en su artículo 1° crea en la órbita de la Secretaría de Programas Sanitarios el Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales en el marco del Seguro de Salud Materno-Infantil , para asistir a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la creación de los seguros maternos- infantiles locales, mediante el apoyo financiero y técnico en el desarrollo, implementación y ejecución del mismo .

Por el artículo 4° del Decreto 1140/04 se sustituyen las denominaciones “Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales” y “Programa Nacional para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales”, utilizadas en las Resoluciones MSM N°198/03 y N°656/03 , por la denominación Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (PISMIP).

Posteriormente la Resolución N°1976/06 del Ministerio de Salud de la Nación definió que, a los efectos de su mejor su identificación y lograr una eficiente comunicación, el PISMIP pasará a ser denominados como Plan Nacer.

Durante la primera fase del Plan Nacer se previó la incorporación de las provincias pertenecientes a las regiones del NOA y NEA, por tratarse de las jurisdicciones que presentaban los índices más desfavorables de morbi-mortalidad materna e infantil.

A partir del año 2007 se dio inicio a la segunda fase del programa, momento a partir del cual se incorporaron las restantes provincias del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lográndose de esa manera que el Plan Nacer se encuentre implementado en todo el territorio argentino.

A los efectos del financiamiento de ambas fases, el gobierno argentino suscribió los convenios de Préstamos BIRF N° 7225 y 7409.

Conforme al marco establecido por la normativa del programa, el Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza creó el Seguro Materno Infantil Provincial mediante la Resolución N° 146/2006 , de fecha 01/02/2006.

En ese marco, con fecha 01/01/2007 el Ministerio de Salud de la Republica Argentina y la provincia de Mendoza suscribieron un Convenio Marco de Participación

que rige la participación de la Provincia, y su relación con la Nación, en el marco del Plan Nacer.

Posteriormente, mediante Acta suscripta con fecha 11 de diciembre de 2009 en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA), La Nación y las Provincias acordaron los lineamientos generales para la extensión de la cobertura de salud del Plan Nacer a través de la incorporación de módulos integrales de atención de cardiopatías congénitas al Plan de Servicios de Salud del programa.

En virtud de los antecedentes citados, el Ministerio de Salud de la Nación creará el Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud para asistir a todas las provincias del país en la ampliación de la cobertura de salud que brindan a través de los Seguros Materno Infantiles Provinciales, mediante el apoyo financiero y técnico en el desarrollo y ejecución de los mismos.

A los fines del financiamiento parcial del Programa, la Nación gestionó un crédito ante BIRF (Convenio de Préstamo N°8062 AR). En consecuencia, encontrándose en ejecución el Convenio de Préstamo BIRF N°7409 (PISMIP), los Seguros Públicos Provinciales de Salud podrán contar con financiamiento de la Nación a través de ambos convenios de préstamos.

Con fecha 26 de agosto de 2010 la Provincia de Mendoza ha manifestado su interés de participar en el Programa a través de una carta de atención enviada al Ministerio de Salud de la Nación.

El Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos provinciales de salud rige la participación de la Provincia de Mendoza y la relación de ésta con la Nación para el presente Programa.

Se expresa que en el presente Convenio Marco entrará en vigencia a partir del momento en que se encuentre efectivo el Convenio de Préstamo con el BIRF, mediante el cual se financiará parcialmente el Programa.

Asimismo se expresa que la provincia accederá al financiamiento del Programa sólo a partir del momento en que se haya dado pleno cumplimiento a las" condiciones de admisibilidad" que forman parte del apéndice D del Convenio Marco.

4. Objetivos principales del Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud.

El programa tiene como objetivos principales:

- a) Incrementar la utilización y calidad de los servicios de salud priorizados para la población sin cobertura explícita de salud,

- b) Mejorar la gestión Institucional mediante el fortalecimiento de los incentivos por resultados en las Provincias Participantes y entre los prestadores habilitados.

El logro del primero de estos objetivos se enmarca en los compromisos que la Argentina ha asumido como parte de los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales se refieren tanto a la mortalidad infantil como a la materna.

A través de este Plan el Gobierno Nacional financia una serie de actividades para el desarrollo de SMIP, en un marco de interacción con los Gobiernos Provinciales. En el Plan existen cuatro actores principales: la Nación, las Provincias, los prestadores y los beneficiarios.

5. Población objetivo.

Hasta el 2010, el Plan Nacer estaba dirigido exclusivamente a embarazadas, puérperas (hasta los 45 días posteriores a la finalización del embarazo) y niños /as menores de 6 años, en todos los casos que no tuvieran cobertura explícita. Es importante notar que en el último periodo, el plan comenzó un proceso de expansión, que implica una ampliación en cuanto a las características de la población objetivo así como también de las prácticas que se financian. Entre el 2011 y 2015 está previsto ampliar la edad de la población beneficiaria e incluir otros grupos poblaciones vulnerables, tales como niños/as en edad escolar, jóvenes hasta los 18 años, prácticas en la salud de la mujer hasta los 64 años y afecciones crónicas (como hipertensión, diabetes y otras). Se estima que esta fase incluirá una población elegible de 10 millones de personas sin cobertura de salud (Ministerio de Salud de la Nación – Plan Nacer; 2010).

De acuerdo a la información del programa, a mediados de 2010, Nacer tenía 1.456.100 beneficiarios e históricamente había alcanzado a un total de 2.983.770 personas.

Para cada jurisdicción el programa cuenta con estimaciones de población objetivo a la que se pretende alcanzar, las cuales se elaboran y actualizan anualmente en una metodología aprobada por el Banco Mundial. Las fuentes de información que se utilizan para ello son la Encuesta Permanente de Hogares, el Censo Nacional de Población y Vivienda y las proyecciones de crecimiento poblacional del INDEC y las Estadísticas Vitales del propio Ministerio de Salud de la Nación.

6. Registro en el Padrón.

La provincia participante tiene la obligación del mantenimiento y de la gestión del padrón de beneficiarios de acuerdo con las normas del Proyecto y utilización de la solución informática suministrada por la Unidad Ejecutora Central (UEC), así como de la adopción de sus procedimientos administrativos.

La Unidad de Gestión del Seguros Provincial (UGSP) deberá efectuar las tareas de consolidación de las inscripciones recibidas en soporte magnético, electrónico y/o papel, y deberá tomar todas las medidas razonables de control que sean necesarias para garantizar que los datos consolidados de la inscripción no correspondan a personas con cobertura explícita de salud. Para ello deberá cotejar los datos de las inscripciones con el Padrón Único Consolidado (PUCO) enviado por la UEC. Finalmente, la UGSP deberá conformar un Padrón de beneficiarios elegibles.

Las personas inscriptas al SPS podrán revestir dos categorías dentro del Padrón:

- **“Beneficiarios con Cobertura Efectiva Básica”**: serán las personas inscriptas que hayan recibido al menos una prestación de salud en un intervalo de tiempo determinado, y por las cuales el SPS podrá devengar la cápita.
- **“Beneficiario son Cobertura Efectiva Básica”**: integrarán esta categoría las personas inscriptas que no hayan recibido una prestación de salud en el intervalo de tiempo determinado, y por las cuales el SPS tendrá supeditado el derecho de devengamiento de la cápita del Proyecto.

El padrón deberá estar disponible en la UGSP y en los prestadores participantes del programa a los efectos de poder ser consultado por la población que lo solicite.

6.1. Depuración del padrón.

La provincia arbitrará los medios para cumplir con las siguientes funciones a los efectos de la depuración del padrón:

- a) Durante los primeros 10 días de cada mes, la UGSP remitirá al responsable del Área de Capitadas de la UEC, el padrón de la Obra Social provincial actualizado al último día de cada mes.

- b) Depuración contra el PUCO: la UGSP deberá cotejar mensualmente su Padrón beneficiario con el PUCO enviado por la UEC entre los días 15 y 25 de cada mes y en el caso de detectar que una persona ya tiene otra cobertura, deberá darlo de baja del padrón inmediatamente. En particular dentro de los 10 primeros días de cada mes la UECA enviará a la UGSP una copia digitalizada del PUCO actualizado. Los cotejos de padrones se realizarán comparando los datos del padrón del SPS al último día hábil de cada mes con los datos del PUCO del mes inmediatamente anterior.
- c) Depuración automática: al menos una vez por mes se realizarán procesos que determinarán si algún beneficiario no cumple los requisitos para mantenerse dentro de a cobertura del SPS.
- d) Depuración ocasional: al menos una vez por mes deberán darse de baja del padrón beneficiarios difuntos, los que hayan solicitado la baja y todos aquellos que los que la UGSP detecte errores que los invaliden como beneficiarios.

En el Marco del Convenio que se suscribirá entre el MSP, el SPS, y el Registro Civil Provincial (en el cual forma parte de las condiciones de admisibilidad), se preverán cruces mensuales entre los padrones del Seguro y del Registro Civil que permitirán a la UGSP depurar el padrón de beneficiarios.

7. Prestaciones.

A través del Plan Nacer se financia la atención primaria sanitaria gratuita de los grupos poblaciones a los que se dirige, atendiendo a sus características específicas.

Mujer embarazada y puérpera.

Las mujeres embarazadas y puérpera (hasta los 45 días posteriores a la finalización del embarazo) que no poseen cobertura de salud pueden acceder gratuitamente a:

- Prueba de embarazo
- Cinco controles de embarazo
- Educación e información sobre cuidados durante el embarazo, luego del parto y sobre el recién nacido (promoción de la lactancia materna , cómo reducir el tabaquismo, orientación sobre métodos anticonceptivos , entre otros).
- Examen odontológico

- Vacunación.
- Dos ecografías
- Parto atendido por especialistas en hospital.
- Derivaciones necesarias (médicos especialistas, nutricionista ,asistente social , psicológico)

Recién nacido y niños/as hasta los seis años.

