

IMPLEMENTACION DEL SEGURO DE SALUD EN LA PROVINCIA DE SANTA FE
(Un proceso de reforma incremental originado en el subsector de salud pública provincial)

Reformas en el Sector Público de Salud en las Provincias. Desarrollo de Seguros Públicos:

En términos generales, es posible identificar al desarrollo de Seguros Públicos de Salud en las Provincias Argentinas con dos modalidades diferentes. Por un lado, el Seguro aparece en algunas Provincias integrando las funciones de compra de las principales instituciones aseguradoras que funcionan en esas Provincias (Ministerio de Salud Pública, Obra Social Provincial, etc). En otros casos, el Seguro de Salud Provincial representa una reforma al interior del Sistema Público de Salud explicitando la identificación y cobertura de su población objetivo, y transformando su modelo prestacional. Es en este segundo modelo en el que se encuadra la experiencia santafesina en su experiencia piloto.

A través de este nuevo modelo de organización, financiamiento y gestión de los servicios de salud pública santafesinos, se hacen más explícitos y visibles algunos viejos principios o compromisos - siempre declamados pero pocas veces garantizados por la Salud Pública Provincial- como por ejemplo, la universalidad en la cobertura, el acceso con equidad, la jerarquización del primer nivel de atención y de las acciones preventivas, la regionalización; y agrega una nueva visión incorporando instrumentos de gestión modernos como innovaciones organizacionales, como por ejemplo, el reconocimiento nominal de la población que se asiste en la red pública, la adscripción de población a los equipos de atención primaria, la aplicación de herramientas de gestión clínica y de programación local participativa que promueven la participación ciudadana y la adecuación local de las acciones sanitarias, el pago de incentivos económicos para el personal ligado a metas y resultados sanitarios consensuados, los procedimientos de selección y concursos del recurso humano privilegiando los perfiles de atención primaria, la implementación de compromisos de gestión que permiten orientar a los Hospitales hacia un funcionamiento del tipo de "Dirección por Objetivos" y a diferenciar de los roles de financiador y prestador dentro del propio Estado, la participación complementaria del sector prestador privado cuando resulta necesario, las evaluaciones de calidad, etc.

El Decreto¹ 1535/01 reconoce en sus considerandos la gravedad del problema de la exclusión en salud, lo hizo explícito, y procura una respuesta a este problema. En la citada norma legal, se afirma que "...es decisión gubernamental establecer una política de salud que promueva y facilite la accesibilidad a los servicios de salud Pública de Atención Primaria gratuita a las personas y grupos familiares que no cuentan con ningún tipo de cobertura de obra social, seguro o sistema de prepago..."

La provincia, ha tomado al Seguro de Salud Provincial (SSP), como una política pública de salud, considerando que ésta implica la definición de la salud como un problema público en el cuál el Estado asume un rol activo y explícito. El SSP es encarado como un mecanismo de aseguramiento público de los riesgos que en materia de atención de la salud, tienen que enfrentar aquellos habitantes provinciales que no cuentan con cobertura para los mismos.

La hipótesis de trabajo que compartimos los funcionarios políticos y los equipos técnicos encargados del diseño e implementación de la experiencia piloto del SSP en los Departamentos Garay y San Javier durante el bienio 2001-2002 fue la siguiente:

"Un proceso de reforma incremental (**el SSP**) que considere la importancia de un **nuevo modelo de organización y de gestión en el Primer Nivel de Atención** orientado a garantizar la cobertura de servicios de salud esenciales a toda la población no cubierta **(1)**, a jerarquizar y profesionalizar la tarea del personal de salud que constituye la primera línea de atención **(2)**, y a promover la participación social **(3)**, puede lograr como resultados, mayor adhesión y responsabilidad por parte del personal de salud, mayor eficacia en el alcance de metas sanitarias, mayor aceptabilidad de la población beneficiaria del SSP hacia el sistema de salud público y mayor empoderamiento de la población respecto del cuidado de la salud individual y colectiva"

(1) Identificación nominal de la población no cubierta y adscripción a los Equipos de Atención Primaria.
Explicitación de un conjunto de servicios esenciales de salud garantizados. Desarrollo de vínculos de atención personalizados, continuos e integrales.