Por su parte, los bebés recién nacidos y los /as niños/as hasta los 6 años de edad que no cuenten con cobertura de salud pueden acceder gratuitamente a:

- Controles clínicos (con la frecuencia estipulada según la edad).
- Consulta oftalmológica a los cinco años.
- Control anual de odontología
- Vacunación según el calendario nacional obligatorio
- Conserjería a sus padres sobre promoción de la lactancia materna, pautas de alimentación y crianza, prevención de accidentes, promoción de la salud, entre otros planes.

Una innovación reciente del Programa es la incorporación, a partir del 2010 y hasta el 2015, de cobertura en prestaciones de alta complejidad (cirugías) para el tratamiento de cardiopatías congénitas para menores de 6 años. Esta incorporación se justifica sobre la base de que una vez producidos los efectos de la reducción de la mortalidad infantil por causas tratables en el primer nivel de atención, resulta vital atender las causas de más difícil reducción. Junto con esto desde el segundo semestre de 2010 se financian prácticas de ciudadanos intensivos materno neonatales.

8. Sistema de información.

El Programa Nacer lleva un registro de beneficiarios que se contrasta mensualmente con los registros de la seguridad social (nacional y provincial) y de otros programas nacionales, de tal forma de evitar doble cobertura y la existencia de subsidios cruzados no deseados. Además, se realizan cruces de información con todos los padrones de la seguridad social a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, con los padrones del Programa Federal de Salud (PROFE) para detectar cobertura de salud, y con la información que maneja SINTyS para identificar fallecidos, debido a que este organismo tiene convenio de exclusividad con el Registro Nacional de las Personas (RENAPER).

Los efectores deben llevar una historia clínica actualizada de cada beneficiario al que se le preste un servicio. Para el seguimiento de las acciones desarrolladas, se han elaborado diferentes instrumentos y herramientas (asignación de fondos, liquidación de prestaciones, informes prestacionales). Estos son completados por los efectores, remitidos a la Unidad de Gestión del Seguros Provincial (UGSP) y posteriormente, a la Unidad Ejecutora Central (UEC). Tanto la UGSP como la UEC tienen asignadas funciones de auditoría sobre los efectores.

Los instrumentos de monitoreo y evaluación del Programa son varios e incluyen auditorías internas, auditorías concurrentes (como empresas privadas), las acciones de supervisión y monitoreo del equipo del programa, el estudio de satisfacción de usuarios, estudios específicos y evaluación de impacto⁵².

9. Modo de organización.

Los actores que participan en la gestión del Programa Sumar son el gobierno Nacional (a través de la Unidad Ejecutora Central), los gobiernos provinciales (a través de las Unidades de Gestión del Seguro Provincial) y los efectores. Estos últimos pueden ser hospitales o centros de atención primaria de la salud (CAPS) públicos.

La Unidad Ejecutora Central (UEC) se encarga de elaborar las regulaciones necesarias para el funcionamiento del Programa, establecer metas, transferir recursos a las provincias, entregar equipamiento complementario que permita mejorar la capacidad de la oferta pública, supervisar, monitorear y evaluar el cumplimiento de las estrategias y acciones encaradas.

Para su implementación, las provincias suscriben un Convenio Marco de 5 años de duración y, posteriormente, se negocian y se consensúan Compromisos Anuales de Gestión. En ellos se establecen las metas específicas y las estrategias y acciones que cada provincia plantea para lograrlos. Durante 2010, el Plan había ratificado por las provincias del NOA y NEA cuyos convenios vencían en ese momento.

En cada provincia debe conformarse una Unidad de Gestión del Seguro Materno Infantil Provincial (UGSP). Su inserción institucional depende de la decisión de cada gobierno provincial. En algunos casos, están ubicadas en el área de Maternidad e Infancia de la provincia pero en otros se conforman como unidades con bastante autonomía, en relación directa con la máxima autoridad sanitaria. Su coordinador es designado por la provincia, aunque su nombramiento efectivo está

⁵² Decreto 340: Convenio Marco Participación 01/01/2007.

supeditado al aval de la UEC. En cuanto al resto de los recursos humanos de la UGSP, desde la nación se financian un staff básico y el resto de los integrantes del equipo son aportados por la provincia.

La UGSP es responsable por la actualización de los registros de beneficiaria y el establecimiento de objetivos sanitarios. En la mayor parte de los casos, la carga de datos acerca de inscripciones y facturación se realiza en forma centralizada, adicionando tareas al equipo UGSP. Sólo Buenos Aires, Santa Fe y Misiones son los efectores quienes llevan a cabo estas tareas.

Los municipios participan de la gestión en tanto los efectores dependan de este nivel de gobierno (esto es, en aquellos casos en que se trate de hospitales o centros de atención primaria municipales). Los municipios cumplen el rol de terceros administradores, firmando compromisos de gestión con la UGSP y recibiendo los recursos económicos si los centros de atención primaria no poseen personería jurídica.

Finalmente, los efectores del Programa son los prestadores de servicios. Estos pueden ser hospitales o centros de atención primaria de salud (CAPS) de cada localidad. Algunas provincias aceptan también incorporar efectores privados. Su accionar se rige por "Compromiso de Gestión", suscripto por la UGSP, por el cual se regulan los aspectos vinculados con las prestaciones de los servicios beneficiarios, la facturación y el pago de los mismos y el cumplimiento de metas específicas acordadas entre las partes.

En el marco del Programa, los efectores deben captar beneficiarios activamente e inscribirlos, brindar gratuitamente las prestaciones previstas en el nomenclador del Programa Nacer, cumplir con las directivas de las campañas de comunicación establecidas en el programa, registrar prestaciones y rendir cuentas ante la UGSP y liquidar mensualmente las prestaciones efectivamente brindadas con los valores que rigen para la provincia. Reciben, de la UGSP, los recursos que les corresponde por atender a la población objetivo, a los valores acordados en el nomenclador. Estos fondos deben ser utilizados para mejorar la capacidad de resolución de los problemas de salud de la población a cargo, aplicándolos a construcción y mejoras edilicias, compras y mantenimiento de equipamiento médico, y /o incentivo, contratación y capacitación de recursos humanos. El destino específico de los fondos es decidido entre UGSP y los efectores.

10. Obligaciones contractuales Nación y Provincia.

La provincia adhiere al Programa conforme a las normas, procedimientos y regulaciones que se desarrollan en el Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud y en el Reglamento Operativo aprobado por la Nación, con las modificaciones que ésta pudiere introducirle a este último instrumento en el futuro, con el fin de adaptarlo a las necesidades del conjunto de Provincias del país, previo acuerdo con el Banco.

A través del Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud la provincia de Mendoza se compromete a respetar las normas y procedimientos establecidos en el Reglamento Operativo que se presenta como apéndice A el cual, e caso de duda o contradicción, será interpretado por la UEC de acuerdo con las normas del Programa. Sin perjuicio de esto, la provincia asume las siguientes obligaciones:

Institucionales.

- I. Extender la cobertura de salud del Seguro Materno Infantil Provincial (SMIP) conformando el Seguro Público de Salud (SPS) de acuerdo a las modalidades establecidas en el Programa, debiendo proceder al dictado de las normas necesarias a tal efecto
- II. Mantener en funcionamiento y ampliar la Unidad de Gestión del Seguro Publico Provincial de Salud (UGSP), cuya estructura inicial será definida por la UEC y comunicada a la Provincia, con facultades suficientes para dirigir y administrar el SPS, conducir las gestiones ante la UEC y a dotarla de los recursos necesarios para su funcionamiento, incluyendo la designación de un responsable de las funciones de coordinación y gestión de dicha Unidad.
- III. Gestionar ante el Poder Legislativo Provincial el mantenimiento del porcentaje de gasto Provincial destinado a salud; excluyendo los recursos adicionales recibidos por el Programa, tomando como base el promedio de los últimos tres años y por el termino del Convenio. Asimismo, se compromete a gestionar los recursos necesarios para mantener en funcionamiento el SPS en el ámbito Provincial, una vez finalizado el financiamiento del Programa.

Administración Financiera.

- I. Remitir mensualmente el padrón actualizado y depurado de beneficiarios y los reportes y rendiciones de cuentas privadas en el Reglamento Operativo,

documentos que permitirán proceder a las liquidaciones de las transferencias de fondos por parte de la Nación.

- II. Abrir y mantener operativa dos cuentas del SPS al sólo efecto de ser utilizadas bajo las normas del Programa y notificar fehacientemente a la Nación su apertura, consignando el nombre de la Entidad Bancaria, firmas autorizadas y Tipo y número de Cuenta. Las cuentas de SPS deberán permitir el mantenimiento de sus saldos al final de un ejercicio para ser utilizados en los siguientes.
- III. Utilizar fondos recibidos de la Nación exclusivamente para los fines específicos previstos en el Programa.

Inscripción.

- I. Implementar un sistema informático de inscripción de población elegible del Programa, provisto por la Nación o desarrollado por la Provincia.
- II. Inscribir exclusivamente a la población que cumple con las condiciones de población elegible.
- III. Proporcionar a los beneficiarios del SPS una credencial identificatoria, conforme a los contenidos mínimos que determine la UEC, que procederá a su aprobación.
- IV. Lograr al final de la vigencia de este Convenio la inscripción con cobertura efectiva básica de al menos el 80% de la población elegible de la Provincia.
- V. Los servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud del Programa serán absolutamente gratuitos para los beneficiarios del SPS quedando expresamente prohibido el cobro por sí o través de terceros de suma alguna para la realización de los mismos, por parte de la Provincia o de sus prestadores contratados, sean éstos públicos o privados.

Contratación de los Servicios.

- I. Suscribir los Compromisos de Gestión solamente con prestadores de salud que se encuentren habilitados, de acuerdo a criterios de libre competencia y transparencia.
- II. Implementar mecanismos de contratación y pago a prestadores que contemplen el pago de prestaciones incluidas en el Plan de Servicios de Salud del Programa, de modo tal que sean compatibles con el logro de los objetivos del mismo, pudiendo solamente comprar prestaciones de salud (sean éstas pagadas bajo la modalidad de módulos o prestaciones individuales) y en ningún caso comprar factores de producción (insumo, personal, etc).

- III. Comprar a través del SPS y a los prestadores de salud contratados, sean estos públicos o privados, las prestaciones requeridas para asegurar a los beneficiarios la provisión del Plan de Servicios de Salud.

Registro e Informes.

- I. Entregar a la UEC mensualmente el padrón de la Obra Social Provincial actualizado.
- II. Remitir mensualmente a la UEC la información requerida según el Reglamento Operativo, en especial la relacionada con el padrón actualizado de beneficiarios identificando a los que cuentan con cobertura efectiva básica , las rendiciones de cuenta correspondiente a las trasferencias recibidas , y otros reportes o informes definidos en el reglamento Operativo del Programa.
- III. Conformar y mantener actualizado el padrón de beneficiarios, identificando a los que cuentan con cobertura efectiva básica.
- IV. Crear y mantener actualizada una base de datos de Prestadores Habilitados.

Planificación.

- I. Presentar anualmente a la Nación un plan de trabajo Anual que incluya:
 - a) Plan de Inscripción de población elegible.
 - b) Plan de Servicio de Salud valorizado.
 - c) Plan de Mejora para el desempeño sanitario medido por trazadoras.
 - d) Plan Estratégico de Asistencia Técnica y Capacitación.
 - e) Plan Estratégico de Comunicación.
 - f) Plan con Poblaciones Indígenas (para el caso de corresponder de acuerdo con las normas del programa).
 - g) Plan de Gestión de la información.
 - h) Cronograma de presentación de Planes de Producción y Aplicación de Fondos por parte de los prestadores contratados.
 - i) Cronograma de presentación de reportes técnicos sobre el estado de implementación de SPS.

Este programa de trabajo será discutido con la UEC y el resultado de los acuerdos alcanzados se plasmará en un Compromiso Anual que será firmado por la UGSP y la UEC, y cuyo modelo consta en el apéndice C del Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud la provincia de Mendoza

Colaboración con la Nación.

- I. Facilitar las tareas de supervisión, auditoría, monitoreo y evaluación del SPS , en el marco de las normas del Programa y las Condiciones Técnicas vigentes por parte de los representantes que designe la Nación.
- II. Facilitar las tareas, asignar espacios físicos y equipamiento a las personas que designe la Nación para que, desempeñando tareas en la UGSP, colabore con sus autoridades en la planificación anual, la generación de reportes de gestión y en el asesoramiento, supervisión y auditoría general del SPS.
- III. Utilizar soluciones informáticas que sean definidas como de uso obligatorio por la Nación.

Comunicación y Participación Ciudadana.

- I. Efectuar una amplia campaña de publicidad y comunicación del Programa, orientada a la población elegible y con especificidad a las poblaciones indígenas.
- II. Implementar mecanismos de participación ciudadana, a través de los cuales pueda efectuarse una evaluación de la eficacia y eficiencia del SPS, como así también el nivel de satisfacción alcanzado por los beneficiarios del SPS.

Financiamiento de contrapartida.

- I. La Provincia de Mendoza se compromete a poner a disposición los fondos de contrapartida entendiendo estos como la capacidad instalada y los recursos humanos necesarios para la ejecución del SPS. Asimismo, se compromete a gestionar los fondos requeridos para co-financiar el programa y mantener la continuidad del SPS, una vez finalizado el financiamiento de la Nación.

Continuidad del SPS.

- I. Presentar a la UEC con seis meses de antelación a la fecha de finalización del Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud de la provincia de Mendoza.

Plan con Población Indígena.

- I. La Provincia en la que se identifique población indígena bajo los términos de la OP-4.10 del Banco Mundial, determinada por el Estudio Preliminar del mismo, deberá desarrollar el Plan con Pueblos Indígenas (PPI) de acuerdo al Marco de Planificación de Pueblos Indígenas (MPPI). Este PPI se incluirá en el Compromiso Anual de acuerdo a lo establecido en el cronograma del MPPI.

La nación acepta la participación de la Provincia asumiendo las responsabilidades derivadas del cumplimiento de los objetivos del Programa Sumar. La Nación se compromete a:

- a) Transferir el monto calculado sobre la base de beneficiarios con cobertura efectiva básica, en forma decreciente, para financiar parcialmente el acceso a las prestaciones del Plan de Servicios de Salud que hayan sido contrastadas por la UGSP para los beneficiarios del SPS. Esta transferencia capitada se transferirá a la Cuenta Cápitas del SPS, de acuerdo con las normas que establece la cláusula sexta de éste convenio y con las pautas y modalidades que establece el Reglamento Operativo del Programa.

- b) Apoyar el desarrollo institucional del MSP en sus funciones de rectoría , a través de :
 - 1) Financiar parcialmente o proveer requerimientos de inversiones en equipamientos, capacitaciones, consultaría, comunicación y auditoría para las tareas de desarrollo del SPS y de su UGSP; todo esto de acuerdo con las pautas, modalidades y restricciones que establece el Reglamento Operativo y sujeto a la pauta presupuestaria con la que cuente la UEC anualmente.
 - 2) Proveer a la Provincia una solución informática básica para la administración y gestión del SPS, que incluirá un sistema de inscripción de beneficiarios y facturación electrónica, la cual deberá estar en funcionamiento al momento de comenzar las transferencias a la Provincia. Ésta última podrá generar sus propias soluciones informáticas, debiendo las mismas ser validadas por la UEC previo a su implementación.

11. Régimen financiero

El Programa Sumar presenta una dinámica donde la Nación transferirá los recursos a la Provincia destinados con fines específicos y, se regirá por mecanismos previstos en el Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud y en el Reglamento Operativo, por los siguientes conceptos:

- a) Transferencias Capitadas para financiar parcialmente el acceso a prestaciones de servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud del Programa.
- b) Financiamiento para solventar gastos de asistencia técnica, equipamiento, consultoría, capacitación y comunicación.

11.1 Cálculo y liquidación de a Transferencia Capitada.

A los efectos de determinar las Transferencias para una Provincia Participante la Unidad Ejecutora Central (UEC) se calculará mensualmente la Transferencia Capitada definida como el producto de un Monto per capita base por el número de Beneficiarios que revistan la condición de “beneficiarios con cobertura básica”.

El monto per capita base es uniforme para todas las Provincias Participantes y su valor será equivalente a la suma de los valores que se establezcan para el financiamiento de los distintos conjuntos de prestaciones priorizadas destinadas a los grupos poblacionales que integren la población elegible del SPS. Es por esto, que el Programa Nacer no solamente persigue objetivos sanitarios sino que también apunta a instalar un sistema de gestión vía aseguramiento basado en el pago de una parte de la transferencia por la cobertura de los seguros provinciales y otra parte en función de los resultados.

El Plan de Servicios de Salud de Proyecto ha priorizado inicialmente los conjuntos de prestaciones; a) servicios preventivos y generales de salud, b) servicios de Salud por enfermedades catastróficas.

Durante la vigencia del Proyecto la Nación, en acuerdo con el Banco, podrá definir nuevos servicios de salud a ser financiados por el mismo.

Éstas transferencias se componen de dos partes: (a) las transferencias mensuales (que representan el 60% del valor base) que la UEC gira en forma automática a las Provincias, sin más requerimiento que una presentación formal del padrón de beneficiarios actualizado; (b) las transferencias complementarias, las cuales se giran cuatrimestralmente. Esta última transferencia es equivalente al 40% de la sumatoria de las transferencias mensuales base de los últimos cuatro meses multiplicada por un coeficiente que refleja el cumplimiento de diez metas preestablecidas de variables de control (denominadas “trazadoras”).

En virtud de lo expresado, la liquidación de las Transferencias Complementarias Cuatrimestrales respecto del Monto Básico se realizará de acuerdo a un esquema de Liquidación Flexible. Bajo este esquema se realizará el cálculo de las transferencias Complementarias Cuatrimestrales de acuerdo con las siguientes normas:

1. Para cada trazadora, la UEC determina, en acuerdo con el Banco, un umbral mínimo, e intermedio y una meta máxima. Cada uno de estos valores presentada un umbral cuyo alcance por la Provincia determina retribución económica determinada. Los umbrales y metas serán incluidos en los Compromisos Anuales suscriptos entre la UEC y las provincias, pudiendo ser modificaciones unilaterales por la UEC en acuerdo con el Banco, debiendo esa decisión ser comunicada con antelación a las provincias participantes del Proyecto.
2. Si el logro sanitario alcanzado en un cuatrimestre por la Provincia se ubica por debajo de la meta mínima de cumplimiento, está recibirá 0% por esas trazadoras. Si el logro sanitario alcanzado se encuentra entre el umbral mínimo y la meta máxima, a provincia recibirá la retribución prevista.

Al inicio del Proyecto las Transferencias Capitadas se calcularán sobre el cien por ciento (100%) del Monto per cápita base. A partir del segundo año, la Nación establecerá un esquema de financiamiento decreciente del Monto per cápita base en donde las Transferencias Capitadas deberán ser co-financiadas por las Provincias.