¹ El SSP incorporado como norma sanitaria mediante Decreto del Poder Ejecutivo Provincial Nro. 1535/01 de Junio del 2001, ratificado luego por la Ley Provincial Nro. 12030 de agosto del 2002, requirió de varias normas reglamentarias básicas adicionales (resoluciones y disposiciones ministeriales) que constituyen en su conjunto, el digesto normativo del proceso de reforma implementado.

- (2) *Gestión colegiada, autonomía de las unidades de trabajo (EAP), comunicación directa y horizontal entre los EAP, evaluación de calidad y resultados, incentivos positivos, capacitación continua, etc.*
- (3) *Capacitación y aplicación de Programación Local Participativa (PLP) y/o Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC).*

Algunos resultados alentadores durante la experiencia piloto:

A un año de la puesta en marcha de la experiencia piloto en los Departamentos Garay y San Javier, algunos resultados pueden ser valorados como alentadores. En principio, absolutamente todos los habitantes de esa región que carecen de cobertura formal por algún otro subsector de la salud (obra social o pre paga) han sido identificados como beneficiarios del SSP y fueron adscritos a los Equipos de Atención Primaria (EAP) por el que optaron. Se ejecutaron actividades de formación continua para que los EAP reafirmen conocimientos, habilidades y destrezas de una práctica clínica ambulatoria de elevada capacidad resolutive y para que los EAP planifiquen localmente sus actividades.

En cuanto a resultados iniciales –y sólo a modo de ejemplo- se observa un uso más racional de medicamentos en relación a las consultas y a los diagnósticos, y se incrementaron el número de actividades sanitarias colectivas y participativas que involucraron a la propia población y a reparticiones de las jurisdicciones comunales y municipales de las localidades de la región que tienen responsabilidad en las áreas sociales y de saneamiento ambiental

En salud de la Mujer:

- ✓ Se incrementó en más del doble el número de tomas de muestras para Papanicolau.
- ✓ Se incrementó desde un 46% a un 81% el número de embarazadas controladas antes de las 20 sem.
- ✓ 40% del total de parturientas tuvo más de 5 controles prenatales.
- ✓ Todas las mujeres en el SSP han tenido acceso a métodos anticonceptivos.

En Salud de los niños:

- ✓ Al 98% de los nacidos en Hospitales Públicos de la región se les realizó el test de screening neonatal tal como lo señala la ley.
- ✓ El 84% de los niños menores de 5 años están bajo programa de crecimiento y desarrollo.
- ✓ Todos los niños con diagnóstico de desnutrición están bajo tratamiento (9,2% del total de niños, 80% de los cuales padecen desnutrición de primer grado)

En cuanto al acceso:

- ✓ Se registró un incremento de 120% de las consultas en Centros de Salud y Consultorios, con una disminución del número de consultas en las guardias hospitalarias, lo que hace suponer que además de registrarse un mejor acceso al primer nivel de atención, se está orientando la demanda hacia la atención continua y el seguimiento longitudinal de los pacientes por sus médicos de familia.
- ✓ Se registró un incremento del 86% en el número de visitas domiciliarias realizadas por los agentes sanitarios a las familias bajo su responsabilidad.
- ✓ Los beneficiarios pueden retirar los medicamentos prescriptos en las Farmacias privadas de su localidad con un acceso permanente y continuo durante las 24 hs del día, todos los días de la semana.

Algunos beneficios adicionales para el Sistema de Salud Provincial:

- ✓ Ahora se cuenta con un padrón activo y actualizado, nominal, de la población bajo cobertura.
- ✓ Se implementó y/o mejoró el sistema de información, integrando información clínica, administrativa y económico financiera de la región, permitiendo mejorar la identificación del producto sanitario, utilizando esto como nuevas herramientas para la toma de decisiones y para la negociación presupuestaria entre el Ministerio (financiador) y los EAP y Hospitales (prestadores).
- ✓ Se recuperó la regularidad de actividades de formación continua en servicio que impactan sobre la calidad de los servicios sanitarios brindados a la población.
- ✓ Se experimentó en la relación del mix público privado con la incorporación de la red de Farmacias privadas, mejorando el acceso y profesionalizando la dispensa de medicamentos con elevada costo-efectividad.
- ✓ Se introdujeron modificaciones en la forma de pago a los profesionales y en la negociación de presupuestos con los Hospitales que resultan en incentivos para mejorar la calidad de los servicios.

pdfMachine - is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now for only US\$49!

www.pdfMachine.com

Evaluación de costos:

El presupuesto específico para la Experiencia Piloto en la Zona de Salud III en el año 2002 fue de \$ 150.000 en el año. Casi el total de esta cifra fue destinada a la capacitación de los EAP y al pago de incentivos monetarios establecidos en los Compromisos de Gestión firmados con los EAP y con los Hospitales SAMCo de la región.