Durante la vigencia del Proyecto, el financiamiento de la Nación con fuente BIRF nunca será inferior al 70% del monto per cápita base, con fuente BIRF.

A continuación se define el esquema de financiamiento decreciente previsto durante la ejecución del Proyecto correspondiente al conjunto de Servicios Preventivos y Generales de Salud:

Periodo	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Financiamiento	100%Nación	85% Nación 15%Provincias	85% Nación 15% Provincias	75% Nación 25% Provincias	70%Nación 30% Provincias

Fuente: Decreto 340: “Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo Seguros Públicos Provinciales de Salud”.

En definitiva, el esquema de financiamiento es con tendencia decreciente de las “transferencias capitadas”. Es decir, durante los primeros tres años de implementación se financia el 100% del monto per cápita base; para luego ir disminuyendo gradualmente hasta que finalmente en el sexto año cesan las transferencias a la Provincia. De esta manera, a medida que se reduce el financiamiento, la Provincia se

compromete a financiar con fondos propios el porcentaje restante sobre el 100% de la cápita base (co- financiamiento).

Por último, y en relación a la liquidación de las Transferencias Capitadas, se debe destacar que el Equipo Nacional de Compra de Servicios de Salud (ENCSS) se encarga de aplicar las penalidades y/o sanciones respectivas ante la detección por sí o a través de la Auditoría Concurrente Externa (ACE) o Auditoría Financiera, que la Provincia Participante ha incurrido en errores o ha cometido alguna infracción a las normas del Proyecto.

11.2 Pago por resultado.

La Modalidad de Financiamiento basado en Resultados por parte del Programa Sumar se realiza mediante un sistema de transferencias financieras de la Nación a las Provincias basado en el cumplimiento de metas sanitarias medidas sobre la base de trazadoras, genera el envío de mayores recursos financieros a las Provincias en función de los mejores resultados alcanzados.

Específicamente, las trazadoras son indicadores que han sido diseñadas para rastrear la eficacia del conjunto de prestaciones (evaluación técnica), el desempeño del sistema de prestación del servicio y el pago por capitación para la respectiva provincia. Cada trazadora representa un valor porcentual de la proporción de la transferencia complementaria. Este valor variará en el ciclo de ejecución del proyecto, de acuerdo al número total de trazadoras vigentes.

Metodológicamente, estas transferencias se desembolsan en función del cumplimiento de metas mínimas, intermedias y máximas que cada provincia debe cumplir por trazadora. Cada uno de estos valores representa una retribución económica dependiendo del logro sanitario. A medida que se avance en la implementación del esquema las metas mínimas establecidas se irán ajustando de manera que sean cada vez más cercanas a la meta máxima.

Como condición, se establece que cuando la Provincia no haya alcanzado la meta mínima de cumplimiento vigente, en al menos cuatro de las diez trazadoras durante tres cuatrimestres consecutivos, la Nación podrá rescindir el Convenio Marco de Participación suscripto.

12. Esquema de incentivos y uso de fondos por las Provincias.

El mecanismo de desembolso es un rasgo positivo del sistema de transferencias del Programa Sumar dado que permite controlar los resultados y establecer premios y castigos en base al grado de cumplimiento de las metas. Además, este mecanismo también permite monitorear la evolución del Proyecto y desarrollo del SMIP en términos del efecto de la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil.

Es decir, estos indicadores son un mecanismo de supervisión y monitoreo permanente y eficaz que genera datos a nivel región, provincia, departamento y efector; y que además posibilita un seguimiento nominalizado de la atención que recibe la población bajo programa.

Las transferencias que reciben las Provincias pueden emplearse exclusivamente para comprar prestaciones que se especifican en un Nomenclador de 71 prácticas, con lo que se pretende que los recursos lleguen directamente a los proveedores de los servicios.

CA PITULO IV

NACIÓN Y PROVINCIA EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA SUMAR.

1. Planificación anual: Plan Operativo Anual (POA).

Anualmente, la unidad ejecutora anual (UEC) procederá a presentar un Plan Operativo Anual (POA) en el que se describirán las actividades previstas para el siguiente año fiscal, sus correspondientes responsables, presupuesto y comentarios metodológicos pertinentes. El primer POA abarcará un período irregular que cubrirá desde la fecha de inicio del Proyecto hasta el año fiscal en curso.

En dichos POA se incluirá de un modo agregado, los planes operativos anuales de la unidad ejecutora central (UEC) y de las Provincias participantes en el que se incluirán algunos de los contenidos del Compromiso Anual que éstas, a través de sus UGSP, firmarán con la UEC.

El proceso de planificación comenzará con la conveniente antelación para efectuar las previsiones presupuestarias, disponer de las confirmaciones necesarias del Ministerio de economía y finanzas de la Nación al respecto y recibir los comentarios de los organismos involucrados y del Banco.

El POA anual será enviado al Banco para su no Objeción a más tardar el 30 de noviembre del año previo.

a) Ciclo de Preparación Compromiso Anual.

EVENTO	UEC	Unidad de financiamiento internacional de Salud (UFI-S)	BANCO	Unidad de Gestión del Seguro Provincial (UGSP)	FECHA LIMITE TENTATIVA
Comunicación de los lineamientos técnicos y presupuestario a la UGSP	Anuncia a la UGSP las previsiones técnicas y presupuestarias para la				30 septiembre

	preparación del Compromiso Anual.				
Negociación	Se inicia los trabajos de preparación del Compromiso anual revisando la propuesta de la UGSP, sugiriendo las rectificaciones pertinentes de corresponder.			Se negocian los términos del Compromiso Anual, rectificando las sugerencias propuestas por la UGSP	31 de octubre
Compromiso anual	Se firma el compromiso anual.			Se firma el compromiso anual	30 noviembre
Consolidación	Se consolidan los acuerdos firmando con los diversas UGSP para incluirlo en el POA del Proyecto.				15 diciembre
Solicitud de No Objeción	Se solicita NO objeción al Banco				15 de diciembre
NO objeción			Evalúa los compromisos anuales y de corresponder otorga no objeción a los mismos		30 diciembre.

Fuente: Decreto 340: “Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo Seguros Públicos Provinciales de Salud”.

b) Ciclo de preparación POA.

Evento	UEC	UFI-S	BANCO	UGSP	Fecha límite tentativa
Lineamientos del POA		Elaboración de lineamientos y normas generales para la confección del POA			31 julio
Plan de adquisiciones y POA inicial	Se confecciona el POA Físico y a partir de ello se determinan los paquetes de adquisiciones necesarios para ejecutar el POA.	Revisión del POA Físico y confección del plan de adquisiciones			31 agosto
Proyecto de Presupuesto	Se define el Proyecto de presupuesto anual de acuerdo a los Techos comunicados por UFIS	Lineamientos Presupuestarios y Techos			15 diciembre
Elaboración de Presupuesto		Se elabora y documenta formalmente el Presupuesto			30 diciembre
Plan de adquisición y POA inicial.	Se ajusta al plan anual de adquisiciones y PAO a techos	Revisión financiera del plan anual de adquisiciones y			15 noviembre

	presupuestarios.	del POA			
Aprobación del POA			Evalúa el Plan anual de adquisiciones y el POA y si corresponde manifiesta la NO objeción		15 enero ejercicio siguiente

Fuente: Decreto 340: “Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo Seguros Públicos Provinciales de Salud”.

c) Planificación y seguimiento.

Al comienzo de la ejecución del Proyecto, y en base al documento de evaluación de proyecto (PAD), la unidad ejecutora central en forma conjunta con la unidad de financiamiento internacional de Salud, definirá el árbol de actividades.

El árbol o apertura del Proyecto, tendrá relación con el Marco de Resultados y Monitoreo, se abrirán componentes, subcomponentes, actividades, subactividades e insumos.

La unidad ejecutora central (UEC) además, define las necesidades de compra y contrataciones y las envía a la unidad de financiamiento internacional de salud (UFI-S) para que la coordinación de Adquisiciones y Contrataciones elabore el Plan de Adquisiciones y contrataciones (PAC), que se encargará en el SEPA, y está relacionado con el UEPEX en cuanto a las actividades físicas programadas y los costos y tiempos de ejecución estimados.

En el momento de Planificación la UEC, y la UFI-S, trabajarán en forma conjunta para la determinación de las necesidades. Definidas las necesidades se elaborará el PAC y el POA financiero en forma coordinada entre la UEC y la UFI-S.

Una vez realizados los procedimientos iniciales, con el comienzo de ejecución del Proyecto, comienza la etapa de seguimiento de las actividades planificadas y la evaluación de los resultados obtenidos.

El plan operativo anual (POA) se realiza año calendario con cierres trimestrales.

1.2 Instrumentos de Planificación.

El instrumento base de la Planificación, en cada ejercicio, es el Plan Operativo Anual Físico (POA-FISICO), en él se definen las actividades a concretar en el año, y los insumos necesarios para realizarlas, con el objeto de cumplir con los componentes y subcomponentes que son las metas fijadas para el periodo.

A las actividades se le deben asignar metas físicas de proceso y resultados, estimar el costo de los insumos a utilizar. Además estas actividades están relacionadas con el Plan de Adquisiciones y Contrataciones, que a su vez considera las caídas financieras en cada ejercicio, con lo cual se pueden programar los desembolsos, y necesidades económico-financieras, plasmadas en el PAO financiero.

El proceso de planificación para el primer borrador del POA, debe comenzar con la conveniente antelación, en el transcurso del año previo, para efectuar las previsiones presupuestarias y trabajar este Presupuesto con Programas Nacionales Intervinientes, la Secretaría de Coordinación y el BIRF.

Los instrumentos de Planificación son: POA (físico y financiero), Plan de Adquisiciones y Contrataciones (PAC) y el Presupuesto Nacional aprobado (Crédito Presupuestario)⁵³.

Para acceder al financiamiento correspondiente se seguirán los siguientes procedimientos: entre los meses de Julio y Agosto de cada año la Unidad de Gestión de Seguros Provincial (UGSP) presentara a la UEC un Plan anual para el periodo inmediato posterior con una descripción de los requerimientos, consignando las acciones a ser realizadas durante el próximo período.

La UEC consolidará los requerimientos y necesidades, y elaborará el Plan Operativo Anual del Proyecto.

⁵³ Convenio Marco Participación, Apéndice "A": Reglamento operativo. 2007. Págs. 22-26.

La UEC determina las necesidades presupuestarias para el próximo periodo, y con el soporte de la UFI-S elabora la información para el anteproyecto del presupuesto nacional que consolidará el SAF Jurisdiccional y formará parte del Anteproyecto de Presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación.

En el mes de Noviembre de cada año la UEC junto a la Coordinación de Monitoreo y Evaluación, armonizando con el resto de Coordinaciones de la Unidad, consolidará el Plan Operativo Anual, y enviará la versión definitiva para la NO objeción del BIRF. EL POA anual será enviado al BIRF para su NO Objeción a más tardar el 15 de enero del año POA. El BIRF atorgará la NO dentro de los treinta días de su recepción.

Una vez emitida la Decisión Administrativa distributiva del Presupuesto Nacional aprobado por el Ejercicio en curso, y verificada la disponibilidad de créditos y recursos aprobados y su consistencia con el POA del Proyecto, se procederá a efectuar los ajustes y de ser necesario enviar la rectificación a N.O del BIRF. El POA debe contar, sin excepción, con el correspondiente respaldo presupuestario del GOA, la UFI-S será la responsable de, permanentemente, estar monitoreando su consistencia y solicitar las acciones correctivas necesarias así como de actuar las alertas necesarias a la conducción del Proyecto.

2. Compromiso Anual.

La UEC y cada UGSP firmarán cada año un compromiso anual que contendrá al menos⁵⁴:

- Umbrales y metas máximas para las trazadoras medidas por el Proyecto.
- Plan de inscripción de población elegible.
- Plan de Servicios de Salud.
- Plan de mejora para el desempeño sanitario medido por trazadoras.
- Plan Estratégico de Asistencia Técnica y Capacitación.
- Plan Estratégico de Comunicación.
- Plan con Poblaciones indígenas.
- Plan de Gestión de la información

⁵⁴ Convenio Marco Participación. Apéndice "C": Compromiso anual. 2007

- Cronograma de presentación de Planes de Producción y Aplicación de fondos por parte de los prestadores contratados.
- Cronograma de presentación de reportes técnicos sobre el estado de implementación de SPS.

Los compromisos anuales podrán ser modificados durante el año.

Las UGSP deberán presentar ante la UEC un reporte técnico semestral donde se evalué el cumplimiento de las metas acordadas en el Compromiso Anual vigente.

3. Administración financiera Unidad Ejecutora Central (UEC).

Las transferencias se girarán mensualmente desde la cuenta del Proyecto a la cuenta del SPS, entendiéndose esta como una cuenta ad-hoc, separada y protegida del resto de los movimientos presupuestarios y financieros del estado provincial. Para ello, dentro de los 10 primeros días de cada mes, cada provincia participante enviará a la UEC el padrón actualizado al último día del mes anterior, de acuerdo con las normas específicas del Reglamento Operativo. El padrón se remitirá en formato digital y en el formato previsto por la UEC. Acompañará al envío del padrón una liquidación en la que se detallarán las altas, bajas y modificaciones del padrón desde el último periodo informado. Esta liquidación recibe el tratamiento de una factura que, una vez conformada por la UEC, se considera de pago exigible por parte de la UEC a la UGSP.

La UEC determina el monto a reconocer de la liquidación- factura en base a: i) el número de beneficiarios verificando el padrón enviado por la provincia, en especial verificando de que ninguna de las personas en el padrón posea cobertura explícita de salud; ii) nivel de cumplimiento de trazadoras en la provincia; iii) eventual aplicación de las sanciones en el Convenio Marco de Participación en el Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud.

La UEC indicará a la UFI-S la emisión de las eventuales sanciones a la liquidación y el monto a transferir resultante. La UFI-S precederá a efectivizar el pago dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la factura.

Los fondos que se transfieran por este concepto solo podrán ser utilizados por la UGSP para el pago de los servicios contratados con los prestadores provinciales.

3.1 Pagos las UGSP: Ciclos de los pagos por cuenta y orden de la Provincia.

En los casos en que la provincia determine, la UEC procederá a pagar por cuenta y orden de la Provincia a proveedores o consultores individuales por otros gastos elegibles que hayan sido contratados por la provincia siguiendo las normas de contratación estipuladas en el reglamento operativo.

4. Normas y procedimientos de supervisión y auditorías.

La provincia participante deberá suministrar a la UEC toda la información necesaria para supervisión y auditoría del Proyecto, en especial la que fuera necesaria para la medición de la evolución de los objetivos planteados y las condiciones sanitarias de la población bajo Proyecto.

Se realizan auditorías internas y externas tanto en los niveles de la UEC como de la UGSP, los cuales serán de tres tipos: ⁵⁵

- Auditorías financieras y de legalidad.
- Auditorías de padrones.
- Auditorías de cobertura prestacional.

Las provincias participantes podrán presentar observaciones y comentarios a los informes elaborados por la AEC y el área de auditoría y supervisión de la UEC.

Sin perjuicios de que la UEC proceda a auditar otras funcionalidades de la UGSP, tales como:

- Cumplimiento del Convenio Marco y del reglamento operativo por parte de las provincias y establecimientos participantes.
- Cumplimiento de los aportes por co-financiamiento de las provincias participantes.
- Facturación de prestadores contratados.
- Pagos de la UGSP a los prestadores contratados.
- Administración de las cuentas del SPS.
- Gestión de padrones de beneficiarios y de prestadores públicos.
- Gestión de base de datos de prácticas brindadas a los beneficiarios y de información sanitaria para el cumplimiento de las trazadoras.
- Aplicación de procesos de cruzamiento de padrones de beneficiarios con el PUCO.

⁵⁵ Convenio Marco Participación. Apéndice "A", op cit., Págs. 11-17.

- Cumplimiento de los Planes que integran el compromiso anual vigente.
- Ejecución de planes de capacitación de los prestadores, terceros administradores, equipos de salud y otros agentes del SPS.
- Ejecución de planes de asistencia técnica a nivel de prestadores, terceros administradores, equipos de salud y otros agentes del SPS.
- Medición de brechas de capacidades en los prestadores, terceros administradores, equipos de salud y otros agentes del SPS.
- Difusión de información sobre las SPS.
- Verificar el cumplimiento de normas de calidad de prestadores, terceros administradores, equipos de APS y otros agentes del SPS.

5. Normas relacionadas con el sistema de reportes.

La UGPS deberá mantener informada a la UEC de todas las novedades relevantes referidas a la operación del SPS por medio de reportes periódicos. Existirá al menos los siguientes tipos de reportes: a) de padrones (de beneficiarios y prestadores); b) de movimientos de las cuentas del SPS; c) de ejecución de actividades incluidas en Compromisos Anuales; d) de prestaciones brindadas a los beneficiarios del SPS, e) de pagos a prestadores contratados, f) de aplicación de fondos por parte de los prestadores, y g) de información sobre los indicadores del Proyecto.

6. Metas: evaluación del desempeño medido por trazadoras.

La Provincia de Mendoza informará 60 días después del fin del cuatrimestre respectivo, el desempeño sanitario alcanzado en cada una de las trazadoras del Proyecto, adjuntando la información que respalda el numerador reportado, así como el denominador en el caso de la meta de la trazadora que evalúa el funcionamiento del comité de Auditoría materno infantil .

La información de respaldo del numerador de todas las trazadoras será nominada a fin de confirmar la elegibilidad de la población reportada.

La unidad ejecutora central (UEC) procederá a verificar, mediante cruce con el padrón único consolidado (PUCO), la elegibilidad de los casos reportados en respaldo del numerador. Una vez verificada la elegibilidad, y si luego de esto se alcanzará un

determinado umbral de retribución, la UEC procederá a liquidar y transferir la retribución alcanzada correspondiente a la provincia respectiva. La información y procesos antes referidos serán sujetos a procedimientos de auditoria por la Auditoria Externa Concurrente (AEC) Y subsidiariamente podrán ser verificados por el Área de Auditoria y Supervisión de la UEC.

Si durante el proceso de auditoria se verificaren casos no elegibles, la auditoria externa concurrente (AEC), propondrá las sanciones previstas y el área auditoria y supervisión (UEC) procederá a aplicar las mismas.

6.1 Indicadores de desempeño en salud.

El Programa Sumar esta regido y controlado por diferentes tipos de indicadores denominados trazadoras, para un mayor claridad se grafica a continuación un cuadro especificándolas.⁵⁶

TRAZADORA	ASUNTO SANITARIO QUE VALORA	DESCRIPCIÓN
I	Capacitación temprana de mujeres embarazadas	Mujeres embarazadas con control prenatal de primeras vez antes de la semana 20 de gestación.
II	Efectividad de atención del parto y atención neonatal	Recién nacido con APGAR a los 5 minutos mayor a 6
III	Efectividad de cuidado neonatal y prevención de prematurez.	Peso al nacer superior a los 2.500 gramos.
IV	Efectividad de atención prenatal y del parto.	Madres con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previas al parto.
V	Auditorias de madres infantiles y maternas.	Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes maternas y de niños menores a un año.