Esto significa que para una población de 28.000 beneficiarios del SSS sólo requirieron ser invertidos \$ 5.37 adicionales per cápita por año, ya que el resto de la tarea fue la de mejorar la eficiencia asignativa de los recursos presupuestarios correspondientes a los efectores de la Zona de Salud III. Si se pudiera extender el Seguro a toda la población que carece de cobertura explícita en toda la Provincia de Santa Fe (alrededor de 1.500.000 personas) se necesitaría \$ 8.055.000 adicionales al año. El Presupuesto del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe fue de \$ 220.000.000 para el año 2002. Por lo tanto, para cubrir al total de la población con este Programa de reforma incremental y de reorganización de la gestión desde el primer nivel de atención se necesita un incremento presupuestario mínimo del 3.63%

Dificultades y desafíos:

Entre tanto, desde el inicio mismo de la implementación del programa de reformas caracterizado por la puesta en marcha del SSP, comenzaron a aparecer problemas de distinta índole que dificultaron su operacionalización, destacándose: la crisis de financiamiento que sufrió la gestión ministerial durante todo el año 2002, luego de la brutal devaluación de la moneda argentina que ocurriera en los primeros meses del año y que impactara de manera impresionante sobre los presupuestos públicos de salud; las dificultades para definir y acordar de manera clara las funciones y responsabilidades de los tres niveles de gestión pública en salud (nacional, provincial y municipal); las formas de articulación público/privado en el nuevo modelo de organización de servicios; la resistencia al cambio expresada en la actitud de algunos profesionales que no quieren abandonar una práctica clínica tradicional, curativa, individual, basada en la enfermedad y la atención de la demanda espontánea; la resistencia de algunos sectores de la burocracia profesional que conforma la tecnoestructura del Ministerio que se siente amenazada por los cambios en el modelo de organización y gestión propuestos. Estos problemas, y los que naturalmente surgen de la expansión de la propuesta del SSP a otras localidades y regiones de la Provincia conforman el listado de los nuevos desafíos a resolver.

En el camino de la construcción de un Sistema de Salud más digno para la gente, justo, solidario y equitativo en el alcance de sus acciones, progresista y democrático en su gestión, y eficiente en su administración, la implementación de los Seguros Públicos Provinciales (Santa Fe, Buenos Aires, Río Negro, etc) y/o Nacionales (Seguro Materno Infantil recientemente inaugurado en la Provincia de Jujuy) merecen ser materia de serio y profundo análisis en el campo sanitario, y deben ser temas a tener en cuenta en las agendas técnico-políticas de salud, abonando el debate sobre las necesarias reformas en los modelos de financiamiento, organización y gestión de los servicios de salud que nuestro sistema requiere y que la sociedad reclama como parte de una nueva época.

Autores:

Dr. PABLO RIOS

Coordinador de la implementación del SSP durante la experiencia piloto
Staff Profesional en FAMEDIC, Consultores
Master en Economía y Políticas Públicas, Universidad Torcuato Di Tella

Dr. RAMIRO HUBER

Sub Secretario de Salud de Santa Fe durante el período 2000-2002
Staff Profesional en FAMEDIC, Consultores.
Docente y Tutor en la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud en el Instituto Juan Lazarte
Ex Becario del Programa de Fortalecimiento Académico (FEP) del Gobierno canadiense.

Artículo publicado en la Revista "Archivos de Medicina Familiar y General" de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. ISSN 1668-8341 Volumen I Numero I 2004

pdfMachine - is a pdf writer that produces quality PDF files with ease!

Produce quality PDF files in seconds and preserve the integrity of your original documents. Compatible across nearly all Windows platforms, if you can print from a windows application you can use pdfMachine.

Get yours now for only US\$49!

www.pdfMachine.com