⁵⁶Ministerio de Salud de la Nación. Memoria anual 2013: Programa sumar. 2013.Pagina 7

VI	Cobertura de inmunizaciones.	Aplicación de la vacuna antisarampionosa o tripe viral en niños menores de 18 años.
VII	Cuidado sexual y reproductivo.	Consulta de conserjería de salud sexual y reproductiva a puérperas dentro de los 45 días post-parto.
VIII	Seguimiento de niño sano hasta un año.	Niños menores de un año con cronograma completo de controles y percentiles de peso, talla y perímetro cefálico.
IX	Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años.	Niños entre 1 a 6 años con cronograma completo de controles y percentiles de peso y talla.
X	Inclusión de población indígena	Efectores que prestan servicio a la población indígena con personal capacitado en el cuidado de dicha población.
XI	Promoción de derechos y cuidados en salud sexual y/o reproducción.	Adolescentes entre 10 y 19 años y mujeres hasta 24 años que participan en talleres sobre cuidado sexual y/o reproductivo (intra o extra muro)
XII	Prevención de cáncer cérvico uterino	Mujeres de 25 a 64 años con lesiones de alto grado o carcinoma de cuello uterino diagnosticados en el último año

XIII	Cuidado del cáncer de mama	Mujeres hasta 64 años con diagnóstico de cáncer de mama efectuado en el último año.
XIV	Evaluación del proceso de atención de los casos de muertes infantiles y maternas	Evalúa el proceso de atención de los casos de muerte materno-infantiles

7. Certificado en gasto en salud.

Dentro de los 60 días corridos desde la terminación de un año fiscal, la Provincia deberá informar a la UEC el gasto de la Provincia presupuestando y ejecutado por todo concepto, debidamente certificado por el Contador General de la Provincia o autoridad equivalente.

8. Reportes de Gestión del Programa Sumar.

Hoy el Programa SUMAR según los datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación brinda cobertura de salud a 8.109.009 niños, adolescentes y mujeres hasta 64 años en todo el país. Desde su inicio en el año 2005, más de 11 Millones (11.235.209) de niños/as hasta los 9 años, adolescentes, embarazadas y mujeres hasta los 64 años de edad recibieron cobertura de salud del Programa SUMAR, para los cuales financió más de 50 Millones de prestaciones de salud a la población inscripta.

Cantidad de beneficiarios actuales	Cantidad de beneficiarios históricos *	Total de establecimientos de salud con convenio	Total de prestaciones financiadas / 2005 - Enero 2014	Fondos transferidos a las provincias / Febrero 2014	Total de fondos transferidos/2005 - Febrero 2014	Monto co-financiado por las provincias
8.109.009	11.235.209	6.496	52.449.362	\$ 9.866.215	\$1.688.061.315	\$ 268.729.492

* Total de transferencias del Programa SUMAR desde su implementación hasta la actualidad

Fuente: Ministerio de salud de la Nación 31/01/2014.

8.1 Resultados del Programa SUMAR en CUYO.

A partir de los reportes publicados por el Ministerio de Salud de la Nación, pude confeccionar una tabla sobre la gestión del Programa Sumar en Mendoza sobre el número de los beneficiarios en relación a los fondos y a al número de prestaciones financiadas.

CUYO					
CANTIDAD DE BENEFICIARIOS ACTUALES			CANTIDAD DE BENEFICIARIOS HISTORICOS.		
Niños/as de 0 a 5 años y embarazadas	Niños/as de 6 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años	Niños/as de 0 a 5 años y embarazadas	Niños/as de 6 a 9 años	Adolescentes de 10 a 19 años
181.350	108.071	235.089	261.949	148.784	290.639
Mujeres de 20 a 64	% de cobertura		Mujeres de 20 a 64 años		

años		
318.576	93,93%	436.030
Establecimientos de Salud (1)		Prestaciones financiadas (2)
648		3.310.696
Fondos transferidos Marzo 2014 (1)		Total fondos transferidos (1)
\$1.043.577		\$151.523.884

Fuente: Ministerio de salud de la Nación 31/01/2014.

8.2 Resultados del Cofinanciamiento Provincial en relación al Programa SUMAR.

A continuación, se detalla el cofinanciamiento de las provincias adheridas al programa en sus respectivas fases de financiamiento progresivo.

COFINANCIAMIENTO PROVINCIAL			
Fase I (desde el año 2009)	Fase II (desde el año 2011)	Programa SUMAR (desde el año 2013)	MONTO TOTAL COFINANCIADO POR LAS PROVINCIAS
\$ 108. 217.7 0 7	\$ 119.349.944	\$ 41.161.841	\$ 268.729.492

Fuente: Ministerio de salud de la Nación 31/01/2014.

8.3 Datos del Registro Nacional de Cardiopatías Congénitas.

El programa Sumar se configuró no solo adicionando grupos etéreos sino también implementando nuevas prestaciones, en especial en cardiopatías congénitas. El Ministerio de la Nación ha establecido datos contundentes que pueden detallarse en:

- 13.895 pacientes conforman el Registro Nacional de Cardiopatías Congénitas.
- Desde Enero 2013 a Marzo 2014 1.423 niños y adolescentes fueron operados de una cardiopatía congénita.
- Desde el inicio del Programa (en 2010) fueron operados 5.996 chicos sin obra social.
- 48 efectores han percibido fondos por parte de 17 provincias.

COMPLEJIDAD	HOSPITAL	OPERADOS EN 2014(MARZO)	FONDOS TRANSFERIDOS EN 2014 (MARZO)	TOTAL FONDOS TRANSFERIDOS 2010 / 2014
Alta	Hospital Garrahan	47	\$1.259.836	\$15.973.812
	Hospital Sor María Ludovica	27	\$566.206	\$9.292.876
	Hospital Posadas	20	\$ 267.548	\$ 4.855.927
	Hospital Gutiérrez	21	\$ 75.532	\$ 3.069.516
Mediana	Instituto de Cardiología "Juana Cabral"	6	\$ 268.297	\$ 6.099.373
	Hospital Vilela	3	\$ 97.149	\$ 2.585.405
	Hospital Notti	17	\$ 218.984	\$ 1.996.146
	Hospital de la Santísima Trinidad	10	\$ 121.711	\$ 3.579.696
	Hospital Elizalde	2	\$ 49.781	\$ 1.725.515
	Hospital Abete	0	\$ 0	\$ 1.165.420
	Hospital del Niño Jesús	12	\$0	\$ 1.813.011

Baja	Hospital Materno Infantil	11	\$ 46.524	\$ 2.073.443
	Hospital Tetamanti	1	70.845	\$ 995.159
	Hospital El Cruce	9	\$ 71.945	\$ 963.713
	Hospital Alassia	3	\$0	324.243
	Hospital Castro Rendón	1	\$0	\$ 914.440
	Hospital San Roque	2	\$0	\$ 189.825
		192	\$ 3.114.358	\$ 57.617.522

Fuente: Ministerio de salud de la Nación 31/01/2014

Es por ello que la evaluación de la incorporación del Plan Nacer al Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, actualmente el Programa Sumar, cumplió un rol muy importante en la conformación de una red nacional de cardiopatías congénitas. Se observó una mejora en el escenario previo, tanto por el financiamiento otorgado y los incentivos, como sus efectos positivos sobre la reducción de la lista de espera. Entre los avances institucionales, se destacó la articulación que facilitó el Programa para la generación de un nuevo modelo de coordinación entre niveles de gobierno y jurisdicciones, en la búsqueda de resultados que trasciendan los territorios provinciales y alcancen a las regiones y al sistema nacional en su conjunto.

9. El Sumar, un programa que trabaja bajo normas de calidad.

En diciembre del 2012 el programa recibió la certificación de las normas ISO 9001:2008, por el proceso de transferencias a las provincias basadas en resultados sanitarios, modalidad consolidada por el Plan Nacer y extendida ahora por el Programa sumar.

El objetivo de la certificación IRAM, que comenzó en julio de 2012, fue generar una optimización, formalización y transparencia de los procesos de gestión del

Programa Sumar. En octubre de 2013 se revalidó este mismo proceso corroborando la gestión de calidad hasta el 2016.

Sin duda alguna es un suceso fundamental para el programa la certificación IRAM por que representa un avance en la institucionalización, sustentabilidad y transparencia de las políticas en salud.

10. Acuerdos de colaboración mutua

Durante el 2013 el Programa SUMAR firmó acuerdos de colaboración mutua con el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) y con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Estas alianzas que entabló el Programa potencian claramente el alcance y la inclusión de las actuales políticas públicas y representan a un Estado que se esfuerza por garantizar y efectivizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos.

El Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Sumar, firmó un acta acuerdo de colaboración con el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA). Como parte de la agenda de trabajo acordada se destacan: la articulación sobre los sistemas de información y registro, la profundización del sistema informático para la atención perinatal de alta complejidad, el análisis de la cobertura para los adolescentes, entre otras medidas.

Por otro lado, el Programa sumar, firmó un convenio de colaboración mutua con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos que habilita a las Unidades Penitenciarias Federales del país a trabajar como establecimientos del Programa Sumar, lo que permite al estado nacional reforzar la atención integral en salud que se brinda a las personas privadas de la libertad.

La rúbrica del convenio establece que los Servicios Penitenciarios Federales se encuentran en condiciones de inscribir y atender, bajo la cobertura del Programa Sumar, a la población en situación de encierro que no cuente con obra social. Lo que significa que, a partir de 2013, los servicios médicos de las penitenciarías reciben recursos adicionales que podrán utilizar para realizar mejoras edilicias, tareas de refacción y ampliación del edificio, comprar o mantener los equipos e insumos médicos, capacitar a los equipos de salud, entre otras iniciativas que optimizarán la atención en salud para la población alojada en las unidades penitenciarias.

Otro de los alcances del convenio es la obtención de información sanitaria que permitirá conocer el estado de salud de la población privada de la libertad y mejorar su cuidado y atención a través de programas específicos del Ministerio de Salud de la Nación. Este acuerdo surge en el marco del «Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal (SPF) 2012-2015», cuyo objetivo es consolidar un sistema de cuidado de la salud para las personas privadas de la libertad.

No obstante, en 2013 el Programa Sumar continuó trabajando para promover la inscripción de los inmigrantes sin cobertura de salud, cualquier fuera su situación migratoria. En ese sentido, el equipo nacional sigue formando parte de la mesa «interinstitucional sobre Salud e Inmigración que se enmarca en el “Proyecto de fortalecimiento del ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de mujeres migrantes bolivianas».

A su vez, equipos técnicos del Sumar forman parte de la mesa interinstitucional sobre Salud, Niñez y Migración, coordinada conjuntamente por CDHULA-Programa de Migración y Asilo y UNICEF Argentina.

11. Protección Social: Integración con Asignación Universal por Hijo y por Embarazo.

El Programa Sumar , se encuentra integrado a la Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación por Embarazo (AE), constituyendo la cobertura explícita de salud para los titulares de la asignación, dando protección integral a la población en las etapas cruciales de la vida: el embarazo, la niñez y la adolescencia.

Desde el lanzamiento de la Asignación Universal por Hijo, en noviembre de 2009, más de 4,5 millones de niños/as recibieron cobertura simultánea del Programa SUMAR y la AUH. En tanto que en el 2013 más de 2 millones de niños/as menores de 6 años recibieron la cobertura simultánea del Programa SUMAR y la Asignación Universal por Hijo.

Por otra parte, desde la puesta en marcha de la Asignación por Embarazo, en mayo de 2011, se inscribieron más de 450 mil mujeres embarazadas en el Programa

SUMAR, y en 2013 más de 35 mil embarazadas tuvieron la doble cobertura del Programa SUMAR y la Asignación por Embarazo.⁵⁷

El camino sinérgico entre las asignaciones y el programa Sumar continúa y se profundiza en el 2014 ya que a partir de enero la ANSES liquidó la asignación por embarazo en forma automática a las mujeres inscriptas al Programa Sumar y que cumplan con los requisitos establecidos para su percepción.

La iniciativa fue acordada entre el Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Manzur, y el director ejecutivo de ANSES, Lic. Diego Bossio, quienes firmaron un convenio de cooperación mutua. Se estima que con este acuerdo se elevarán a más de 85.000 las Asignaciones por Embarazo en todo el país.

Con esta nueva medida las embarazadas se inscribirán en el Programa Sumar, mediante el cual se les brindará cobertura sanitaria gratuita por parte del Estado Nacional. Luego y de forma automática la ANSES corroborará las condiciones, y de corresponder, depositará todos los meses el 80% del monto establecido para la asignación por embarazo (AE).

Finalizado el embarazo, las mujeres deberán dirigirse a la ANSES para presentar el Formulario 2.67, "Acreditación de requisitos médicos del embarazo", y la inscripción del bebé al Programa SUMAR para que se les liquide el 20% acumulado de la prestación, como se efectúa habitualmente.

Una vez que el bebé nazca, la persona que lo tenga a cargo podrá percibir la Asignación Universal por Hijo para Protección Social, en la medida que el grupo familiar no presente incompatibilidad alguna, hasta los 18 años.

12. Programa de capacitación a distancia. Nuevos cursos, más usuarios

El Programa busca la excelencia continua en la prestación del servicio, y es por ello que ofrece cursos de capacitación a distancia orientados a los equipos de salud, con la intención de estimular y actualizar sus conocimientos.

⁵⁷ Ministerio de Salud de la Nación. Memoria anual 2013: Programa Sumar. 2013.Pág.100

El mismo incluye cursos de capacitación referidos a la implementación del programa Sumar y otros cursos sobre atención y gestión de la salud pública. Todos tienen como destinatario a los equipos de salud de los efectores que trabajan con el programa Sumar.

La modalidad de capacitación on-line es una manera eficiente y equitativa para dar respuesta a necesidades de capacitación y actualización de forma continua de los equipos de salud que se encuentra lejos de las ciudades, a lo largo y lo ancho de todo el territorio nacional.

Durante el 2013, segundo año de implementación de esta herramienta, fueron 15 los cursos disponibles para capacitación de los equipos de salud de la Argentina, siendo siete los que se incorporaron durante este año. Más de 10.100 personas utilizaron esta herramienta de formación en 2013. Y desde su implementación fueron más de 19.500⁵⁸.

⁵⁸ Ministerio de Salud de la Nación, op.cit., Pág.105

Conclusiones

En primer lugar se debe destacar que, la calidad en los servicios de salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes. Es un deber del Estado el ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía. Un deber de los usuarios el exigir y valorar la atención que se les brinda. Un deber de los servicios de salud dar las respuestas que se les requieren. Un deber de los trabajadores optimizar todo su accionar.

El rediseño de los sistemas de prestaciones sociales debe ser entendido como un proceso de construcción que comprenda la corresponsabilidad entre el ciudadano y el Estado. Esta es la clave para el desarrollo de servicios sociales equitativos pero también eficientes y fiscalmente viables.

El pleno reconocimiento por parte del Estado de los derechos de la ciudadanía, deben ser apuntalados por las reformas de los sistemas de prestaciones sociales, no pueden dejar de apelar, al mismo tiempo, a la responsabilidad fiscal y pública del ciudadano, no sólo en tanto usuario de los servicios sino sobre todo en un esfuerzo contributivo que sea proporcional al nivel de ingresos y del patrimonio de cada ciudadano.

Los argentinos estamos marcados culturalmente por la idea de una planificación estatal focalizada en la atención primaria, debido que fue un paradigma exitoso. Esto implica en el corto plazo, mejorar u optimizar según corresponda la capacidad de las provincias, los municipios y sus centros de salud, para estar cada vez más cerca de la población.

La planificación y control de la ejecución de políticas públicas en los distintos territorios debe contar con un Estado Nacional con poder legal, económico y político para conducir las políticas sanitarias eficientemente y una comunidad con capacidad de expresarse y ser escuchada. El sector privado debe representar una porción de la prestación y la misma debe estar en relación de subsidiariedad con la estrategia tendiente hacia una salud pública.

Hablar de un sistema de salud requiere focalizarse en la idea de la atención primaria y el fortalecimiento de los Centros de Salud, como columna vertebral del mismo. Salud pública es sinónimo de trabajo y acción social.

El esquema actual presenta una falsa dicotomía al dividir la salud en pública y privada, alternancia de un sistema que se basa en entender y atender la enfermedad desde el Estado o desde entidades privadas o mixtas.

Debe entenderse siempre a la salud como pública. No existe salud privada porque la salud siempre atañe al conjunto. La enfermedad es la que actúa singularmente. Además la salud no se opone como acción a la enfermedad, sino a la cura de la misma. La prevención es un campo previo que engloba estas dos experiencias. La salud pública es el estado de disponibilidad integral del ser humano hacia el bienestar personal y social.

Además se deben remarcar y recordar aspectos esenciales que caracterizan a las políticas de salud, elementos que se han ido construyendo a partir de las diferentes experiencias de reforma. En primer lugar, pensar la universalidad como meta y no como instrumento; generar pequeñas reformas instrumentales orientadas hacia un resultado determinado; reconocer que las instituciones no se importan ni se construyen desde cero, dependen de la historia, la cultura y la trama de relaciones en la que se insertan.

Es a partir de lo expresado el porqué de nuestro interés en el Programa Sumar; que se puso en marcha a partir de la ampliación del Plan Nacer, dando inicio en el 2005 a la creación de un camino innovador en la gestión sanitaria en la República Argentina, consolidando políticas públicas más inclusivas y equitativas. Es a partir de ello, que nueve años después, en base a los resultados y logros del Plan Nacer, el gobierno Nacional y las Provincias avanzan en la búsqueda de mejorar la calidad de atención y en profundizar el acceso y el ejercicio de los derechos de la salud de la población en su conjunto.

En la actualidad el Programa Sumar además de brindar cobertura a la población materno-infantil, incorporó a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años. De esta manera, más ciudadanos argentinos recibirán cobertura de salud.

No obstante, el programa reafirma y profundiza la gran alianza federal constituida con el Plan Nacer para fortalecer los sistemas provinciales de salud a través de un novedoso modelo de política pública. De esta manera, se incrementó la inversión para el sector público y con el tiempo se desarrollarán los Seguros

Provinciales de Salud, trazándose nuevas prioridades y objetivos que serán monitoreados y evaluados de manera sostenida, como se caracterizó el Plan Nacer.

No debemos olvidar que el modelo de gestión del Programa Sumar plantea una clara división de funciones entre niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal), que resulta acorde a la actual distribución de responsabilidades en el sector sanitario. El nivel central (gobierno nacional) diseña la estrategia, coloca los recursos a disposición de los niveles provincial y municipal y realiza el seguimiento y evaluación de la implementación. Las provincias adecuan la estrategia a sus particularidades y necesidades, se comprometen al logro de determinadas metas (consensuadas entre la UGSP y la UEC), e instrumentan las acciones necesarias para alcanzarlas. Poseen un margen de acción significativo que se pone de manifiesto, por ejemplo, en la inserción institucional del Programa (dependencia jerárquica de la UGSP y designación de coordinador, en acuerdo con el gobierno nacional) y su operativa (valorizada de prestaciones, restricciones al uso de los fondos, admisión de efectores privados). Todas estas decisiones, que pueden parecer meramente instrumentales, se vinculan en forma directa con la estrategia que las autoridades de cada provincia hayan decidido implementar. Por esta razón, se puede afirmar que el Programa deja en mano de los gobiernos subnacionales la capacidad de usar, efectivamente, al propio programa como un recurso supeditado a sus propias estrategias en esta materia.

Las diferencias de criterios se relacionan, por lo general, con diferencias partidarias y /o ideológicas que se manifiestan en la puesta en marcha efectiva del programa.

La institucionalidad formal asociada al Programa Sumar posee una fuerte presencia en la implementación del programa. Las relaciones entre niveles de gobierno, así como también con los efectores, están claramente pautadas en convenios marco y compromisos de gestión. También forma parte de la institucionalidad ligada al programa el esquema de incentivos, basado en la gestión por resultados. El cumplimiento de las metas acordadas y las responsabilidades atribuidas a cada sector es también objeto de un seguimiento regular.

En términos formales, la relación entre el gobierno nacional y el gobierno provincial se canaliza a través de dos mecanismos: las reuniones del Consejo Federal de Salud (COFESA) y los encuentros propios del Programa Sumar. La distribución de

funciones que supone el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación del Programa Sumar es coherente con las reglas de juego formales que rigen las relaciones inter-gubernamentales en el sector de salud.

Como política de financiamiento basada en resultados, el programa ha promovido desde su comienzo la generación de una cultura evaluativa dinámica en todos sus niveles institucionales.

También es importante destacar que el programa Sumar ha generado un espacio formal a la planificación estratégica, una dinámica metódica para identificar progresos medibles hacia el logro de sus objetivos, considerando los desafíos del contexto. Las auditorías confieren a la gestión la transparencia necesaria que permite validar lo actuado y también detectar las debilidades y desvíos de la gestión. Desde el inicio del plan Nacer las auditorías internas se focalizaron en hacer diagnósticos, efectuar recomendaciones y acompañar el crecimiento de las provincias. La auditoría meramente financiera es necesaria, pero resulta insuficiente si lo que se desea es consolidar un modelo de gestión innovador en materia de políticas públicas de salud. Hoy el programa Sumar recoge los beneficios de la metodología innovadora aplicada.

La implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el Programa Sumar, renueva el compromiso de toda la organización hacia un proceso de mejora continua y búsqueda de eficacia y eficiencia en cada una de las actividades desarrolladas.

El programa Sumar trabaja en la articulación con las obras sociales provinciales para lograr una agenda común entre el sector público y el de la seguridad social, compartiendo la misma visión de política sanitaria. También apunta a promover un único modelo prestacional y alcanzar un sistema de salud más equitativo y eficaz.

Cuando el Plan Nacer se integró a la Asignación por Embarazo se logró un mecanismo de doble protección. De esta manera, fortalece la oferta pública de servicios e incentiva a los equipos de salud a salir a buscar y cuidar activamente a las embarazadas. Por su parte la Asignación por Embarazo a través de sus requisitos de salud estimula a las embarazadas a acercarse al centro de salud para controlar su salud y la de su bebe generando mayor conciencia en las mujeres acerca de la importancia de los cuidados. Además, se continuó con una gestión enfocada hacia los derechos, que propone brindar identidad a los nuevos grupos frente al sistema de

salud y explicitar los servicios que conforman su derecho, asignándole contenido y alcance preciso. Asimismo, generar conciencia en la población acerca de la importancia del cuidado de la salud, capacitarla para el ejercicio efectivo de su derecho y potenciar su vínculo con el sistema de salud, son objetivos priorizados por el Programa Sumar.

A modo de corolario, resulta claro que la implementación del programa aportó mejoras en la organización de los servicios de salud, en la motivación y jerarquización de los equipos de salud y en el acceso de la masa de la población a servicios de mejor calidad, traduciéndose todo esto en la mejora integral del estado de salud y la satisfacción del conjunto de la población más desprotegida, propendiendo sin duda a un gran logro institucional.

BIBLIOGRAFÍA.

ABEL -SMITH, Brian. ¿Cuánto cuesta la salud?. Salamanca. Mapfre.1982.

ABEL-SMITH, Brian .An introduction to health: Policy, planning and financing. Longman, London and New York, 1994.

ABRANTES A. “La gestión de servicios de salud en América Latina: mitos y realidades. Innovaciones en la gestión de los servicios de salud.” VII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 1998.

ACUÑA, Carlos H. & CHUDNOVSKY, Mariana.”El sistema de salud en Argentina”.Documento Nro 60. Universidad San Andrés: Centro de estudios para el Desarrollo institucional – fundación Gobierno Sociedad. Mayo 2002.

ALONSO, Guillermo V. “Las regulaciones del sistema de salud en Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional” Serie III. Políticas Públicas. Documento nro. 41. Dirección Nacional de estudios y Documentación. Dirección de estudios e investigación. Buenos Aires 1999.

ALONSO Guillermo. “Capacidades Estatales, Instituciones y Política Social. Editorial Prometeo. Buenos Aires. 1999.

ALONSO, Guillermo V. “Estado, política y actores sociales en la reforma de la seguridad social argentina”, Tesis doctoral, FLACSO, México. 1997.

ALONSO y colaboradores. “Las regulaciones del sistema de salud en Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional”. Instituto Nacional de la Administración pública. 1999.

.

BANCO MUNDIAL. Invertir en Salud. Mundi-prensa. Washington. 1993.

BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial, 1999-2000. Ediciones mundi-prensa. Madrid.1999.

Bases del Plan Federal de Salud 2010 -2016. Presidencia de la Nación .Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud, Argentina. 2010

BELMARTINO, Susana. "Políticas de Salud en la Argentina: perspectiva histórica" En: Cuadernos Médico Sociales no 55: 13-33, 1991.

CIPPEC,"La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales". Documento de trabajo N°82: programa de protección social área de desarrollo social. Marzo de 2012.

Convenio de Préstamo nro 8062 AR.

Convenio de Préstamo BIRF nro 7409 (PISMIP).

Decretos: 2724/02; 1140/o4 ,340/13, 2.786/11;

Decreto 340: Convenio marco participación 01/01/2007,

Decreto Nacional 1305/2000: Decreto reglamentario sobre sistema nacional del seguro de salud.

Decreto 576/1993. Reglamentación del sistema de obras sociales y del sistema nacional del seguro de salud. Libre elección de obra social.

FLEURY TEIXEIRA, Sonia. *Estados sin Ciudadanos: Seguridad Social y Salud en América Latina*. Buenos Aires. Lugar editorial. 1997.

GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés & TOBAR, Federico. Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires Isalud. 1999. 2da edición.

GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés."Globalización de la salud". En: Foro Latinoamericano de Políticas Sociales. Buenos Aires, 1994.

GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; TOBAR, Federico "Salud para los argentinos: economía, política y reforma del sistema de salud ".Ediciones Granica S.A., 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD .La vida en el siglo XXI. Mundi-
prensa Barcelona.1998

KATZ, Jorge; MUÑOZ Alberto “Organización del sector salud: puja distributiva y
equidad”. Buenos Aires 1988.

Ley General de la Salud N° 26842.

Ley sistema Nacional del Seguro de Salud N° 23.661.

Ley 23660 (Obras Sociales, 1988)

Ley 26.338 (Ley de Ministerios, 2007).

LÓPEZ CASASNOVAS G, PUIG-JUNOY J, GANUZA JJ, et al. Los nuevos
instrumentos de la gestión pública. Barcelona: Colección Estudios Económicos 31, La
Caixa; 2003.

MAKÓN, Marcos pedro, El modelo de gestión por resultados en los organismos de la
administración pública nacional. Documento presentado como ponencia en el V
Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración
Pública, República Dominicana, 2000.

Ministerio de Salud de la Nación. Memoria anual 2013: Programa sumar. 2013.

OJEA, O. A. y colaboradores, Seminario de Análisis del Plan Federal de Salud.
Cátedra de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas-UNLP. La Plata, 2006.

POTENZA DAL MASETTO, María Fernanda, La implementación del plan Nacer en
ámbitos subnacionales. Documento nro 82. CIPPEC. Marzo 2012.

PAHO/WHO. Evaluación de las funciones esenciales de salud pública. Washington
D.C. PAHO/WHO .2010.

Resoluciones: 198/2003; 1976/2006,146/2006, 1460/2012.

ROSEN, G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención en salud. Madrid: Siglo XXI; 1985.

STIGLITZ J. "Justificación Económica de la Intervención del Estado". Taurus. España. 1992.

TOBAR, F. "Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina". Salud para todos Año 7. Número 70. Buenos Aires, Mayo 1999.

TOBAR, Federico. "Financiamiento de la salud en Argentina". Edición ISALUD Nro 5. Buenos Aires, 2002.

TOBAR, Federico. "Herramientas para el análisis del Sector Salud". Medicina y Sociedad. Buenos aires, 2001.

TOBAR, Federico. "El Gasto en Salud en Argentina y su Método". Buenos Aires, diciembre 2000.

YEDLIN A. Daniel, otros, El derecho a la salud: 200 años de políticas sanitarias en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. 2012.

WILLIAMS, Guillermo I, Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica .Calidad de los Servicios de Salud. 2004

Páginas webs:

<http://www.msal.gov.ar/>

<http://www.salud.mendoza.gov.ar/>

<http://www.plannacer.msal.gov.ar/>

http://www.integrando.org.ar/juridico/obras_sociales.htm

<http://www.sssalud.gov.ar/index/home.php>

<http://tiempo.infonews.com/2013/05/29/editorial-102761-la-argentina-se-debe--una-ley-federal-de-salud.php>

<http://inhttp://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/reporte-de-gestion-marzo-2014.pdf>.